



Tribunal Administrativo del Caquetá
Sala Segunda de Decisión
Magistrada Ponente: Angélica María Hernández Gutiérrez

Florencia, marzo ocho (8) de dos mil veintitrés (2023)

Medio de control: Reparación directa

Demandante: **Bernardino Camacho y otros**

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-**2014-00707-01**

Tema: Falla en el servicio - prestación del servicio médico. Muerte de joven impactado por proyectil de arma de fuego en el cráneo, quien falleció después de una cirugía de oftalmología por broncoaspiración y paro cardiorrespiratorio. Idoneidad y valoración del dictamen pericial.

Acta número 16.

ASUNTO

Agotadas las etapas procesales correspondientes y no observando causal de nulidad que invalide lo actuado, decide la Sala el recurso de apelación presentado por la parte demandante contra la sentencia proferida el 31 de marzo de 2020 por el Juzgado Primero Administrativo de Florencia que denegó las pretensiones de la demanda.

I. ANTECEDENTES

1.1. La demanda.¹

1.1.1. Pretensiones.

Bernardino Casto Camacho; María Dolores Camacho; Humberto Puentes; José Nerarco y Marinelda Castro Camacho; y Jorge Arturo Camacho Alfonso, por conducto de apoderado

¹ C1, archivo 01, pág. 107.



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

judicial y en ejercicio del medio de control consagrado en el artículo 140 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, solicitaron que:

- i. Se declare que el la E.S.E. Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán (en adelante Hospital San Rafael) y la Clínica Medilaser S.A., son responsables de la muerte del joven Gion Anderson Puentes Camacho, ocurrida el 26 de mayo de 2012.
- ii. Se condene a las demandadas a pagar las siguientes sumas:
 - a. Perjuicios morales y daño a la vida en relación. Por cada concepto, los siguientes valores:

Demandante	Calidad	SMLMV
María Dolores Camacho	Madre	150
Humberto Puentes	Padre	150
José Nerarco Castro Camacho	Hermano	100
Bernardino Castro Camacho	Hermano	100
Marinelda Castro Camacho	Hermana	100
José Arturo Camacho Alfonso	Abuelo	100

- b. Materiales – lucro cesante. A favor de María Dolores Camacho y Humberto Puentes, la suma de \$80.000.000 por la ayuda económica dejada de percibir de su hijo, Gion Anderson Puentes Camacho, para lo cual se deberá tener en cuenta el salario que devengaba o el SMLMV más el 30% por concepto de prestaciones sociales; la vida probable; y las fórmulas matemáticas aceptadas por el Consejo de Estado.
- iii. Se condene en costas a las demandadas y se ordene el cumplimiento de la sentencia en los términos del CPACA. Asimismo, que se condene en costas a las entidades demandadas.

1.1.2. Hechos.

Los demandantes, fundamentaron las pretensiones en los siguientes:

- i. El 23 de marzo de 2012, Gion Anderson Puentes Camacho sufrió un atentado con arma de fuego en el Municipio de San Vicente del Caguán, en donde 2 sujetos desconocidos que se movilizaban en una motocicleta lo «*balearon*» y le propinaron un disparo en el ojo izquierdo y otro a la altura del pecho.



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

- ii. Fue llevado al Hospital San Rafael, donde le prestaron los primeros auxilios y lo remitieron en ambulancia a la Clínica Medilaser del Municipio de Florencia el 25 de marzo de 2012.
- iii. En dicha institución hospitalaria, en la Sala de urgencias se anotó: *«paciente con herida por proyectil de arma de fuego aprox a las 7 pm del 23/III en cráneo penetrante por ojo izquierdo y salida por región occipital izq remitido de San Vicente. Ingresa bajo sedación por presentar 3 crisis convulsivas durante traslado, con vendaje cefálico, sangrado por ojo izquierdo y región occipital. Se realiza tac cerebral donde se aprecia lesión en región orbitaria izquierda – fractura en occipital izquierda – contusiones hemorrágicas – colección subdural hemisférica izquierda con desplazamiento de la línea media. Se traslada a quirófano para cirugía, se informa alto riesgo a familiar»*.
- iv. Desde el momento del ingreso recibió toda la atención requerida que ameritaba su estado de salud, hasta el punto de que empezó a recuperarse de sus lesiones y sus condiciones físicas fueron mejorando; recibió la alimentación que le proporcionaba la Clínica Medialser en su plan de dieta diaria, como era una comida por la mañana, una a medio día y otra terminando la tarde.
- v. Para el 9 de mayo de 2012, el señor Humberto Puentes presentó una queja contra la Clínica Medilaser por la mala atención médica, toda vez que el día anterior tenía programada una cirugía de corrección quirúrgica – craneoplastia, pero no practicaron el examen de orina para determinar si tenía alguna infección; solo por la diligencia de dicho señor se practicó y arrojó como resultado una infección urinaria *«y que no podían operarlo en esas condiciones»*.
- vi. El 16 de mayo de 2012, se hizo una valoración por nutrición y se consignó que existía deficiencia energética proteica grado II.
- vii. El 18 de mayo de 2012, el neurocirujano, Roberto Alfonso Gómez Pinedo, señaló: *«paciente con secuelas de TEC severo por proyectil arma de fuego, pérdida del globo ocular izquierdo y craniectomía F.T.P. izquierda, pendiente de corrección quirúrgica (...)»*. En los días posteriores se hicieron otras sobre el estado nutricional y de salud del joven Puentes Camacho.
- viii. El 26 de mayo de 2012, Gion Anderson Puentes entró en paro cardiorrespiratorio y falleció a las 7:30 p.m.



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

1.1.3. Imputación al Estado.

Consideraron que la conducta de la Clínica Medilaser fue *«negligente, descarada e imprevista (...), pues en primer lugar el cuidado y la custodia radicaba en ella, razón por la cual ostentaba la posición de garante frente al enfermo, en segundo lugar los servicios hospitalarios y médicos estaba en cabeza de la Clínica Medilaser, en tercer lugar el servicio de alimentación fue prestado por dicha entidad, tal como puede notarse en la historia clínica, en cuarto lugar no aparece consignado en la historia clínica que para el día del fallecimiento del joven GION ANDERSON PUENTES CAMACHO se le haya indicado a sus familiares que no debían suministrarle alimentos antes o después de la cirugía por Oftalmología, por el contrario siempre se dejó plasmado en la historia clínica el Plan de Alimentación que se ordenaba al paciente, del mismo modo no aparece registrado en la historia clínica que al paciente no debían suministrarle alimentos desde la noche antes de la cirugía, pues la anestesia que le suministraría podía repercutir en la salud del paciente. Se le reprocha igualmente su inobservancia y falta de diligencia de los médicos tratantes y en especial el servicio hospitalario al exponer al joven (...) a una cirugía sin la más mínima medida de precaución pues por el delicado estado de salud en que se encontraba el paciente debieron prever que no se hallaba en las mejores condiciones físicas y mental para soportar una cirugía de oftalmología, al igual que no se suspendió el suministro de alimentación cuando se había programado con anticipación dicho procedimiento quirúrgico, por el contrario se probará fehacientemente que al enfermo antes de la cirugía y después le fueron suministrados alimentos como estaba descrito en la historia clínica»*. Más adelante manifestaron que la muerte fue provocada por el alimento que le suministraba el centro hospitalario, el cual le produjo vómito después de haber salido de la cirugía y, por tal motivo, broncoaspiró y le causó el paro cardiorrespiratorio.

1.2. Contestación de la demanda.

1.2.1. Clínica Medilaser.²

Se opuso a las pretensiones de la demanda. Manifestó que:

- i. El paciente ingresó al servicio de urgencias el 25 de marzo de 2012 por presentar herida con proyectil de arma de fuego; para ese momento recibió valoración por la especialidad de neurocirugía y se ordenó de manera inmediata su traslado a quirófano informando a sus familiares sobre el alto riesgo.

² C1, archivo 21, pág. 16.



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

ii. Cuando ingresó al servicio de hospitalización se determinó como dieta «nada vía oral» hasta el 18 de abril de 2012 cuando el servicio de urología ordenó dieta líquida, posteriormente y de forma paulatina se fueron ordenando modificaciones iniciando por gastroclisis y luego con hiperproteica y, finalmente, a partir del 16 de mayo de 2022 con dieta normal; pese a lo anterior, el 25 de mayo de 2012 a las 10:00 p.m. se ordenó como dieta «nada vía oral» porque se iba a realizar una cirugía por el área de oftalmología al día siguiente.

iii. De forma temeraria, la parte demandante pretende utilizar distractores para que no se conozca claramente lo que ocurrió. La nota de evolución registrada a las 8:21 p.m. del 26 de mayo de 2012 tenía como finalidad dejar constancia de la hora exacta en la que se realizó el proceso de atención correspondiente al código azul que presentó el paciente y las circunstancias, no excusarse de algo que no es responsabilidad del personal asistencial.

iv. El servicio de alimentación fue suministrado en los diferentes lapsos en los que se ordenaron los tipos de dieta y que fueron variando, pues claramente se especificó «nada vía oral», lo cual se extendió hasta el 18 de abril de 2012 y luego desde el 25 de mayo de 2012. Sí aparece constancia de la suspensión de la vía oral al paciente desde el 25 de mayo de 2012 a las 10:00 p.m. hasta 8 horas después de la cirugía; en igual medida, se anotaron las advertencias realizadas a la familia en las notas de enfermería.

v. En las notas de enfermería también se dejó constancia de que el paciente ingirió alimentos suministrados por los familiares y fueron sorprendidos por el personal asistencial, el cual fue enfático en ratificar que esa conducta no era la correcta. Es decir que la broncoaspiración del paciente obedeció a que sus familiares no hicieron caso a las recomendaciones dadas.

Propuso las excepciones de «*inexistencia de falla en el servicio atribuible a la Clínica Medilaser S.A.*»; «*daño (muerte de paciente) no imputable al proceder médico desarrollado en la Clínica Medilaser S.A. – inexistencia del nexo causal*»; «*indebida tasación de perjuicios morales*»; e «*improcedencia de petición de lucro cesante, en caso de una eventual condena*».



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

1.2.2. Hospital San Rafael.³

Afirmó que i) la atención de la entidad se circunscribió a la atención inicial de urgencias y posterior remisión a un centro de mayor complejidad; ii) esta consistió en la estabilización de sus signos vitales, la realización de un diagnóstico de impresión, la definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia para, a las 23+35 horas, ser remitido al Municipio de Florencia con oxígeno a 3 litros, sonda vesical, tubo de tórax directamente a frasco, tubo edotraqueal conectado a ambú y oxígeno, además, salió en mal estado general en ambulancia.

Propuso las excepciones de «*falta de legitimación en la causa por activa*»; «*inexistencia de falla en el servicio por parte de la ESE Hospital San Rafael*»; e «*inexistencia de nexo causal*».

1.3. Llamamiento en garantía.

La Clínica Medilaser S.A. llamó en garantía a Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A.;⁴ el cual fue admitido en auto del 31 de mayo de 2016.⁵ La compañía aseguradora se pronunció dentro del término legal.⁶

1.4. Sentencia de primera instancia.⁷

En la sentencia proferida el 31 de marzo de 2020, el Juzgado Primero Administrativo de Florencia denegó las pretensiones de la demanda y condenó en costas a la parte demandante.

Luego de pronunciarse sobre el marco normativo y jurisprudencia, procedió a resolver el caso concreto. Para tal efecto, narró los hechos probados y expuso que:

i. Se probó el daño sufrido por los demandantes, consistente en la muerte de Gion Anderson Puentes Camacho el 26 de mayo de 2012.

ii. Según las notas de enfermería previas a la fecha del deceso, es decir, el 25 y 26 de mayo de 2012 a las 10:01 a.m. y 6:00 a.m., respectivamente, se plasmó la restricción

³ C1, archivo 23, pág. 8.

⁴ C1, archivo 30, pág. 49.

⁵ C1, archivo 30, pág. 85.

⁶ C1, archivo 30, pág. 95.

⁷ C1, archivo 27, pág. 49.



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

alimenticia desde las 10:00 p.m.; igualmente, se estableció que se realizó la cirugía por oftalmología sin complicaciones entre las 8:30 y 10:20 a.m. y, luego de la recuperación, fue trasladado en estado estable a la cama de hospitalización. De estas también se observa que una de las enfermeras observó a los padres dándole comida y les explicó que no podían darle nada en las 8 horas siguientes al procedimiento; luego, a las 5:30 p.m., la madre preguntó a la auxiliar de enfermería que si le podía dar alimentos y se le reiteró que no, conducta que se repitió a las 6:00 p.m. Después de esto, se recibió el llamado que hizo el familiar cuando el paciente convulsionó y vomitó, episodio que lo llevó a la muerte.

iii. De conformidad con el peritaje presentado por el doctor Devia Manchola, se extrae que debido a las lesiones cerebrales que padecía el paciente, era posible que presentara convulsiones y que durante el episodio falló el sistema que protegía las vías aéreas, debido a que había ingerido alimentos que pasaron y obstruyeron la tráquea y los bronquios, según la necropsia.

iv. Es claro que el paciente estuvo en observación después de la cirugía practicada el 26 de mayo de 2012 y, después del procedimiento, se le reiteró a los familiares que no podían suministrarle alimentos, pues según lo expuso la enfermera Argenis Suaza, le estaban dando comida a las 2:31 p.m. En efecto, en la historia clínica se plasmaron las recomendaciones hechas por el neurocirujano Roberto Gómez, y las notas de enfermería en las que se informó que solo 8 horas después podía consumir alimentos, lo cual no fue atendido.

v. Durante el periodo de la hospitalización, la alimentación fue proporcionada por medio de equipos médicos -cánulas- y luego pasó a dársele alimentos con cuchara, hecho que realizaba la familia, circunstancia que fue observada por el personal de enfermería, quienes realizaron llamados de atención, de modo que la afirmación relativa a que la muerte se produjo por el alimento que suministraba la clínica no se encuentra acreditado y *«por ende resulta ilógico intuir que personal con experiencia en manejo de pacientes y hospitalario le hubiere permitido la ingesta alimenticia, existiendo restricción no solo en la historia clínica sino también por la experiencia y conocimientos básicos»*.

vi. Si bien la Clínica Medilaser incurrió en omisiones tales como no haber aportado el documento completo del consentimiento de los familiares ni el informe de valoración previa por anestesiología, lo cierto es que esas situaciones no resultaron determinantes en la muerte.

vii. No existen elementos probatorios que conlleven a concluir la responsabilidad, toda vez que no se acreditó que la entidad haya suministrado la alimentación del menor, máxime si



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

se tiene en cuenta que se encontró a un miembro de la familia dándole comida a pesar de las restricciones.

1.5. Recurso de apelación.⁸

La parte actora sustentó los motivos de disenso en contra de la sentencia de primera instancia así:

i. La historia clínica anexada con la demanda difiere parcialmente de la aportada con la contestación de la Clínica Medilaser, pues se entregaron escasamente 8 folios, lo que evidencia un error o conducta temeraria de dicha entidad en obstruir u ocultar la verdad de los hechos, *«lo cual significa que en la historia clínica aportada por esa entidad agrega o adiciona nuevos elementos que desconocía (...), atentando con el principio de buena fe y lealtad con las partes, teniendo en cuenta que en ningún momento se menciona que hace referencia a la epicrisis»*. En todo caso, el documento allegado no se encuentra en orden cronológico como lo establece la ley.

ii. No se hizo una valoración pre-anestésica ni se ilustró a los familiares sobre los riesgos y reacciones adversas que se pudieran presentar en cualquier procedimiento anestésico-quirúrgico.

iii. Se carece de un registro anestésico en el cual figuren las drogas utilizadas, la técnica empleada, la valoración prequirúrgica, el comportamiento de las constantes vía intraoperatorial y el manejo de líquidos endovenosos.

iv. No existió un seguimiento al paciente antes, durante y después del procedimiento quirúrgico.

v. En ningún momento se registró por parte de un médico especialista la restricción de alimentos, tan solo lo hicieron las auxiliares de enfermería sin ningún soporte u orden médica.

vi. En la intervención quirúrgica realizada al joven Anderson Puentes no está acreditado el consentimiento informado al paciente ni mucho menos a su familiares, *«por lo que no se les informó el riesgo del procedimiento antes, durante o después y los cuidados o recomendaciones que debían adoptar, faltó al deber legal de informar»*.

⁸ C1, archivo 38.



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

vii. De la intervención del perito, Diego Devia Manchola, se evidencia que sus afirmaciones carecen de total credibilidad y eficacia, pues una de las reglas de valoración del dictamen se concreta en la credibilidad y, para el caso concreto, se trata de un médico internista que rendía por primera vez un dictamen, lo que significa que no constaba con la experiencia suficiente. Asimismo, -) los asertos se extrajeron de la historia clínica, pero no de su integridad, pues no tuvo en cuenta alguna metodología para rendir la experticia; -) tocó otras áreas de la medicina como neurología, luego sus conclusiones son inapropiadas y erróneas. En consecuencia, el *a quo* no debió tener en cuenta el dictamen practicado porque existía contradicción entre sus afirmaciones, comoquiera que el joven en ningún momento presentó convulsiones.

viii. El *a quo* no hizo una valoración adecuada del informe de necropsia, pues existía alta probabilidad de que las complicaciones de la anestesia general pudieran crear condiciones que llevaran a la hipoxia cerebral, «*no sin antes mencionar que el occiso presentaba abundante comida*».

ix. El *a quo* tampoco realizó un análisis de las declaraciones rendidas por los médicos tratantes, pues estas demostraban un panorama contrario a lo afirmado en la sentencia, tales como que las náuseas y vómitos eran producto de la anestesia suministrada por la Clínica Medilaser.

x. No está debidamente probado que una de las enfermeras haya encontrado a los padres del paciente dándole comida; «*la profesional de enfermería que hizo tal afirmación en la historia clínica no se presentó a declarar o ratificar dicha circunstancia, pues tanto es así que después de la cirugía se recomienda en su dieta darle merienda y comida y en ningún momento se ordena restringir los alimentos*».

1.6. Trámite de segunda instancia.

1.6.1. Admisión del recurso.⁹

En el auto proferido el 22 de octubre de 2021 se resolvió admitir el recurso de apelación presentado por la parte demandante contra la sentencia proferida el 31 de marzo de 2020 por el Juzgado Primero Administrativo de Florencia.

⁹ C2, archivo 04.



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

1.6.2. Alegatos de conclusión.

En proveído del 15 de diciembre de 2021, se corrió traslado a las partes y al agente del Ministerio Público para que presentaran sus alegaciones finales y concepto, respectivamente.

1.6.2.1. Clínica Medilaser.¹⁰

Se pronunció sobre los argumentos de apelación de la parte demandante.

En lo que toca a la historia clínica, sostuvo que i) este documento es entregado cuando los parientes del paciente fallecido así lo requieran; ii) las notas médicas aparecen en las oportunidades en que fueron cargadas al sistema, no necesariamente en el momento preciso que se atiende al paciente, pues primero ocurre la atención y superado ese trámite, se acude a realizar las anotaciones; iii) la prueba no fue objeto de tacha o semejante en las oportunidades probatorias.

Frente al acto anestésico, manifestó que i) los actores describieron unos conceptos médicos y funciones del anesthesiólogo, sin que se evidencie su procedencia ni mucho menos la literatura en que basan sus asertos; ii) al revisar la historia clínica se pueden observar todos los soportes que indica el apoderado, al punto de que algunas notas médicas de información y del manejo de no darle vía oral al paciente fueron establecidas en la contestación de la demanda; iii) existe una mala técnica del apoderado al revisar y buscar ciertos elementos, contando con que el paciente, al estar internado, tiene un seguimiento por las diferentes especialidades con apoyo de los exámenes médicos, que de entrada le permiten al especialista revisión y así ajustar el acto anestésico previo a cualquier cirugía.

Respecto del consentimiento informado, arguyó que i) este aspecto no fue objeto o problema jurídico a resolver en la demanda, ni fue establecido en la audiencia inicial y menos en la sentencia de primera instancia; ii) a pesar de lo anterior, los procedimientos quirúrgicos estaban precedidos de la información que los profesionales hicieron a los familiares; y iii) el procedimiento quirúrgico realizado el día 26 de mayo de 2012, fue por parte de la especialidad de oftalmología, la cual fue realizada en horas de la mañana según la nota de la especialista (Evelyne López) ocurre para las horas de la mañana, a las 10:26 horas, (nota manual) y las complicación de la convulsión ocurre en horas de la noche a las

¹⁰ C2, archivo 12.



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

7+35 pm, según nota retrospectiva de la médico General Libia Gómez Ruiz y de la fisioterapeuta Vivian Verónica Hoyos Lozada, a las 07:00 pm, queriendo decir lo anterior, que en el momento en que se presentaron las convulsiones no había existencia ya en el cuerpo de anestesia, destacándose que la anestesia no produce las convulsiones y no había rastro de esta en el cuerpo debido a que después del proceso quirúrgico se revierte. Por tal razón las convulsiones tardías no fueron ocasionadas por el proceso anestésico sino por las diferentes lesiones en el cerebro producto de la herida por proyectil de arma de fuego.

Sobre el dictamen pericial, el informe de necropsia y los testimonios rendidos por Roberto Alfonso Gómez y Evelyne López, señaló que i) la parte actora nada dijo sobre las falencias de la experticia en los momentos procesales; ii) el dicho del perito se puede corroborar con las declaraciones de la oftalmóloga y la nutricionista; iii) es equivocada la apreciación de los demandantes relacionada con que el paciente se encontraba bien y no había presentado ningún tipo de convulsión, pues desde su ingreso fue intervenido quirúrgicamente y se avizó que las laceraciones cerebrales y las esquilas con fractura deprimida estaban relacionadas con las convulsiones, luego la necropsia no es una prueba de que no se presentó una convulsión, la cual *«predice pérdida de conciencia y si se pierde la conciencia puede haber vómito que lleve a que el contenido del estómago se vaya la para la vía aérea y termine produciendo una obstrucción de la vía aérea y lleve al fallecimiento del paciente»*; iv) el apoderado esgrimió argumentos con base en una literatura médica que no tiene procedencia ni base científica que pueda llegar a estructurar un análisis serio de lo argumentado; en la necropsia se mostró que la convulsión no se debió a una lesión cerebral no tratada sino a una consecuencia de la lesión inicial por el proyectil de arma de fuego, pues la necropsia mostró que no había sangre ni acumulación de lesiones en el cerebro; v) los testimonios demuestran que el procedimiento médico fue el indicado y el uso de la anestesia era obligatorio, luego la muerte no se debió a esta sino a las lesiones ya producidas en su cerebro; y vi) no era necesario la ratificación mediante declaración del personal de enfermería, toda vez que son notas que no tienen componente médico y, en todo caso, demuestran que encontraron a los familiares en varias oportunidades suministrando alimento al paciente.

1.6.2.2. Hospital San Rafael.¹¹

Sostuvo que no se hizo ningún reparo frente a las actuaciones adelantadas por la entidad, lo que da cuenta de que se brindó la atención medica adecuadamente.

¹¹ C2, archivo 13.



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

1.6.2.3. Parte demandante.¹²

Hizo un análisis jurisprudencial sobre la responsabilidad del Estado frente a la urgencia hospitalaria, para señalar que existió una deficiente o irregular prestación del servicio; también manifestó:

Así las cosas, es innegable la relación existente entre el irregular procedimiento realizado por la CLINICA MEDILASER, dada la posición de garante que ostentaba frente a una situación de riesgo en que se encontraba el occiso, pues de haber aplicado los protocolos Médicos, el resultado final (muerte del joven GION ANDERSON PUENTES CAMACHO), habría tenido menor probabilidad de ocurrencia, en efecto si los médicos hubiese utilizado todos los conocimientos y elementos necesarios para la realización de los exámenes médicos apropiados, lo cual de haber sido así, habría presentado menor daño para la integridad del mismo y con ello la disminución de la probabilidad de ocurrencia de su muerte, lo que deja en evidencia la relación de causalidad entre la 12MISIÓN de la CLINICA MEDILASER en el presente asunto. Lo que constituye una omisión en el cumplimiento de la función institucional de protección de la vida, libertad individual y otras garantías.

Finalmente, resulta necesario indicar que la muerte del joven GION ANDERSON PUENTES CAMACHO fue un resultado no esperado en el curso normal del procedimiento quirúrgico o tratamiento que involucra la prestación del servicio médico hospitalario de anestesia. Es decir, que la muerte de una persona no es el fin del acto médico, por el contrario las declaraciones rendidas por los médicos que atendieron al occiso afirman que la convulsión presentada al paciente pudo haberse dado como consecuencia de la anestesia, pues no aparece en el protocolo de necropsia elementos que pudieran afirmar lo contrario.

II. CONSIDERACIONES

2.1. Competencia.

Esta Corporación es competente para resolver el recurso de apelación interpuesto, de conformidad con los artículos 153 (competencia de los Tribunales en segunda instancia); 243 (la sentencia es susceptible del recurso de alzada) y 247 (trámite de la apelación de sentencias) de la Ley 1437 de 2011.

2.2. Problema jurídico.

Consiste en determinar si la Clínica Medilaser S.A. es extracontractual y patrimonialmente responsable por los perjuicios causados a los demandantes derivado de la muerte de Gion Anderson Puentes el 26 de mayo de 2012, por la indebida prestación del servicio médico.

¹² C2, archivo 14.



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

Para efectos de desarrollar este problema jurídico, se seguirá el siguiente derrotero: i) marco normativo y jurisprudencial, en el cual se abordarán los elementos de la responsabilidad extracontractual del Estado y su configuración cuando se trata de la defectuosa prestación del servicio médico; ii) hechos probados; y iii) análisis de la Sala. Caso concreto. En este último se abordarán por separado los argumentos expuestos en la alzada.

2.3. Marco normativo y jurisprudencial.

2.3.1. Sobre los elementos de la responsabilidad extracontractual del Estado.

La responsabilidad patrimonial de la administración a partir de la Carta Política de 1991 se fundamenta en el artículo 90 del estatuto superior, el cual estableció dos elementos de la responsabilidad que son: i) El daño antijurídico y, ii) la imputación de este a una autoridad en sentido lato o genérico. La jurisprudencia del Consejo de Estado así lo ha entendido:

(...) porque a términos del art. 90 de la constitución política vigente, es más adecuado que el Juez aborde, en primer lugar, el examen del daño antijurídico, para, en un momento posterior explorar la imputación del mismo al Estado o a una persona jurídica de derecho público.

La objetivización del daño indemnizable que surge de este precepto constitucional, como lo ha repetido en diversas oportunidades la Sala, sugiere que, en lógica estricta, el Juez se ocupe inicialmente de establecer la existencia del daño indemnizable que hoy es objetivamente comprobable y cuya inexistencia determina el fracaso ineluctable de la pretensión.¹³

Por consiguiente, el primer aspecto a estudiar en los procesos de reparación directa es lo relativo a **la existencia del daño**, por cuanto si en el proceso no se logra establecer la ocurrencia de éste, se torna inútil cualquier otro análisis y juzgamiento, como lo ha señalado la Sección Tercera del Consejo de Estado¹⁴.

En efecto, se ha señalado que *«es indispensable, en primer término determinar la existencia del daño y, una vez establecida la realidad del mismo, **deducir sobre su naturaleza, estos es, si el mismo puede, o no calificarse como o antijurídico**, puesto que un juicio de carácter negativo sobre tal aspecto, libera de toda responsabilidad al Estado, y, por tanto, releva al juzgador de realizar la valoración del otro elemento de la responsabilidad estatal,*

¹³ Sentencia Consejo de Estado del diez de septiembre de 1993 expediente 6144 Consejero Ponente Juan de Dios Montes.

¹⁴ En este sentido pueden verse también las sentencias de 2 de marzo de 2000, exp. 11135; 9 de marzo de 2000 exp. 11005; 16 de marzo de 2000 exp. 11890 y 18 de mayo de 2000 exp. 12129



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

esto es, la imputación del daño al Estado, bajo cualquiera de los distintos títulos que para el efecto se ha elaborado»¹⁵(Resaltado fuera de texto)

El segundo elemento que configura la responsabilidad patrimonial del Estado es la imputabilidad del daño antijurídico a las autoridades públicas o nexo causal. Sobre este elemento, la Subsección C de la Sección Tercera del Consejo de Estado en sentencia proferida el 18 de mayo de 2017 dentro del proceso con radicación 68001-23-31-000-2003-00450-01 (37497) y ponencia del consejero Jaime Orlando Santofimio Gamboa, explicó que la imputación exige analizar dos esferas i) el ámbito fáctico y ii) la imputación jurídica, la cual se determina conforme al deber jurídico. Al mismo tiempo, se indicó:

Debe, sin duda, plantearse un juicio de imputación en el que demostrado el daño antijurídico, deba analizarse la atribución fáctica y jurídica en tres escenarios: peligro, amenaza y daño. En concreto, la atribución jurídica debe exigir que sea en un solo título de imputación, la falla en el servicio, en el que deba encuadrarse la responsabilidad extracontractual del Estado, sustentada en la vulneración de deberes normativos, que en muchas ocasiones no se reducen al ámbito negativo, sino que se expresan como deberes positivos en los que la procura o tutela eficaz de los derechos, bienes e intereses jurídicos es lo esencial para que se cumpla con la cláusula del Estado Social y Democrático de Derecho.

Así mismo, debe considerarse que la responsabilidad extracontractual no **puede reducirse a su consideración como herramienta destinada solamente a la reparación, sino que debe contribuir con un efecto preventivo que permita la mejora o la optimización en la prestación, realización o ejecución de la actividad administrativa globalmente considerada.**

Bajo los anteriores criterios la Sala realizará el juicio de imputación, previendo, además, que la Corporación ha determinado que los escenarios en que se discute la responsabilidad patrimonial del Estado **se debe dar aplicación al principio iura novit curia**, lo cual implica que frente a los hechos alegados y probados por la parte demandante, corresponde al juez definir la norma o la motivación de la imputación aplicable al caso, potestad del juez que no debe confundirse con la modificación de la causa petendi, esto es, los hechos que se enuncian en la demanda como fundamento de la pretensión. (Resaltado fuera de texto)

A partir de estos dos elementos se resolverán los argumentos de apelación alegados por la entidad demandada, es decir, se determinará la existencia del daño antijurídico y su imputación fáctica y jurídica.

2.3.2. Del régimen de responsabilidad aplicable a eventos de responsabilidad médica.

La jurisprudencia sobre el régimen de responsabilidad aplicable en los casos de responsabilidad médica no ha sido pacífica. En reciente pronunciamiento del Consejo de Estado precisó sobre este tópico, lo siguiente:

¹⁵ Sentencia proferida por el Consejo de Estado del 4 de diciembre de 2002 expediente 12625 Consejero Ponente Germán Rodríguez Villamizar



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

Es una posición ahora consolidada el que, por regla general¹⁶, **la responsabilidad del Estado por cuenta de daños derivados de intervenciones médicas se compromete bajo el régimen de la falla probada del servicio¹⁷, con las consecuencias probatorias que, tal y como se ha reiterado¹⁸, le son propias.** Sobre las razones del cambio jurisprudencial, la Sección sostuvo¹⁹:

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

Se acoge dicho criterio porque además de ajustarse a la normatividad vigente (art. 90 de la Constitución y 177 del Código de Procedimiento Civil), resulta más equitativa. La presunción de la falla del servicio margina del debate probatorio asuntos muy relevantes, como el de la distinción entre los hechos que pueden calificarse como omisiones, retardos o deficiencias y los que constituyen efectos de la misma enfermedad que sufra el paciente. La presunción traslada al Estado la carga de desvirtuar una presunción que falló, en una materia tan compleja, donde el álea constituye un factor inevitable y donde el paso del tiempo y las condiciones de masa (impersonales) en las que se presta el servicio en las instituciones públicas hacen muy compleja la demostración de todos los actos en los que éste se materializa.

En efecto, no debe perderse de vista que el sólo transcurso del tiempo entre el momento en que se presta el servicio y aquél en el que la entidad debe ejercer su defensa, aunado además a la imposibilidad de establecer una relación más estrecha entre los médicos y sus pacientes, hace a veces más difícil para la entidad que para el paciente acreditar las circunstancias en las cuales se prestó el servicio. (...)

La desigualdad que se presume del paciente o sus familiares para aportar la prueba de la falla, por la falta de conocimiento técnicos, o por las dificultades de acceso a la prueba, o su carencia de recursos para la práctica de un dictamen técnico, **encuentran su solución en materia de responsabilidad estatal, gracias a una mejor valoración del juez de los medios probatorios que obran en el proceso, en particular de la prueba indiciaria, que en esta materia es sumamente relevante, con la historia clínica y los indicios que pueden construirse de la renuencia de la entidad a aportarla o de sus deficiencias y con los dictámenes que**

¹⁶ Es importante anotar que, en algunos casos, la responsabilidad de la administración en materia médico-hospitalaria puede comprometerse aún en ausencia de falla. Así, en sentencia de 29 de agosto de 2013, exp. 30283, con ponencia de quien proyecta este fallo, se señaló que “la ausencia demostrada de una falla del servicio atribuible a la entidad no conduce necesariamente a afirmar la ausencia de responsabilidad, pues pueden existir otras razones tanto jurídicas como fácticas, distintas al incumplimiento o inobservancia de un deber de conducta exigible al ISS en materia de atención y prevención de enfermedades infecciosas, que pueden servir como fundamento del deber de reparar”. Un criterio similar se utilizó en la sentencia de 28 de septiembre de 2012, exp. 22424, C.P. Stella Conto Díaz del Castillo, en estos términos: “la menor (...) estando en satisfactorio estado de salud, tan pronto como le fue aplicado el plan de inmunización, previsto en las políticas de salud públicas, para la atención infantil falleció y aunque las pruebas técnico científicas y testimoniales no permiten relacionar la muerte de la pequeña de ocho meses con la aplicación de la vacuna, se conoce que el componente “pertusis” de la DPT (difteria, tos ferina y tétanos), en un porcentaje bajo, pero cierto, implica riesgo para quien lo reciba”.

¹⁷ Sección Tercera, sentencias de 31 de agosto de 2006, ibídem y de 3 de octubre de 2007, exp. 16402, de 28 de enero de 2009, exp. 16700 y de 9 de junio de 2010, exp. 18.683, C. P. Mauricio Fajardo Gómez. Con ponencia de quien proyecta este fallo ver sentencia de 29 de octubre de 2012, exp. 25331.

¹⁸ Ver, entre otras: Sección Tercera, sentencia de 23 de abril de 2008, exp. 17750, C.P. Mauricio Fajardo Gómez y de la Subsección “B”, sentencia de 4 de junio de 2012, exp. 22411, C.P. Danilo Rojas Betancourth.

¹⁹ Sección Tercera, sentencia de 31 de agosto de 2006, exp. 15772, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

rindan las entidades oficiales que no representan costos para las partes.

13.2. En la misma línea es necesario señalar que, como lo indicó la parte actora en la sustentación de su recurso de apelación, es cierto que en algunas ocasiones la Sección Tercera de esta Corporación admitió que, en circunstancias en las que no fuera posible esperar certeza o exactitud sobre la existencia de un nexo causal entre la falla y el daño, el mismo podía tenerse por acreditado si se observaba un “grado suficiente de probabilidad”²⁰, **sin embargo, dicha posición fue precisada en el sentido de indicar que hacía referencia al hecho de que el nexo de causalidad puede demostrarse por vía indirecta, es decir, a través de indicios, pero que en ningún momento constituía una excepción al deber que le asiste a la parte demandante de acreditar lo que tradicionalmente se ha denominado como el vínculo de causalidad**²¹ que debe existir entre la falla y el daño para que se estructure la responsabilidad de la administración²².

13.3. Está claro entonces que, en el estado actual de la jurisprudencia sobre la materia, **quien alegue que existió un defecto en la prestación del servicio médico asistencial, debe demostrar tal falla, así como también el daño y los elementos que permitan concluir que este último es atribuible a aquélla y no a eventos extraños**²³²⁴.

Ahora sobre la posibilidad que el Estado responda por las actuaciones de los galenos, el Consejo de Estado ha sostenido:

7.7. Por lo anterior, la actividad médica capaz de comprometer la responsabilidad de la administración es la falla probada; sin embargo, no solamente se estructura la responsabilidad cuando se contrarían los postulados de la *lex artis* o, esto es, por funcionamiento anormal, negligente o descuidado del servicio médico, sino también cuando la actividad que se despliega en condiciones normales o adecuadas puede dar lugar objetivamente a que ello ocurra²⁵ (...).²⁶

²⁰ Por ejemplo: Sección Tercera, sentencia de 3 de mayo de 1999, exp. 11169, C.P. Ricardo Hoyos Duque. Se dijo en esa oportunidad que si bien no existía certeza “en el sentido de que la paraplejía sufrida (...) haya tenido por causa la práctica de la biopsia”, debía tenerse en cuenta que “aunque la menor presentaba problemas sensitivos en sus extremidades inferiores antes de ingresar al Instituto de Cancerología, se movilizaba por sí misma y que después de dicha intervención no volvió a caminar”, de manera que existía una alta probabilidad de que la causa de la invalidez de la menor hubiera sido la falla de la entidad demandada, probabilidad que además fue reconocida por los médicos que laboraban en la institución.

²¹ Sobre las dificultades que dicha terminología implica puede leerse la sentencia de la Subsección B de 29 de agosto de 2013, exp. 29133, C.P. Ramiro Pazos Guerrero.

²² Sección Tercera, sentencia de 31 de agosto de 2006, exp. 15772, C.P. Ruth Stella Correa Palacio, en la cual se sostuvo: “En cuanto a la prueba del vínculo causal, ha considerado la Sala que cuando resulte imposible esperar certeza o exactitud en esta materia, no sólo por la complejidad de los conocimientos científicos y tecnológicos en ella involucrados sino también por la carencia de los materiales y documentos que prueben dicha relación, “el juez puede contentarse con la probabilidad de su existencia”, es decir, que la relación de causalidad queda probada “cuando los elementos de juicio suministrados conducen a ‘un grado suficiente de probabilidad’”, que permita tenerlo por establecido. // De manera más reciente se precisó que la exigencia de “un grado suficiente de probabilidad”, no implicaba la exoneración del deber de demostrar la existencia del vínculo causal entre el daño y la actuación médica, que hiciera posible imputar a la entidad que prestara el servicio, sino que esta era una regla de prueba, con fundamento en la cual el vínculo causal podía ser acreditado de manera indirecta, mediante indicios”.

²³ Sección Tercera, sentencia de 11 de mayo de 2006, exp. 14400, C.P. Ramiro Saavedra Becerra.

²⁴ CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección B. Consejero ponente: Danilo Rojas Betancourth. Sentencia de 2 de mayo de 2016. Radicación número: 52001-23-31-000-2003-01349-01(33140) A. Actor: Franco Alberto Gavilanes y otro. Demandado: Nación - Ministerio de Salud - Municipio de Túquerres, Nariño - Hospital San José de Túquerres e Instituto Departamental de Nariño. Referencia: Acción de Reparación Directa.

²⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 29 de agosto de 2013, exp. 30283, M.P. Danilo Rojas Betancourth. En esta oportunidad, la Subsección señaló que “la ausencia demostrada de una falla del servicio atribuible a la entidad no conduce necesariamente a afirmar la ausencia de responsabilidad, pues pueden existir otras razones tanto jurídicas como fácticas, distintas al incumplimiento o inobservancia de un deber de conducta exigible al ISS en materia de atención y prevención de enfermedades infecciosas, que pueden servir como fundamento del deber de reparar”. Un criterio similar se utilizó en la sentencia de 28 de septiembre de 2012, rad. 22424, M.P. Stella Conto Díaz del Castillo, en estos términos: “la menor (...) estando en satisfactorio estado de salud, tan pronto como le fue aplicado el plan de inmunización, previsto en las políticas de salud públicas, para la atención infantil falleció y aunque las pruebas técnico científicas y testimoniales no permiten relacionar la muerte de la pequeña de ocho meses con la aplicación de la vacuna, se conoce que el componente “pertusis” de la DPT (difteria, tos ferina y tétanos), en un porcentaje bajo, pero cierto, implica riesgo para quien lo reciba”.

²⁶ CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera–Subsección B. Consejero Ponente: Ramiro Pazos Guerrero. Sentencia de 13 de noviembre de 2014. Expediente: 31182. Radicación: 050012331000199903218-



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

Entonces, a la luz de la jurisprudencia, para que pueda predicarse la existencia de una falla en la prestación del servicio médico, se requiere la demostración de que la atención médica no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado de arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso²⁷. De esta manera deben obrar en el expediente pruebas tendientes a evidenciar que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, es decir, no se prestó un servicio con el empleo de todos los medios humanos, científicos y técnicos que se tengan al alcance.

Así, en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, esta es de naturaleza subjetiva, pues es la falla probada en el servicio, el título de imputación bajo el cual es posible la configuración de la responsabilidad estatal. Con fundamento en dicha consideración, se determinó que es carga de la parte demandante demostrar la falla en la prestación del servicio médico, lo que significa que debe probar el incumplimiento de las obligaciones legales o reglamentarias por parte de la entidad demandada, es decir que la actividad se cumplió de manera tardía o ineficiente, o que las funciones a su cargo se inobservaron de manera absoluta.²⁸

Así, el acto médico complejo se compone de los siguientes elementos: i) el acto médico propiamente dicho, el cual comprende el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, y ii) las actuaciones previas, concomitantes y posteriores a la intervención profesional, que operan desde el momento en que la persona asiste al centro hospitalario. Así lo ha señalado el Máximo Tribunal de lo Contencioso Administrativo:

Todas estas actuaciones integran el “acto médico complejo”, que la doctrina, acogida por la Sala clasifica en: (i) actos puramente médicos; (ii) actos paramédicos, que corresponden a las acciones preparatorias del acto médico, que por lo general son llevadas a cabo por personal auxiliar, en la cual se incluyen las obligaciones de seguridad, y (iii) los actos extramédicos, que corresponden a los servicios de alojamiento y manutención del paciente, clasificación que tuvo relevancia en épocas pasadas para efectos de establecer frente a los casos concretos el régimen de responsabilidad aplicable y las cargas probatorias de las partes.²⁹

Quiere decir lo anterior que, para que se configure la responsabilidad del Estado por la prestación de servicios médicos, es indispensable, para la parte demandante, acreditar

01. Actor: Carlos Andrés Rojas Londoño y otros. Demandado: Instituto de Seguros Sociales y otro. Naturaleza: Acción de reparación directa.

²⁷ Sentencia del Consejo de Estado, Sección Tercera, C.P. Doctora Ruth Stella Correa Palacio, con número de radicado: 52001-23-31-000-1995-07933-01(17149), siendo Demandante: Jairo Benjamin Calvache y otros, y Demandado: Nación-Ministerio de Salud-Hospital Departamento de Nariño, proferida el 25 de febrero de 2009.

²⁸ Sentencia del Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección “B”, C.P. Ramiro Pazos Guerrero, con número de radicado 05001-23-31-000-1999-02059-01(40057), siendo Demandante: Carlos Enrique Noreña Gómez y otros, y Demandado: Municipio de Itagüí, proferida el 3 de octubre de 2016.

²⁹ Ibidem.



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

cada uno de los elementos de dicha responsabilidad, al identificar el acto que da origen al hecho dañoso dentro del marco del acto médico complejo.

2.4. Hechos probados.

En el plenario se demostraron los siguientes frente a la atención dispensada por la Clínica Medilaser:

- i. En la historia clínica de Medilaser, se lee *-Remisión del paciente de primer a segundo nivel.*»³⁰

[24 de marzo de 2012]

Ingresa paciente en compañía de agentes de policía con dos impactos de arma de fuego en cabeza y tórax (...): herida al parecer por arma de fuego en zona ocular izquierda en región parietal izquierda lateral se observa orificio de salida C/P: herida por arma de fuego en séptimo espacio intercostal izquierdo con salud en región lumbar M/V (mormullo vesicular) abolido en hemitórax izquierdo, normal en hemotórax derecho, abdomen: normal, extremidades normales, glanglow 8/5.

- ii. El paciente permaneció en la Clínica Medilaser, primero en UCI y después en el área de hospitalización, donde le suministraron todos los medicamentos y tratamientos para sus lesiones en el cráneo y en el tórax.
- iii. Gion Anderson Puentes Camacho falleció el 26 de mayo de 2012.
- iv. El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses realizó la necropsia, en la cual se consignó:³¹

PRINCIPALES HALLAZGOS DE NECROPSIA

CARACTERIZACIÓN DEL CADÁVER (...) OTROS HALLAZGOS: abundante contenido alimenticio en tráquea y bronquios fuente (...).

ANÁLISIS Y OPINIÓN PERICIAL

CONCLUSIÓN PERICIAL: De acuerdo con lo registrado el Acta de Inspección Técnica a cadáver y los hallazgos durante la presente necropsia se puede inferir 1. Occiso menor de edad, sexo masculino edad 16 años (...) 2. Presenta abundantes restos alimenticios obstruyendo las vías aéreas inferiores que le produjeron hipoxia cerebral aguda severa y posterior deceso.

(...)

Causa básica de muerte: Obstrucción mecánica de vías aéreas por alimentos.

EXAMEN INTERIOR

(...)

³⁰ C1, archivo 02, pág. 59.

³¹ C1, archivo 01, pág. 31.



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

TRÁQUEA: Se observa abundante contenido alimenticio semisólido que obstruye severamente su luz.

BRONQUIOS: Se observa abundante contenido alimenticio semisólido que obstruye severamente su luz.

(...)

ESTÓMAGO: (...) Al corte con poca cantidad de contenido alimenticio semisólido.

TÉCNICAS DE EXPLORACIÓN AL CADÁVER

(...) paciente que presenta movimiento tónico / clónicos generalizados, relajación de esfínter y vómito (comida) fue sometido a cirugía enucleación ojo izquierdo, presenta parada cardiorrespiratoria, fallece.

2.5. Análisis de la Sala. Caso concreto.

2.5.1. De la aptitud probatoria de los medios de juicio allegados al proceso.

i. Documentales.

Los documentos aportados por las partes y aquellos allegados en virtud del decreto probatorio agotado en la audiencia inicial serán valorados, toda vez que no fueron tachados y los sujetos procesales los tuvieron a su disposición todo el proceso. Esto, de conformidad con la sentencia de unificación proferida por la Sección Tercera del Consejo de Estado el 28 de agosto de 2014, con ponencia del consejero Danilo Rojas Betancourth.³²

ii. Prueba testimonial.

La ley procesal exige, en cuanto a la valoración de la prueba testimonial, que i) la declaración sea exacta y completa; ii) esté calificada por las circunstancias de tiempo, modo y lugar; y iii) que tenga apoyo sobre el contenido de lo declarado.³³ Para la valoración del testimonio deben tenerse en cuenta los aspectos relativos a su validez, legalidad y eficacia.

En este proceso se practicaron los testimonios de:

³² Radicación: 25000-23-26-000-2000-00340-01.

³³ Artículo 221. Práctica del Interrogatorio. La recepción del testimonio se sujetará a las siguientes reglas:

(...)

3. El juez pondrá especial empeño en que el testimonio sea exacto y completo, para lo cual exigirá al testigo que exponga la razón de la ciencia de su dicho, con explicación de las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que haya ocurrido cada hecho y de la forma como llegó a su conocimiento. Si la declaración versa sobre expresiones que el testigo hubiere oído, o contiene conceptos propios, el juez ordenará que explique las circunstancias que permitan apreciar su verdadero sentido y alcance.

(...)



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

- i. **Vivian Verónica Hoyos Lozada.** Quien manifestó tener una relación laboral con la Clínica Medilaser. Fue la fisioterapeuta que atendió a Gion Anderson Puentes Camacho.
- ii. **Roberto Antonio Gómez Pinedo.** También expresó que tenía vínculo laboral con la Clínica Medilaser. Es médico especialista en neurocirugía e igualmente atendió al joven.
- iii. **Evelyne Silvia Elena López Silva.** Manifestó que laboraba en la Clínica Medilaser. Fungió como oftalmóloga en el tratamiento dispensado al joven Camacho Puentes.
- iv. **Martha Cecilia Dávila Díaz y María Matilde Arbeláez Cano,** quienes manifestaron ser amigas de los demandantes y se pronunciaron sobre los perjuicios morales.

En la audiencia de pruebas, al practicar los testimonios de los tres profesionales de la medicina que tienen vínculo con la Clínica Medilaser, hizo la advertencia del artículo 211 del Código General del Proceso que reza:

Artículo 211. Imparcialidad del testigo. Cualquiera de las partes podrá tachar el testimonio de las personas que se encuentren en circunstancias que afecten su credibilidad o imparcialidad, en razón de parentesco, dependencias, sentimientos o interés en relación con las partes o sus apoderados, antecedentes personales u otras causas.

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

Adicionalmente, manifestó que la relación laboral sería tenida en cuenta al momento de proferir la sentencia, empero, pasó por alto que la tacha de los testigos **deberá** hacerse por las partes interesadas.

En gracia de discusión, aun si se admitiera que la tacha sí procede, la jurisprudencia ha prohijado que las declaraciones no pueden ser excluidas de la valoración, sino que le impone al juzgador un examen **más riguroso** junto con las demás pruebas aportadas al plenario. La Sección Tercera del Consejo de Estado, en sentencia de 8 de abril de 2014, precisó:

Así, debe señalarse con relación al testimonio que su valoración y ponderación requiere del juez, como en todos los casos, determinar el valor de convicción del



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

mismo y su real dimensión, se itera, bajo su apreciación en conjunto y con aplicación de las reglas de la sana crítica, ejercicio cuya complejidad se acentúa en tratándose de testimonios de oídas o aquellos calificados como sospechosos, los cuales, según se infiere de lo dicho en líneas anteriores, no pueden ser desechados de plano sino que rigidizan su valoración de cara al restante material probatorio, por cuanto serán examinados con mayor severidad.

Debe entenderse, entonces, que son, precisamente, las reglas de la sana crítica las que aconsejan que tanto el testigo sospechoso como el ex auditado, se aprecie con mayor rigor, se someta a un tamiz más denso de aquel por el que deben pasar las declaraciones libres de sospecha o cuya percepción fue directa o se subvaloren. Pero sin que puedan desecharse bajo el argumento del parentesco, interés o falta percepción directa, sino porque confrontados con el restante material probatorio resultan contradictorios, mentirosos, o cualquiera circunstancia que a criterio del juez merezca su exclusión o subvaloración.

Bajo esta filosofía, el ordenamiento procesal, artículo 218 – inciso final, **permitió que el juez apreciara los testimonios sospechosos**, de acuerdo con las circunstancias de cada caso y al igual que las tachas sus motivos y pruebas fueran valoradas en la sentencia, ocurriendo lo propio con el testimonio de oídas.

Dicho lo anterior y bajo este criterio se examinarán y valorarán los testimonios de (...), cuyas narraciones se tendrán como sospechosas o parcializadas, teniendo en cuenta que son cercanos a la parte demandante y estuvieron involucrados en los hechos objeto de análisis, situación que afecta la objetividad e imparcialidad del mismo. (...).³⁴

Desde ahora anuncia la Sala que los relatos de los declarantes se caracterizaron por ser responsivos, coherentes, espontáneos y expusieron en detalle las circunstancias de tiempo, modo y lugar que les constaron respecto de la atención dispensada a Gion Anderson Puentes Camacho; en consecuencia, merecen credibilidad, sin perjuicio de que sus dichos sean analizados conjuntamente con las documentales que militan en el plenario.

Asimismo, si bien fueron los galenos y fisioterapeuta que estuvieron a cargo de su cuidado, considera la Sala que sus dichos devienen pertinentes e idóneos, no solo por su experiencia en el campo de la medicina sino porque tuvieron conocimiento directo de los hechos que se debaten en esta *litis*.

iii. Dictamen pericial.

En el recurso de apelación, la parte demandante manifestó que:

- i. Se trata de un médico internista y que es la primera vez que rinde un dictamen pericial «*en casos similares al presentado en este asunto, es decir no cuenta con experiencia suficiente*».

³⁴ Consejo de Estado. Sección Tercera. Subsección C. M.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa. Expediente 29195.



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

- ii. Las afirmaciones «son sacadas de la historia clínica pero no de su integridad, no tiene en cuenta con una metodología utilizada para rendir esta clase de peritaje».

El dictamen pericial aportado por la Clínica Medilaser fue rendido por el doctor Diego Devia Manchola.³⁵ Según la hoja de vida aportada con la experticia, **i)** se graduó como médico general, médico especialista en medicina interna y enfoque y manejo integral del paciente en medicina interna; y **ii)** su experiencia inició en el año 2003, es decir, que contaba con amplia experiencia.

El apoderado de la parte demandante, en la audiencia de pruebas, le interrogó por la metodología que había utilizado para rendir el dictamen, a lo que contestó:

Preguntado. explíquenos qué metodología usted utilizó para rendir el dictamen o se basó simplemente en la historia clínica, parte investigativa o su experiencia como médico **Contestó.** las 3 cosas, una parte evidentemente de la historia clínica que permite acercarse al estado de salud de la persona al ingreso a urgencias y en el transcurso de la hospitalización, pero además, es importante incluir los hallazgos de necropsia porque pueden cotejar qué fue lo que ocurrió durante la hospitalización y esa presunción diagnóstica y terapéutica se acompañan de un respaldo de una evaluación objetiva y clara, eso en primera instancia; segundo, evidentemente, la experiencia, si bien es cierto es importante, básicamente en estos casos va dirigida a que pueda hacerse una evaluación bibliográfica que pueda sustentar las evaluaciones, cuando se habla de medicina basada en la evidencia, la experiencia tiene el nivel de recomendación más bajo, por lo que incluir la experiencia personal en un caso que ya puede haber una evaluación bibliográfica que puede dar soporte de cómo pueden presentarse ese tipo de cosas, es por lo que yo sustenté mi dictamen por la bibliografía anexada al final de esta presentación, entonces, en principio, evidentemente la historia clínica es fundamental, sin la historia clínica no habría manera de hacer una búsqueda bibliográfica que sustente un análisis, entonces, la historia clínica, incluido el dictamen pericial de necropsia más la evaluación bibliográfica que en este caso nos sirve para saber que no se presentaron nuevos episodios de convulsiones tempranas, pero sí tardías y que eso, en presencia de un estómago lleno, además que la bibliografía también muestra cuáles son los mecanismos de defensa ante el vómito y que estuvieron anulados ante este episodio convulsivo por los 2 hallazgos que le digo, el de necropsia y que se haya tenido nutrición a través de la nariz, eso significa que fallaron los 2 mecanismos claramente y eso queda objetivamente soportado con lo que muestra el dictamen de la necropsia.

Para la Sala, contrario a lo sostenido por la parte demandante, era imprescindible que el análisis estuviera sustentado en la historia clínica, pues no de otra forma podía determinar si la atención médica había sido diligente e idónea. Además, en el dictamen citó toda la bibliografía de la cual derivaban sus dichos y, no menos importante, su experiencia, pues la medicina interna fue una especialidad que también participó en la atención del joven fallecido; así lo indicó Evelyné López Silva -oftalmóloga-:

³⁵ C1, archivo 02, pág. 37.



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

Preguntado. cuando usted intervino al paciente, él tenía las condiciones físicas para someterse al procedimiento y a la anestesia **Contestó.** sí claro, porque es que el paciente es sometido a una valoración previa por neurología, por anestesia, ese paciente también lo vio medicina interna y ellos son los que determinan si el paciente puede o no puede operarse (...), pero si se le dio la anestesia y no fue una cirugía de urgencia, sino una cirugía programada, supongo que sí debería tener todas las condiciones.

Igualmente, el doctor Roberto Alfonso Gómez manifestó que ese tipo de pacientes son manejados multidisciplinariamente y al revisar la historia clínica, también se puede verificar que el menor fue valorado por neurocirugía y medicina interna.

Aúnese a lo expuesto que el perito en ningún momento manifestó que era la primera vez que rendía un dictamen pericial. En la audiencia de pruebas, cuando el apoderado de la parte actora le interrogó si había «*rendido dictámenes periciales en otros casos periciales (sic)*», respondió que **no recordaba**, nada más.

Adicionalmente, **i)** la parte demandante tuvo acceso al dictamen desde el momento en que fue aportado con la contestación de la demanda sin que solicitara aclaración o complementación; y **ii)** en la audiencia de pruebas se surtió su contradicción, oportunidad en la que también pudo intervenir.

Se recuerda que el dictamen pericial consiste en la aportación de ciertos elementos técnicos, científicos o artísticos que la persona versada en la materia de que se trate hace para dilucidar la controversia, aporte que requiere de especiales conocimientos, por lo cual se dice que **la pericia es una declaración de ciencia, ya sea técnica, científica o artística.**³⁶

Así las cosas, considera la Sala que el dictamen pericial sí era conducente, pues requería de especiales conocimientos científicos o técnicos, indispensables para lograr la apreciación, deducción y entendimiento de ciertos hechos o sucesos de naturaleza especial; si la parte demandante consideraba que no debía tenerse como tal, así debió manifestarlo en la audiencia inicial, empero, frente a la decisión adoptada por el *a quo* guardó silencio. Por lo tanto, la experticia será valorada en conjunto con las demás pruebas.

³⁶ Parra Quijano Jairo. *Manual de Derecho Probatorio*, págs. 351- 352. Tercera Edición. Edición Librería del Profesional



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

iv. Sobre la literatura médica referida en el recurso de apelación.

La parte demandante citó múltiples conceptos que, según su dicho, corresponden a la literatura médica. Sin embargo, el Consejo de Estado ha dicho que esta literatura carece de valor probatorio por las siguientes razones:³⁷

Por último, es del caso precisar que **la literatura médica tomada de páginas web carece de valor probatorio para demostrar las condiciones de la enfermedad, los síntomas y el tratamiento para su mitigación, pues se trata de información incorporada al expediente sin que hubiera sido puesta en conocimiento de las partes del proceso, y de la que se desconoce su autenticidad y veracidad**³⁸. En este caso, los medios de prueba **idóneos** para demostrar aspectos relativos a los síntomas de apendicitis, la evolución de la enfermedad y sus consecuencias, están acreditados con el concepto científico rendido por los médicos tratantes y con la información de la historia clínica, pruebas que fueron allegadas y practicadas con las formalidades previstas en la ley para garantizar el debido proceso, específicamente, el derecho de contradicción de las partes.

Las razones dadas en la providencia transcrita son suficientes para anunciar que los conceptos y apreciaciones médicas del recurso de apelación, no serán tenidas en cuenta para resolver el caso concreto.

2.5.2. Sobre los argumentos relacionados con el consentimiento informado y el acto médico anestésico.

El artículo 281 del Código General del Proceso prevé que la sentencia **deberá** estar en consonancia con los **hechos y las pretensiones aducidos en la demanda** y con las excepciones que aparezcan probadas y hubieren sido alegadas. A su vez, el artículo 187 del CPACA, establece que en la sentencia *«se decidirá sobre las excepciones propuestas y sobre cualquiera otra que el fallador encuentre probada»*.

La Corte Constitucional en sentencia T-592 de 2000 con ponencia del magistrado Alfredo Beltrán Sierra, indicó:

(...) en un principio general, en materia de procedimiento, por estar directamente relacionado con el debido proceso y el derecho de defensa, que **exista la debida coherencia**, en todas las sentencias, entre los hechos, las pretensiones y la decisión. Es decir, **el juez debe resolver todos los aspectos ante él expuestos**. Y es su obligación explicar las razones por las cuales no entrará al fondo de alguna de las pretensiones, también se ha establecido por la doctrina y la jurisprudencia, que no toda falta de pronunciamiento expreso sobre una pretensión, hace, por sí misma, incongruente una sentencia. (...).

³⁷ Sección Tercera, sentencia del 6 de septiembre de 2021, expediente 61723, C.P. Jaime Enrique Rodríguez Navas.

³⁸ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 28 de marzo de 2019, expediente 48527. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia de 18 de diciembre de 2020, SC5186-2020.



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

Y en la sentencia T-455 de 2016 con ponencia del magistrado Alejandro Linares Cantillo, dijo:

El principio de congruencia de la sentencia, además se traduce en una **garantía del debido proceso para las partes**, puesto que garantiza que **el juez sólo se pronunciará respecto de lo discutido** y no fallará extra petita ni ultra petita, porque en todo caso, **la decisión se tomará de acuerdo a las pretensiones y excepciones probadas a lo largo del desarrollo del proceso**. Esto, además, garantiza el derecho a la defensa de las partes, puesto durante el debate podrán ejercer los mecanismos que la ley ha establecido para ellos en los términos adecuados.

La jurisprudencia de esta Corporación ha definido el principio de congruencia “como uno de los elementos constitutivos del derecho fundamental al debido proceso consagrado en el artículo 29 de la Constitución Política, “en la medida que impide determinadas decisiones porque su justificación no surge del proceso por no responder en lo que él se pidió, debatió y probó”. (...).

(...)

De lo expuesto hasta el momento, se puede concluir que el juez debe tomar su decisión **de manera congruente con los hechos, pretensiones** y excepciones dentro del proceso. Por lo tanto, no podrá proferir una sentencia en la que se pronuncie acerca de algo que no fue solicitado por las partes (extra petita) o en la que otorgue más de lo pedido (ultra petita), **pero tampoco podrá fallar sin pronunciarse** acerca de todas las pretensiones, pues de lo contrario deberá explicar de manera suficiente las razones por las cuales omitió referirse a algún procedimiento. El principio de congruencia de la sentencia, además **garantiza el oportuno uso del derecho de defensa por parte de las partes, puesto que les permite hacer uso de cada una de las herramientas establecidas en la ley para ello**.

En voces de la jurisprudencia del Consejo de Estado,³⁹ la congruencia de la sentencia debe ser tanto externa como interna; la primera se traduce en la concordancia **debida entre lo pedido de las partes en la demanda** junto con las excepciones, con lo decidido en la sentencia y encuentra su fundamento en el artículo 55 de la Ley 270 de 1996, sin olvidar que el artículo 280 del Código General del proceso establece que **la parte resolutive debe contener decisión expresa y clara sobre cada una de las pretensiones de la demanda y las excepciones**, cuando proceda a resolver sobre ellas; la segunda, se refiere a la armonía y concordancia que debe existir entre las conclusiones judiciales derivadas de las valoraciones fácticas, probatorias y jurídicas contenidas en la parte considerativa, con la decisión plasmada en la parte resolutive de la sentencia.

Para el análisis de congruencia de una sentencia frente a las pretensiones y excepciones puestas a su consideración, **se debe tener en cuenta que estas comprenden tanto el objeto, esto es el efecto jurídico que se persigue, como la causa petendi o razones**

³⁹ Sección Cuarta del Consejo de Estado, sentencia de 15 de marzo de 2002, radicación 76001-23-24-000-1997-3983-01 (12439), C.P. Juan Ángel Palacio Hincapié.



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

de hecho y de derecho que le dan sustento; en ese contexto, en virtud del principio de congruencia, el juez debe pronunciarse sobre **todos** los extremos de las pretensiones y excepciones que delimitan el alcance de la decisión, sin perjuicio de que deba fallar conforme al derecho que resulte aplicable a los hechos que hayan sido alegados y probados en el proceso.

Ahora bien, el Consejo de Estado, desde la sentencia proferida el 14 de febrero de 1995 con ponencia de la consejera Consuelo Sarria Olmos (radicación S-123), se pronunció sobre la congruencia de la sentencia y la aplicación del principio *iura novit curia* así:

De acuerdo con lo anterior, la Sala reitera la tesis de que la justicia administrativa es rogada y en ella no es aplicable el principio *iura novit curia*, pero precisa con relación a dicha característica una excepción: en aquellos procesos, en los cuales no se juzga la legalidad o ilegalidad de la actuación u omisión de la Administración, sino que **directamente** se reclama la reparación del daño mediante el reconocimiento de una indemnización, el juez puede interpretar, precisar el derecho aplicable y si es el caso modificar, **de acuerdo con los hechos expuestos en la demanda** los fundamentos de derecho invocados por el demandante.

En las controversias sobre responsabilidad extracontractual del Estado, materia en la cual, si bien existen algunas normas generales consagradas en la legislación positiva, aplicables que pueden ser invocadas en la demanda, tales como el artículo 90 de la Constitución Nacional, que de manera abstracta sirve de fundamento jurídico a la responsabilidad del Estado, lo cierto es que no existe un régimen legal positivo que regule de una manera precisa y detallada dicho tema, lo que hace que el juez pueda encontrar fundamentos de derecho diferentes a los propuestos en la demanda, pero sin que pueda modificar la causa petendi de la misma, que como ya se precisó la constituyen los hechos mismos en que se fundamenta.

De conformidad con lo hasta aquí expuesto, la Sala precisa que sí es posible en materia de juicios de responsabilidad extracontractual del Estado, la aplicación del principio *iura novit curia*, **pero siempre teniendo en cuenta que a través de él no se puede llegar a la modificación de los fundamentos fácticos de la pretensión, expuestos en el libelo, los cuales constituyen su causa petendi y son los precisados por el actor, y no otros.**

También señaló que, en «*los escenarios en que se discute la responsabilidad patrimonial del Estado se debe dar aplicación al principio iura novit curia, lo cual implica que frente a los hechos alegados y probados por la parte demandante, corresponde al juez definir la norma o la motivación de la imputación aplicable al caso, potestad del juez que no debe confundirse con la modificación de la causa petendi, esto es, los hechos que se enuncian en la demanda como fundamento de la pretensión.*»⁴⁰

Y más recientemente, en la sentencia proferida el 19 de marzo de 2021 con ponencia del consejero José Roberto SÁCHICA Méndez (radicación 63001-23-33-000-2014-00134-01), se

⁴⁰ Sección Tercera, sentencia del 18 de mayo de 2017, C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa, radicación 68001-23-31-000-2003-00450-01.



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

pronunció sobre la aplicación del mentado principio y su relación con la congruencia de la sentencia, en los siguientes términos:

Respecto de la congruencia, el Consejo de Estado, de tiempo atrás, ha establecido que, si bien existe la posibilidad de aplicar el principio *iura novit curia*, ello implica que frente a los hechos alegados y probados por la parte demandante corresponde al juez definir la norma o el régimen aplicable al caso, **lo que no puede confundirse con la modificación de la causa petendi**, es decir, los hechos que se enuncian en la demanda como fundamento de la pretensión.

En el caso *sub examine* se tiene que, en el escrito introductorio, se fundamentó la responsabilidad bajo los siguientes supuestos:

- i. La conducta de la demandada fue negligente y «descarada» porque ostentaba la posición de garante frente al enfermo.
- ii. El servicio de alimentación fue prestado por dicha entidad y en la historia clínica no se consignó que se le haya indicado a los familiares del paciente que no debían suministrarle alimentos antes o después de la cirugía por oftalmología, por el contrario, siempre se dejó plasmado el plan de alimentación. Tampoco se registró que al paciente no debían suministrarle alimentos desde la noche antes de la cirugía porque la anestesia podía repercutir en su salud.
- iii. El personal médico debió prever que el paciente no se hallaba en las mejores condiciones físicas y mentales para soportar una cirugía de oftalmología y tampoco se suspendió el suministro de alimentación aun cuando se había programado con antelación el procedimiento quirúrgico, *«por el contrario se probará fehacientemente que al enfermo desde antes de la cirugía y después le fueron suministrados alimentos como estaba descrito en la historia clínica»*.
- iv. La muerte del joven Gion Anderson Puentes Camacho «fue provocado (sic) por el alimento que le suministraba el mismo centro clínico que le produjo vómito después de haber salido de la cirugía y por tal motivo broncoaspiró y le causo (sic) un parocardiorespiratorio (sic)».

Obsérvese que el argumento de la demanda para endilgarle la responsabilidad a la Clínica Medilaser se contrajo exclusivamente al suministro de alimento a Gio Anderson Puentes Camacho después de la cirugía, nada más.



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

Sin embargo, en la alzada, la parte actora expuso que la responsabilidad de la Clínica Medilaser se configuró **i)** por omisiones en el consentimiento informado para realizar la intervención quirúrgica del 26 de mayo de 2012; y **ii)** porque se presentaron irregularidades en el acto médico anestésico, tales como la falta de valoración preanestésica, la inexistencia del registro de las drogas utilizadas, la técnica y valoración, así como la omisión en el seguimiento del paciente; argumentos que, ni por asomo, se plantearon en el inicio del proceso. En otras palabras, estas no fueron las razones de imputación de la responsabilidad.

En ese hilo de comprensión, la parte actora no podía, *so pretexto* del «desconocimiento de la historia clínica», variar las razones por las cuales consideraba que la demandada era responsable extracontractual y patrimonialmente, pues atender en este estadio procesa una argumentación que no fue expuesta en la demanda, violaría el derecho al debido proceso, la contradicción, así como a la igualdad del demandado, a quien se sorprendería con una sentencia que en modo alguno atendió los parámetros del debate de la primera instancia. Y, es que en virtud de lo dispuesto en el inciso 2 del artículo 281 del Código General del Proceso, no es posible condenar al demandado por objeto distinto del pretendido en la demanda ni por causa diferente a la invocada en esta.

Recuérdese que el recurso de apelación tiene por objeto que el superior examine la **cuestión decidida**, con unidad temática y consecuente entre las pretensiones de la demanda, los fundamentos de hecho, las razones fácticas, la contestación y la sentencia⁴¹. *“Así, queda proscrita cualquier posibilidad de que la apelación plantee aspectos ajenos o carentes de identidad con el grupo de razones y fundamentos anteriormente señalados. El recurso que desconozca esta restricción, viola el deber de lealtad entre las partes, irrespeta el debido proceso y quebranta el derecho de defensa de aquéllas, bajo el marco trazado por quien en cada caso asuma la condición de opositora⁴²»⁴³*

Entonces, en esta instancia no se puede admitir un estudio ilimitado en el juicio de imputación solo porque la parte demandada hizo alusión someramente a un hecho que, a juicio de la actora, abre el camino al análisis de la responsabilidad del Estado por un supuesto que no fue expuesto desde el origen del proceso. Si bien es cierto que el juez debe efectuar un estudio crítico de las pruebas conforme lo establece el artículo 187 del

⁴¹ Artículo 320 del CGP

⁴² Sentencia de 4 de noviembre de 2004, Exp. 14403

⁴³ Consejo de Estado. Sección Cuarta. C.P. Dr. Hugo Fernando Bastidas Bárcenas. Sentencia de 14 de agosto de 2013. Radicación número: 73001-23-31-000-2006-01785-01(18580) Actor: CEMEX COLOMBIA S.A. Demandado: MUNICIPIO DE SAN LUIS



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

CPACA, no lo es menos que este se desarrolla bajo los argumentos que dieron origen a la *litis*.

Este aserto encuentra respaldo en la sentencia proferida el 14 de mayo de 2020 por el Consejo de Estado (expediente 23608), en el cual explicó:

La Ley 1437 de 2011, en el artículo 187, señala que la sentencia tiene que ser motivada, que debe fundamentarse en la demanda y su contestación, y en el análisis crítico de las pruebas y de los razonamientos que apoyan las conclusiones. **Se reitera que, en virtud del principio de congruencia, en la sentencia debe existir armonía entre la parte motiva y la parte resolutive, esto es, congruencia interna y la decisión contenida en ella debe ser concordante con lo pedido por las partes tanto en la demanda como en la respectiva contestación, que se denomina congruencia externa.** Este principio busca la certeza jurídica y la protección de los derechos al debido proceso y el derecho a la defensa de las partes. Leída la providencia apelada se advierte que contiene un resumen de la demanda y la contestación, la indicación de los fundamentos jurídicos aplicables, la relación de las pruebas que están en el expediente, la posición jurídica de las partes demandante y demandada, el análisis de las pruebas y los argumentos en que se apoya la decisión, lo que pone en evidencia la congruencia externa de la sentencia.

Así las cosas, contrario a lo sostenido por la parte actora, considera esta Sala que sí se quebrantaría el derecho al debido proceso del extremo pasivo al decidir un asunto que **no fue puesto en conocimiento** desde la demanda. Además, aunque el juez puede aplicar el principio *iura novit curia*, lo cierto es que este solo se contrae a definir la norma o el régimen aplicable al caso, pero en ninguna circunstancia permite la modificación de lo solicitado en la demanda.

Y es que, para ahondar en razones, es menester indicar que el Consejo de Estado en la sentencia proferida el 8 de mayo de 2020 con ponencia de la consejera Marta Nubia Velásquez Rico (radicación 11001-03-15-000-2020-00358-00), en curso de una acción de tutela adelantada contra una sentencia proferida por el Tribunal Administrativo de Boyacá en un proceso de reparación directa, consideró que se configuró un defecto procedimental absoluto por falta de congruencia derivada de la modificación de la *causa petendi* de la demanda, por las consideraciones que se citan *in extenso*:

La Sala dejará sin efectos la anterior decisión, por considerar que sí vulneró el principio de congruencia, pues es evidente que hubo una modificación de la causa petendi de la demanda.

Al respecto, esta Subsección, de manera reciente y frente a un caso similar, consideró:

“(…) es importante precisar el contenido y alcance del principio *iura novit curia*, el cual, en criterio del a quo, se aplicó adecuadamente en la providencia cuestionada y, por consiguiente, la misma no devino en incongruente.



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

“La Corte Constitucional definió el principio iura novit curia en los siguientes términos:

‘El principio iura novit curia, es aquel por el cual, corresponde al juez la aplicación del derecho con prescindencia del invocado por las partes, constituyendo tal prerrogativa, un deber para el juzgador, a quien incumbe la determinación correcta del derecho, debiendo discernir los conflictos litigiosos y dirimirlos según el derecho vigente, calificando autónomamente, la realidad del hecho y subsumiéndolo en las normas jurídicas que lo rigen.’

“Por su parte, el Consejo de Estado, en lo que se refiere al derecho de daños, **ha precisado que en aplicación del principio iura novit curia, el juez puede analizar el caso bajo la óptica del régimen de responsabilidad patrimonial del Estado aplicable, de cara a los hechos probados dentro del proceso, sin que esto implique una suerte de modificación o alteración de la causa petendi**, ni que responda a la formulación de una hipótesis que se aleje de la realidad material del caso, o que se establezca un curso causal hipotético de manera arbitraria.

“En relación con la congruencia de la sentencia y la posibilidad de aplicar el principio iura novit curia, el Consejo de Estado ha precisado:

‘Respecto de la congruencia, el Consejo de Estado desde tiempo atrás¹⁴ ha establecido que, si bien existe la posibilidad de aplicar el principio iura novit curia, ello implica que frente a los hechos alegados y probados por la parte demandante corresponde al juez definir la norma o el régimen aplicable al caso, lo que no puede confundirse con la modificación de la causa petendi, es decir, los hechos que se enuncian en la demanda como fundamento de la pretensión’

(...)

Como se desprende del fallo cuestionado, primero se abordó ampliamente y se desestimó el tema del **error en el diagnóstico** (aspecto que constituyó la causa petendi de la demanda), para luego, en “aplicación” de la sentencia de unificación dictada por esta Sección del Consejo de Estado -por cuya virtud se consideró que no existe, por privilegio, ningún título de responsabilidad-, abrirle paso, de manera oficiosa, al análisis del caso desde **la óptica del consentimiento informado** y así determinar, con fundamento en su aparente inobservancia, que se causó un daño autónomo denominado “derecho a la autodeterminación y libertad de decisión”, **en abierta oposición a las pretensiones de la demanda y a los hechos en que aquellas se sustentaron -causa petendi-**.

En efecto, al revisar la demanda de reparación directa, se advierte que sus pretensiones y fundamento fáctico se concentraron en el **error en el diagnóstico** (causa del daño) que produjo unas lesiones físicas (daño) al señor Ramiro Borda Álvarez, producto de una cirugía de hernia inguinal izquierda, que no requería, por lo que se solicitaron perjuicios de índole inmaterial (morales, daño a la vida de relación y a daño a la salud).

El tribunal accionado, sin embargo, consideró que sí era procedente estudiar y declarar la responsabilidad patrimonial de los entes demandados por la omisión de obtener el **consentimiento informado** del paciente (falla en el servicio), **pese a que ello no fue planteado en la demanda**, pues a su juicio esa omisión produjo en la víctima un daño autónomo que debía ser resarcido, **cuando ello, primero, no derivaba de la aplicación del principio iura novit curia, sino de la alteración de la causa petendi y, segundo, no fue solicitado en la demanda.**

Al respecto, esta Sala, frente a un caso similar, sostuvo:

(...)

“En este sentido, la Sala ha sostenido que la congruencia es una regla en virtud de la cual el juez, en su sentencia, no puede reconocer lo que no se le ha pedido (extra



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

petita) ni más de lo pedido (ultra petita); es garantía del derecho fundamental al debido proceso y expresión del sistema dispositivo en el que las partes son las encargadas del impulso procesal.

“ ...

“Descendiendo al caso concreto, la Sala advierte que **las pretensiones de la demanda y la actividad probatoria en el presente caso estuvieron dirigidas expresamente** a obtener la indemnización de perjuicios como consecuencia de una supuesta falla en el servicio quirúrgico, por cuanto el médico de la entidad demandada le practicó a la señora Maryut Beleño una cirugía de manera incorrecta, toda vez que fue realizada por parte de un galeno que no estaba capacitado para ello y quien tuvo que remitir a la paciente a otra institución ante la complicación que se presentó y en ese mismo sentido se sustentó el recurso de apelación.

“**La Sala advierte que en la demanda no se hizo referencia** a una ausencia del consentimiento informado o a que la entidad omitió brindarle a la accionante una explicación sobre los alcances, complicaciones y posibles consecuencias de la cirugía que se le propuso como tratamiento a la enfermedad que le fue diagnosticada, **dado que la parte demandante se concentró en invocar la falla en el servicio quirúrgico con base en dos argumentos puntuales:** 1) la impericia del médico que practicó la cirugía y 2) porque a la paciente hubo que remitirla ante otra entidad por la impericia del médico tratante.

“**Si bien se allegó al proceso, como prueba de oficio,** la respuesta de la entidad en la que indicó que no se encontró copia del consentimiento informado, en las pretensiones de la demanda se manifestó que la paciente aceptó el procedimiento ofrecido y no se hizo en ningún momento referencia a la ausencia de consentimiento. **Las pretensiones de la demanda no fueron dirigidas a debatir ese tema y no se cuestionó su contenido,** que el mismo hubiera sido obtenido de manera incompleta por parte de la entidad apelante o que no se ajustara a las pautas jurisprudenciales.

“**Lo anterior significa que el juez no puede considerar argumentos que no fueron invocados en la demanda, con lo cual se modificaría la causa petendi y se le daría un mayor alcance a las pretensiones de la demanda, lo que no puede admitirse, dado que excedería la competencia del juez,** como lo expresó recientemente la Sección Tercera de esta Corporación:

‘La competencia del juez en segunda instancia se circunscribe a examinar lo impugnado en el recurso, siempre y cuando implique abordar el análisis de las circunstancias fácticas inicialmente fijadas en el litigio, so pena de vulnerar el principio de congruencia consagrado en el artículo 305 del Código de Procedimiento Civil, que exige consonancia entre la sentencia y lo invocado en los hechos y las pretensiones de la demanda, además de las excepciones que hubiere planteado la contraparte. Lo anterior implica que cuando se efectúen pronunciamientos sobre eventos futuros que no fueron planteados en libelo introductorio habrá extralimitación en las facultades de la autoridad judicial porque no está dentro de su órbita funcional motivar su decisión sobre un objeto diferente al originariamente invocado’ (negrillas de la Sala)”.

Igualmente, en la sentencia proferida el 8 de septiembre de 2021 con ponencia del consejero Alberto Montaña Plata (expediente 49836), la Alta Corporación sostuvo:

30. (...). En conclusión, la parte demandada no probó haber cumplido con la obligación de obtener el consentimiento informado de la paciente. Sin embargo, la ausencia de consentimiento informado no fue causa eficiente del daño en el presente asunto. De acuerdo con la jurisprudencia de la Corporación, “*la ausencia de consentimiento es per se generadora de responsabilidad en cabeza del tratante, aun*



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

*cuando los resultados negativos que de la operación se sigan no sean otra cosa que la realización de un riesgo inherente o, incluso, una consecuencia inevitable*⁴⁴, sin embargo, esta responsabilidad estaría condicionada a que se demandara la responsabilidad del Estado por la ausencia de consentimiento informado como daño autónomo. En el presente asunto, **las pretensiones de la demanda se dirigieron únicamente a obtener la declaratoria de responsabilidad** *“por fallas o falta protuberante e injustificada en la prestación del servicio médico asistencial tras la manifiesta omisión y procedimiento inadecuado que originó la muerte de la señora ONEIDA ROSA RAMOS RESTAN”, no por la ausencia de consentimiento informado.*

En plena observancia de lo transcrito, si la parte actora dirigió la demanda únicamente por el deber de custodia del paciente y el plan de alimentación suministrado, en el recurso de apelación no podía traer **argumentos nuevos** para obtener la declaratoria de nulidad.

En consecuencia, la Sala no examinará estos argumentos porque, como se ha discurrido, de hacerlo se vulneraría no solo el derecho al debido proceso de la contraparte, sino también el principio de congruencia de la sentencia.

2.5.3. Sobre la historia clínica.

La historia clínica *«es un documento con características especiales que amerita un manejo determinado, no solo por los que las elaboran y las archivan, sino también por quienes las interpretan. Se convierte pues, en un registro especial y particular que al margen de concentrar toda la información relacionada con la atención del paciente, sus diferentes síntomas, signos, las patologías diagnosticadas y los tratamientos ordenados, entra en forma global con el derecho a la salud y permite la verificación en relación con la atención brindada, así como el contenido y alcance en el cumplimiento de las obligaciones que refieren tanto al médico como a los pacientes en torno a la relación científica y legal que representa la atención hospitalaria o sanitaria (...)*».⁴⁵

En la sentencia proferida el 30 de agosto de 2018 con ponencia del consejero Ramiro Pazos Guerrero (expediente 41860), se indicó que:

Aportar una historia clínica incompleta, tachada o enmendada permite inferir la falta de diligencia en la prestación del servicio; lo anterior, teniendo en cuenta que este documento no solo es el pilar basilar que da fe pública de la calidad ofrecida en la atención médica hospitalaria, sino también porque es uno de los principales medios probatorios, que aunado a las demás pruebas, a las reglas de la experiencia y a la sana crítica, le permiten al juez formar el grado de convicción necesario para fallar.

⁴⁴ Consejo de estado, Sección Tercera, Subsección B. Sentencia de 12 de diciembre de 2013. Rad. 25000-23-26-000-1996-12661-01(27493).

⁴⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera. Sentencia del 25 de abril de 2012. Expediente 21861. CP. Enrique Gil Botero.



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

La jurisprudencia ha sido enfática en señalar que este documento es de capital importancia no solo para el registro de la entidad sino para determinar si las actuaciones desplegadas por el personal médico y asistencial se ajustó a los protocolos y reglamentos. En efecto, el Consejo de Estado ha señalado que constituye el **eje central** sobre el cual se estructura el derecho de daños por la actividad sanitaria, aunado a que se erige como el principal instrumento de convicción e ilustración para el juez.

En el *sub examine*, se observa que la Clínica Medilaser allegó la historia clínica de Gion Anderson Puentes Camacho y que en su mayoría es totalmente legible, pues las anotaciones se hicieron en la plataforma con la que cuenta la entidad para el registro; por consiguiente, cumplió su deber legal de aportar los documentos que se encontraran en su poder.

También se evidencia que la parte demandante alega que la historia clínica entregada difiere de la que fue aportada al plenario porque el documento únicamente constaba de 8 folios, lo que, en su sentir, evidencia un error o conducta temeraria dirigida a obstruir u ocultar la verdad de los hechos.

En los documentos adjuntos a la demanda, se avizora el reporte de epicrisis que, según la Resolución 3374 de 2000 expedida por el Ministerio de Salud, «es el **resumen** de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia con observación o de hospitalización», mientras que esta (la historia clínica), al tenor de la Resolución 1995 de 1999 «es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás pronunciamientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención».

A partir de los conceptos expuestos, a pesar de las anotaciones del *a quo* sobre la omisión en allegar los reportes de anestesiología, no puede afirmarse que la actuación de la entidad demandada haya sido temeraria o dirigida a ocultar la «verdad de los hechos» como arguye la parte demandante porque expresamente se le entregó el reporte de **epicrisis**.

Si bien es cierto que en oficio del 15 de agosto de 2012 la Clínica Medilaser manifestó entregar la historia clínica al señor Humberto Puentes, también lo es que el documento anexado, como se dijo, era la **epicrisis**, es decir, el resumen de la historia clínica, lo que implicaba que los demandantes o su apoderado verificaran su contenido, se percataran de tal situación y solicitaran la totalidad de aquel documento -la historia clínica-.



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

Sea dicho, además, que tampoco resulta lógico ni pasa desapercibido que una historia clínica esté compuesta solo por 56 folios si la atención del paciente se extendió por aproximadamente 2 meses; ello evidencia que previamente a presentar la demanda no se verificó que se tratara del documento solicitado. En todo caso, la entrega de la epicrisis, para la Sala, no evidencia una acción temeraria por parte de la demandada.

Se recuerda que el parágrafo 1º del artículo 175 del CPACA prevé que «*cuando se trate de demandas por responsabilidad médica, con la contestación de la demanda se deberá adjuntar copia íntegra y auténtica de la historia clínica pertinente, a la cual se agregará la transcripción completa y clara de la misma, debidamente certificada y firmada por el médico que haga la transcripción*»; requisito que fue cumplido a cabalidad por la Clínica Medilaser, toda vez que, además de la transcripción de las notas de enfermería hechas a mano, aportó la historia clínica comprendida también por las notas de evoluciones, suministro de medicamentos, epicrisis, evolución clínica, notas de nutrición, entre otros. Aunado a esto, se avizora, contrario a lo sostenido por la parte actora, que sí está en orden cronológico en cada uno de los asuntos que la componen.

2.5.4. Sobre el suministro de alimentos y la responsabilidad de la Clínica Medilaser.

En la alzada, la parte demandante sostuvo que en ningún momento el médico especialista registró la restricción de alimentos, sino que fueron las auxiliares de enfermería sin ningún soporte u orden médica.

Al respecto, observa la Sala que en las notas de enfermería (historia clínica) del 26 de mayo de 2012, se dejaron las siguientes anotaciones:⁴⁶

Fecha y hora	Anotaciones
26/05/2012 8:30 a.m.	SE UBICA PACIENTE EN CAMILLA (...) DR VALENCIA DA ANESTESIA GENERAL INTUBA PACIENTE TUBO ENDOTRAQUEAL NO. 7.0 Y CONECTA A MAQUINA DE ANESTESIA, SE REALIZA ASEPSIA Y ANTISEPSIA DEL AREA OPERATORIA VISTEN CON CAMPOS ESTÉRILES DR EVELING INICIA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO SIN COMPLICACIONES
26/05/2012 10:20 a.m.	TERMINA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO SIN COMPLICACIONES SE COLOCA PARCHE OCULAR. DR. VALENCIA REVIERTE EFECTO ANESTESICO Y EXTUBA PACIENTE SIN COMPLICACIONES. SE TRASLADA A SALA DE RECUPERACIÓN CON LV PERMEABLES DX ANOTADO EN LA HISTORIA CLÍNICA.
26/05/2012 2:31 p.m.	Durante el recibo de turno se observa <u>a los padres del paciente dando comida, la jefe Karen les explica que no se puede dar alimentación durante 8 horas después de la cirugía.</u>

⁴⁶ C1, archivo 15, pág. 66.



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

26/05/2012 5:30 p.m.	La madre del paciente pregunta a la auxiliar, si se puede dar alimentación nuevamente, la auxiliar responde que <u>no puede dar alimentación hasta 8 horas después de la cirugía.</u>
26/05/2012 6:00 p.m.	Se le explica nuevamente a la madre del paciente que este no debe ingerir alimentos hasta las 10 de la noche, por lo que había recibido anestesia general y puede tener riesgo de náusea y vómito. Actividades: Educación a la familia sobre no alimentar al paciente.
26/05/2012 7:40 p.m.	SE ATIENDE LLAMADO DE FAMILIAR EN DONDE REFIERE QUE PACIENTE ESTÁ MALO, SE ACUDE INMEDIATAMENTE, SE VISUALIZA AL PACIENTE CONVULSIONANDO, VOMITANDO, SE AVISA AL MÉDICO DE TURNO EL CUAL ACUDE Y ORDENA MEDICAMENTOS, EL PACIENTE CONTINUA SIN RESPONDER, SE MONITORIZA, ESTE ENTRA EN PARO, SE LLEVAR EL CARRO SE INICIAN MANIOBRAS DE REANIMACIÓN BÁSICAS Y AVANZADAS POR 35 MINUTOS, OBTENIENDO EN DOS OCASIONES SIGNOS, PERO A LOS 35 MINUTOS DE REANIMACIÓN, SE DECIDE PARAR LA REANIMACIÓN Y MEDICO DE TURNO DECLARA QUE PACIENTE FALLECE.

Si se observan de manera aislada estos registros, podría decirse que, tal como lo manifestó la parte actora, las instrucciones de ayuno devinieron de las enfermeras de turno; sin embargo, pasó por alto que en la historia clínica **siempre se mantuvo un control de la dieta** no solo por parte de los especialistas que estaban tratando a Gion Anderson Puentes Camacho sino también por el nutricionista, quien registró los parámetros de la dieta que se debía seguir:⁴⁷

Fecha y hora	Anotaciones
25/03/2012 – 3:36 a.m.	SE REALIZA TAC CEREBRAL DONDE SE APRECIA LESIÓN EN REGIÓN ORBITARIA IZQUIERDA + FRACTURA EN OCCIPITAL IZQUIERDA + CONTUSIONES HEMORRAGICAS + COLECCIÓN SUBDURAL HEMISFERICA IZQUIERDA CON DESPLAZAMIENTO DE LINEA MEDIA <u>SE TRASLADA A QUIRÓFANO PARA CIRUGÍA, SE INFORMA ALTO RIESGO A FAMILIAR</u>
25/03/2012 – 7:54 a.m.	ORDENES MÉDICAS INTRAHOSPITALARIAS DIETA: NADA VIA ORAL
25/03/2012 – 9:43 a.m. en adelante.	DIETA: NADA VIA ORAL (dieta enteral)
05/04/2012 – 11:16 a.m. en adelante	(...) NEFROMETABOLICO Y NUTRICIONAL Dieta enteral omitida para procedimiento quirúrgico (...) DIETA: NADA VIA ORAL
06/04/2012 – 10:45 a.m.	Dieta enteral se reinició hace +/- 8 horas (...) con adecuada tolerancia Osmolite. DIETA: NADA VIA ORAL (continuó la orden)
08/04/2012	Trasladado a hospitalización. Se continuó con la orden: « NADA VÍA ORAL »
18/04/2012 8:54 a.m. en adelante	DIETA: LIQUIDA (...) RECOMENDACIONES +HEMOGRAMA

⁴⁷ C1, archivo 03, pág. 119.



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

	+INICIAR VIA ORAL LIQUIDA ASISTIDA
23/04/2012 9:40 a.m.	DIETA: LIQUIDA (...) RECOMENDACIONES +CURACIÓN DE HERIDA EN HEMITORAX IZQUIERDO +(...) + INICIAR DIETA ASISTIDA CON CUCHARA POR FAMILIARES
24/04/2012 10:06 a.m.	DIETA: GASTROCLISIS RECOMENDACIONES (...) + INICIAR DIETA ASISTIDA CON CUCHARA POR FAMILIARES
24/04/2012 1:05 p.m.	DIETA: HIPERPROTEICA
24/04/2012 4:51 p.m.	DIETA: GASTROCLISIS
25/04/2012 7:24 a.m.	NEUROCIROUGÍA (...) TOLERANDO VÍA ORAL (...) DIETA: GASTROCLISIS (...) RECOMENDACIONES (...) +DIETA ASISTIDA CON CUCHARA POR FAMILIARES
25/04/2012 9:09 a.m.	DIETA: HIPERPROTEICA
26/04/2012 7:32 a.m.	NEUROCIROUGÍA (...)SE ORDENA CATETERISMO VESICAL, <u>INSISTIR VIA ORAL</u> (...) DIETA: LIQUIDA (...) RECOMENDACIONES (...) +DIETA ASISTIDA POR FAMILIARES
27/04/2012 12:29 p.m.	NEUROCIROUGÍA (...) TOLERANDO VIA ORAL EN MAYORES CANTIDADES ASISTIENDOSE EL MISMO. (...) DIETA: HIPERPROTEICA (...) RECOMENDACIONES +DIETA BLANDA
15/05/2012 4:51 p.m.	NOTA MÉDICA (...) SE SOLICITA INTERCONSULTA CON NUTRICIÓN PARA INICIAR SUPLEMENTO
16/05/2012 3:36 p.m.	VALORACIÓN POR NUTRICIÓN (...) Plan alimentario normal + meriendas reforzadas + polvo ensure. (...) DIETA: NORMAL
18/05/2012 2:54 p.m.	NOTA NUTRICIÓN: ALIMENTARIO NORMAL + MERIENDAS REFORZADAS CON GALLETA + FORMULA NUTRICIONAL POLIMÉRICA ENSURE POLVO 400 G, BIEN TOLERADO, NO DIARREA, NO VÓMITOS. DIETA: NORMAL
22/05/2012 4:28 p.m.	NOTA NUTRICIÓN (...) PLAN ALIMENTARIO NORMAL + MERIENDAS REFORZADAS + FORMULA NUTRICIONAL ENSURE DIETA: NORMAL
23/05/2012 12:29 p.m.	NEUROCIROUGÍA (...) SE PROGRAMA CIRUGÍA PARA MAÑANA, (...)



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

	RECOMENDACIONES: +DEJAR EN AYUNO DESDE LAS 10 PM HOY. + TRASLADAR A QUIRÓFANO MAÑANA A LAS 9 AM
24/05/2012 8:31 a.m.	DIETA: NORMAL
25/05/2012 7:49 a.m.	RECOMENDACIONES (...) +DEJAR EN AYUNO A PARTIR DE LAS 10 PM
26/05/2012 6:58 a.m.	NEUROCIRUGÍA (...) DIETA: NADA VIA ORAL

Y en la epicrisis, documento conocido por la parte demandante, también se apuntó:⁴⁸

- **30/03/2012 09:17:29 a.m. NOTA NUTRICION**
PACIENTE MASCULINO CON DIAGNÓSTICO MEDICO ANOTADOS, QUIEN SE ENCUENTRA CON PLAN ALIMENTARIO ENTERAL CON FORMULA POLIMÉRICA COMPLETA ALTA EN PROTEÍNAS OSMOLITE, TOLERANDO 20 CC/H, EN EL DÍA DE HOY SE PROGRESA EN INFUSIONES DE 60 CC/H PENDIENTE A EVOLUCIÓN.

(...)
- **02/04/2012 08:28:01 a.m. NOTA NUTRICIÓN**
PACIENTE MASCULINO CON DIAGNOSTICO MEDICO ANOTADOS (sic), QUIEN SE ENCUENTRA CON PLAN ALIMENTARIO ENTERAL POR Sonda CON FORMULA POLIMÉRICA COMPLETA ALTA EN PROTEÍNAS OSMOLITE, TOLERANDO 40 CC/H, EN EL DÍA DE HOY SE PROGRESA EN INFUSIONES DE 60 CC/H.
PENDIENTE A TOLERANCIA

(...)
- **03/04/2012 10:45:11 a.m. (...)**
NEFROMETABOLICO Y NUTRICIONAL
Dieta enteral Osmolite a 60 cc/hora con adecuada Tolerancia
Gases con Hiperoxemia
(...)
- **05/04/2012 11:16:11 A.M. (...)**
NEFROMETABOLICO Y NUTRICIONAL
Dieta enteral omitida para procedimiento quirúrgico
(...)
- **05/04/2012 08:55:08 p.m. NOTA DE LA NOCHE**
(...) se iniciará Dieta enteral por gastrostomía a 20cc/hora.
(...)
Se solicitan paraclínicos para mañana
Iniciar dieta enteral por fastrostomia a 20 cc/hora.
- **06/04/2012 10:45:28 a.m. (...)**
(...)
NEFROMETABOLICO Y NUTRICIONAL
Dieta enteral se reinicio hace +/- 8 horas a 20 cc/hora con adecuada tolerancia
Osmolite

HOSPITALIZACIÓN GENERAL FLORENCIA

⁴⁸ C1, archivo 03, pág. 47.



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

- **29/04/2012 12:04:27 p.m. NEUROCIRUGÍA**
(...) ESTA DURMIENDO BIEN, TOLERANDO VIA ORAL EN MAYORES CANTIDADES ASISTIENDOSE EL MISMO (...)

- (...)
 - **15/05/2012 04:51:40 p.m. NOTA MEDICA**
SE REVISAS REPORTE DE UROCULTIVO DONDE SE ENCUENTRA E. COLI ULTIRRESISTENTE A PENICILINAS, TETRACICLINAS CIPROFLOXACINA

P/ SE SUSPENDE CIPROFLOXACINA, Y SE INSTAURA NUEVO MANEJO ANTIBIÓTICO
SE SOLICITA INTERCONSULTA CON NUTRICION PARA INICIAR SUPLEMENTO

- **16/05/2012 03:36:09 p.m. VALORACIÓN POR NUTRICION**
Paciente masculino con diagnostico médico anotados, quien requiere valoración.
(...)
DX. NUTRICIONAL: deficiencia energética proteica grado II
Se toma peso ideal en la formula de Harris benedict.
VCT: 2220 kcls se requiere para suplir sus necesidades nutricionales teniendo en cuenta el grado de estrés.
Plan alimentario: normal + meriendas reforzadas a las 10:00 a, y 3:00 pm (jugos de frutas no acidas con leche acompañado de una galleta).
Se considera el uso de formula nutricional completa polvo ensure 400 gr, para brindar en las noches (...) con el fin de recuperar estado nutricional del paciente.
Brindar en las comidas: proteínas 100 gr de carne, lípidos: 74 gr distribuidos en mantequilla, aceite de oliva, etc. Cho: 277 gra de harina.
Pendiente a cambios en plan alimentario.

(...)

- **18/05/2012 02:54:25 p.m. NOTA NUTRICIÓN**
PACIENTE MASCULINO CON DIAGNOSTICO MEDICO ANOTADOS (sic), QUIEN SE ENCUENTRA CON PLAN ALIMENTARIO NORMAL + MERIENDAS REFORZADAS CON GALLETA + FORMULA NUTRICIONAL POLIMÉRICA ENSURE POLVO 400 G, BIEN TOLERADO, NO DIARREA, NO VÓMITOS.
PENDIENTE A EVOLUCIÓN

(...)

- **19/05/2012 01:03:43 p.m. NOTA NUTRICIÓN**
PACIENTE MASCULINO CON DIAGNOSTICO MÉDICO ANOTADOS (sic), QUIEN SE ENCUENTRA CON PLAN ALIMENTARIO NORMAL + MERIENDAS REFORZADAS, FORMULA NUTRICIONAL ENSURE POR LAS NOCHES, BIEN TOLERADOS.
PENDIENTE A EVOLUCIÓN.

(...)

- **22/05/2012 04:28:21 P.M. NOTA NUTRICIÓN**
PACIENTE MASCULINO CON DIAGNOSTICO MEDICO ANOTADOS, QUIEN SE ENCUENTRA CON PLAN ALIMENTARIO: NORMAL + MERIENDAS REFORZADAS A LAS 10:00AM Y 03:00 PM, FORMULA NUTRICIONAL ENSURE PARA BRINDAR POR LAS NOCHES CON EL FIN DE RECUPERAR ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE
PENDIENTE A EVOLUCIÓN.

(...)

- **23/05/2012 12:05:38 p.m. NOTA NUTRICIÓN**



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

PACIENTE MASCULINO CON DIAGNOSTICO MEDICO ANOTADOS (sic), QUIEN SE ENCUENTRA CON PLAN ALIMENTARIO: NORMAL + MERIENDAS REFORZADAS A LAS 10:00AM Y 03:00 PM, FORMULA NUTRICIONAL ENSURE PARA BRINDAR POR LAS NOCHES, BIEN TOLERADOS, NO DIARREA, NO VÓMITOS.
CON EL FIN DE EVITAR DNT INTRAHOSPITALARIA
PENDIENTE A EVOLUCIÓN.

(...)

- **24/05/2012 08:31:26 a.m. NEUROCIRUGÍA**
PACIENTE CON SECUELAS DE TEC SEVERO POR PROYECTIL ARMA DE FUEGO, PERDIDA DEL GLOBO OCULAR IZQUIERDO Y CREATINEMIA F.T.P. IZQUIERDA, PENDIENTE DE CORRECCION QUIRÚRGICA – CRANEOPLATIA Y CIRUGÍA POR OFTALMOLOGÍA
* EVOLUCIÓN HEMODINAMICA Y NEUROLÓGICA ESTABLE, SIN FIEBRE, APRECIANDOSE ACLARAMIENTO DE LA ORINA, CON CONTROL DE URIANALISIS DENTRO DE LO NORMAL.
PENDIENTE AUTORIZACIÓN DE MATERIALES PARA CRANIOPLASTIA POR EPS PARA DEFINIR POSIBLE CIRUGÍA CONJUNTO CON OFTALMOLOGÍA EN EL MISMO ACTO ANESTESICO. PROGRAMADO PARA EL SABADO.

(...)

- **24/05/2012 11:33:07 a.m. NOTA NUTRICIÓN**
PACIENTE MASCULINO CON DIAGNOSTICO MEDICO ANOTADOS, QUIEN SE ENCUENTRA CON PLAN ALIMENTARIO: NORMAL + MERIENDAS REFORZADAS A LAS 10:00AM Y 03:00 PM, FORMULA NUTRICIONAL ENSURE PARA BRINDAR POR LAS NOCHES, BIEN TOLERADOS, NO DIARREA, NO VÓMITOS.
CON EL FIN DE EVITAR DNT INTRAHOSPITALARIA
PENDIENTE A EVOLUCIÓN.

(...)

- **26/05/2012 08:40:10 p.m. NOTA TERAPIA RESPIRATORIA:** SE ATIENDE LLAMADO DE ENFERMERÍA, PACIENTE EN PARO CARDIORRESPIRATORIO, SE LE OFRECE REANIMACIÓN BÁSICA Y AVANZADA POR EQUIPO MEDICO, SE REALIZA VENTILACIÓN CON PRESIÓN POSITIVA “AMBU”, COLOCACIÓN DE CANULA DE GUEDEL No. 5, SE ASPIRA POR NARIZ Y BOCA ABUNDANTE CANTIDAD DE EMESIS, DESPUÉS DE 30 MINUTOS DE REANIMACIÓN Y SIN PROBAR ACTIVIDAD ELÉCTRICA CARDIACA SE DECLARA LA HORA DE MUERTE A LAS 7+30 PM POR MEDICO GENERAL DE TURNO.

De lo transcrito, se puede colegir que durante toda su permanencia en la institución, los médicos y el nutricionista mantuvieron un control estricto sobre la dieta, tanto así que el día **25 de mayo de 2012** expresamente se ordenó **dejar en ayuno** al paciente a partir de las **10:00 p.m.** y neurocirugía ordenó como dieta «**nada vía oral**», mandato que se debía mantener hasta cuando los médicos así lo dispusieran. Esto permite colegir, entonces, que si la dieta era esa, se extendía hasta el posoperatorio.

Incluso, frente a este punto, se manifestaron los testigos. Por ejemplo, el doctor **Roberto Alfonso Gómez Pinedo**, neurocirujano con amplia experiencia (24 años) que atendió al paciente, manifestó:



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

Preguntado. atendiendo a lo narrado, mencionó que tenía una intervención a realizar en conjunto con oftalmología, previo a esa cirugía hay notas médicas descritas por usted, en vista de lo que refirió, anotó usted previa a esa cirugía de no dar nada vía oral al paciente **Contestó.** a todo paciente que va para una cirugía, un procedimiento o anestesia, es obligatorio, es por protocolo, siempre le ponemos en la historia clínica una nota donde el paciente debe mantener ayuno, si es en las primeras horas de la mañana es ayuno desde las 9:00 o 10:00 del día anterior porque ese es uno de los riesgos, no siempre sucede pero hay pacientes que después de la anestesia comienzan a vomitar, es un alto porcentaje de pacientes, entonces a todos los pacientes siempre se les deja la anotación de la historia clínica, dentro de las anotaciones prequirúrgicas, dejar en ayuno porque va para cirugía al día siguiente y posterior a la cirugía siempre se le informa que no debe consumir ningún alimento 8 o 10 horas después porque es el proceso en que se elimina la anestesia y el paciente puede estar somnoliento y puede hacer vómito y no estar completamente consciente, a nivel de cirugía puede hacer una broncoaspiración que es la complicación que es la más usual en los pacientes cuando no hacen el ayuno.

Preguntado. recuerda usted haber dejado esas recomendaciones en la historia clínica y haberlas advertido a familiares y a personal **Contestó.** tengo la plena seguridad que como en todos mis pacientes, siempre lo hago, se debe realizar la historia clínica, pero yo tengo la seguridad que a todos los pacientes yo lo pongo (...), eso es algo que por norma lo hago en todos mis pacientes.

Preguntado. indíquele si el paciente cuando ya tiene dieta normal, los familiares pueden apoyar el proceso de alimentación del paciente aunado al que puede realizar la institución **Contestó.** normalmente nosotros nos apoyamos siempre en la dietista, o sea, cuando ha sido sometido a cirugía neurológica, son pacientes que a veces quedan con complicaciones para alimentarse, hasta donde me acuerdo este paciente duró bastantes días en cuidados intensivos y tuvo una recuperación lenta pero se fue recuperando bastante bien, hasta el punto en que se pudo operar o se programó cirugía reconstructiva craneal que se hace después de 2 meses que el paciente ha tenido la primera intervención y se le iba a hacer la parte de recuperación del ojo, a todos estos pacientes se les pone nota de darle dieta líquida, dieta blanda y la nutricionista, nosotros pedimos apoyo a la nutricionista para que haga refuerzo qué otros alimentos se le pueden suministrar, esto también es un protocolo establecido para todos los pacientes, no solamente para este sino para todos los pacientes que se debe realizar y que también debe estar la constancia escrita en la historia clínica. **Preguntado.** pero doctor, atendiendo a sus conocimientos, si un paciente previo a esa recuperación, los familiares pueden apoyar ese proceso de alimentación dadas las directrices de la nutricionista **Contestó.** en la clínica hubo una época (...) generalmente se dejaba que los familiares dejaran comida para alimentarse ellos, no a los pacientes, porque este era un tipo de paciente donde el familiar tenía que estar pendiente permanentemente al lado de su paciente por riesgo a que se fuera a caer o fuera a hacer algo indebido, el problema que nosotros tenemos con los pacientes en estas condiciones y es algo que es inherente a la cultura local, siempre hemos tenido problema en que siempre los familiares quieren darle comida (...) es una lucha con los familiares, hacerlos entender que el paciente tiene que guardar una dieta especial por el hecho de las complicaciones mismas de la enfermedad por la cual está hospitalizado; cuando se le va a iniciar el tratamiento o se le va a iniciar dieta especial, se solicita que la nutricionista haga su intervención y dé las recomendaciones sobre este tipo de alimentos extra que se le pueden ir dando, por lo regular, hay una educación para que el familiar comience a darle alimentos, primero es la enfermera la que tiene que suministrar los alimentos; yo, hasta donde recuerdo, este paciente tenía traqueotomía, tenía gastrostomía, se le tiene que dar poco a poco y la enfermera tiene que educar primero al familiar antes de dejar al familiar solo de que suministre el medicamento, son cosas que ya están establecidas y que uno como médico hace la solicitud a la nutricionista y ya la nutricionista da las especificaciones, ya esa parte uno no interviene (...).

Preguntado. (...) pudo advertir usted las recomendaciones, las advertencias dadas del personal institucional a los familiares de no darle alimentos al paciente anterior a



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

las 10 de la noche cuando se realizó la cirugía por parte de oftalmología **Contestó.** sí, en el documento que usted me pasó ahí está la anotación escrita por mí (...) generalmente estos pacientes los manejamos multidisciplinariamente porque si él venía con un proceso infeccioso siempre nos apoyamos en el internista también para que nos garantice que está en condiciones adecuadas para ser llevado a cirugía (...) el personal de enfermería puso la misma anotación de que el paciente debía permanecer en ayuno porque iba para cirugía al día siguiente.

Preguntado. (...) frente a los hallazgos y a lo descrito en historia clínica, se puede concluir que esa alimentación fue dada por personal de la clínica **Contestó.** el documento que me acaba de pasar está escrito por 2 auxiliares que encontraron al papá inclusive dándole comida y le hicieron la anotación que no debían darle alimento porque el paciente tenía que llevar a cirugía, y en otra anotación aparece que el familiar pregunta si le puede dar alimentación y se le informó que debía esperar 8 horas después de la cirugía que es lo que la norma establece para cualquier paciente de que no debe recibir nada en 8 horas por el riesgo de broncoaspiración, eso está anotado en la historia.

Contestó. (...) cuando yo solicito que haya un familiar, también deben respetar las órdenes médicas para que este paciente pueda tener el mejor resultado, si dentro de las horas que se le dice que no se le puede dar comida, 8 horas antes y 8 horas después, y se incurre en error, se está poniendo en riesgo la vida del paciente porque en cualquier procedimiento quirúrgico si el paciente no guarda el ayuno pertinente puede tener un alto riesgo de broncoaspiración con compromiso pulmonar, le falta oxígeno a los pulmones; cuando entran alimentos al pulmón, se bloquea el pulmón, el cerebro funciona en base a la sangre que lleva el oxígeno y si no le llega oxígeno en 3 minutos hay un daño cerebral severo que conlleva a toda la consecuencia de las posibles convulsiones y fallecimiento del paciente por falta de oxigenación; ese es el gran problema que existe con los pacientes cuando uno los lleva a la cirugía y por eso se hace tanto hincapié en que ese paciente tiene que guardar ese ayuno.

Preguntado. usted manifiesta que a un paciente no se le debe suministrar alimento antes de 8 horas y después de haber salido de cirugía, la pregunta va enfocada a que si se presentan náuseas o vómitos después de esas 8 horas de haber salido de la cirugía, a qué se debe ese fenómeno o esa sintomatología **Contestó.** precisamente, el hecho de solicitar que no se le dé 8 horas antes y 8 horas después es porque se sabe que la reacción anestésica va a producir náuseas y si el paciente tiene el estómago lleno por haber comido, las náuseas son las que ocasionan que el alimento se devuelva y se vaya hacia los pulmones, por eso es que se restringe y se hace mucho hincapié en que a los pacientes no se les dé nada, porque es un efecto secundario anestésico (...).

Preguntado. (...) qué clases de alimentos pueden producir náuseas o vómitos **Contestó.** en un paciente que va a ser llevado a cirugía, los efectos anestésicos producen náuseas y por eso cuando uno orden ayuno de 8 horas antes y después, es ni líquido, ni sólido ni de ningún tipo de alimento.

Versión que concuerda con lo sostenido por el médico internista, Diego Devia Manchola:

Preguntado. una vez hecha la revisión por usted de la historia clínica, evidenció anotaciones respecto de la restricción alimenticia después y previo a la cirugía realizada el 26 de mayo de 2012 cuando ocurre el fallecimiento del paciente **Contestó.** el ayuno preoperatorio es de norma en todas las intervenciones y está mencionado en la historia clínica por la especialidad de neurocirugía y medicina interna también y en las recomendaciones posteriores anotadas por enfermería también, en el pre y posoperatorio.



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

Y también con lo dicho por la oftalmóloga que también atendió al paciente, Evelyne Silvia López Silva:

Preguntado. en qué consistió su participación **Contestó.** recuerdo al paciente y lo recuerdo mucho porque me impresionó mucho, este paciente lo recibí cuando ya llevaba varios días hospitalizado en la clínica, porque como tuvo una herida por arma de fuego, recuerdo que era en la cara y en la región malar y creo que era el ojo izquierdo, ya cuando yo lo recibí tenía como un mes de estar en la clínica, yo estuve mirando la historia (...) cuando lo valoré le tomé una ecografía porque tenía un estallido ocular y múltiples fracturas en la región malar y de la cara; en la ecografía el ojo estaba totalmente estallado, pero la situación clínica del paciente todavía no permitía la intervención quirúrgica que era o sacar el ojo o reparar el ojo no para que viera porque estaba estallado, sino para que estéticamente no quedara tan feo como cuando uno saca el ojo porque cuando uno saca el ojo se comprometen los movimientos oculares porque los músculos hay que cortarlos, en cambio cuando uno repara un ojo y lo cose así el ojo no vaya a ver y no sea viable funcionalmente sí queda con los ojos bien, mirada arriba, abajo, izquierda, derecha, diagonal arriba, diagonal abajo, eso uno lo puede saber generalmente cuando ya está en la sala de cirugía y puede examinar el ojo; que fue el caso que pasó con Anderson, a pesar de haberlo visto el 9 de abril no lo operé sino hasta el 26 de mayo; el día 26 de mayo se preparó con tiempo, se dice en la historia clínica que íbamos a operar en conjunto con neurocirugía, pero no le llegaron las cosas al neurocirujano y no pudo operar entonces operé sola y no tuve que sacar el ojo, sino que reparé el ojo a pesar de que no fuera viable funcionalmente, o sea, no iba a ver; posteriormente, no recuerdo cuánto tiempo fue la cirugía, y después lo que normalmente uno hace es que hace una nota operatoria donde escribe que fue lo que hizo y cómo encontró la cavidad y qué fue lo que hizo y en qué condiciones queda y las recomendaciones como se dan siempre, las recomendaciones posoperatorias, como era un paciente neurológico que tenía problemas para caminar, para tragar, recuerdo que tenía una traqueotomía, que había tenido una gastrostomía, recuerdo al paciente que me lo llevaban en una silla de ruedas en pañales, que estaba muy flaquito, que era moreno, y que le habíamos dado la recomendación a la mamá que no le diera comida, sobre todo por la parte neurológica, porque a pesar de que todos los pacientes tanto antes de la cirugía, cuando el anesthesiólogo va a dar una anestesia general, cuando uno opera un paciente, recomienda el ayuno previo a la cirugía y el ayuno posterior a la cirugía; en él debía ser mayor por el componente neurológico que afectaba la deglución, y me impresionó mucho este caso porque al día siguiente de yo haber operado el paciente, lo deben llevármelo al consultorio porque los equipos de oftalmología no son fácilmente movibles, sino que hay que trasladar al paciente para poder tener el equipo, pregunté a la ambulancia, qué pasa que no trae al paciente y me comentaron que el paciente había fallecido porque había broncoaspirado y había fallecido.

Preguntado. (...) se enteró por qué fue esa broncoaspiración **Contestó.** sí, yo recuerdo mucho, la auxiliar de la ambulancia que debía llevarme el paciente, la auxiliar de enfermería, cuando le pregunté, ella aterrada "imagínese doctora que el paciente se murió porque la mamá le dio comida y le habían dicho que no le diera comida y le dio comida" yo me aterró mucho porque era un paciente que había estado 2 meses en la clínica antes de la cirugía y que se había recuperado, que ya reconocía, no hablaba pero sí balbuceaba y entendía, entonces me aterró mucho porque pensar de que el paciente se había muerto siendo que a pesar de que él estaba todavía con una condición crítica por los tiros que le habían pegado, no esperaba yo, por eso digo yo que presupongo que sí se podía operar porque a uno le aterró que el paciente se hubiera podido morir porque había comido y había broncoaspirado, aunque es una situación que uno espera porque es un paciente neurológico que tenía una traqueostomía y los pacientes neurológicos tienen problemas para tragar.



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

Asimismo, **Viviana Verónica Hoyos Lozada**, fisioterapeuta que atendió a joven Puentes Camacho, sostuvo:

Preguntado. sabe usted si existe protocolo o es a motu proprio que se tomen las decisiones de no dar alimentaciones a los pacientes posteriores a una cirugía
Contestó. los protocolos están instaurados, los médicos son bastante claros con las recomendaciones antes y después de los procedimientos.

Preguntado. (...) de quién es la responsabilidad del suministro de alimentación de un paciente que está en la unidad que usted acaba de mencionar [hospitalización]
Contestó. los alimentos se proporcionan por el mismo personal de dietas de la clínica.

Preguntado. de acuerdo con lo que acaba de responder, a los pacientes que se encuentran en dicha unidad, todos tienen una dieta estricta **Contestó.** la dieta sí, está indicada según la patología de los pacientes y la indican los médicos.

De estos testimonios y de la historia clínica deviene claro que los médicos sí ordenaron la dieta al paciente y el día antes de la cirugía (25 de mayo de 2012) también anotaron el ayuno pre y posoperatorio; sin embargo, las enfermeras observaron que **uno de los familiares** estaba **dándole comida** y, a pesar de que se le informó sobre el ayuno, antes del cumplirse el tiempo insistieron en la posibilidad de alimentarlo.

Estas órdenes eran inexorablemente ineludibles, toda vez que ello prevenía que el paciente, por las secuelas de la anestesia, sufriera un episodio de vómito y posterior broncoaspiración, máxime porque estaba neurológicamente comprometido. En efecto, así lo sostuvo en su declaración el doctor Roberto Gómez Pinedo y, en su explicación del dictamen, el perito, Diego Devia Manchola:

Preguntado. teniendo en cuenta su experiencia que le asiste en el área de la medicina interna, sírvase indicarle al despacho cuáles son las razones que motivan la suspensión de la vía oral luego de practicada una intervención quirúrgica.
Contestó. básicamente, la indicación de dejar sin vía oral en el posoperatorio es una extensión del riesgo de vómito que existe luego del evento anestésico, lo más estudiado evidentemente es el ayuno preoperatorio que fue el que respondí con los hallazgos bibliográficos y evidentemente la recuperación del posoperatorio va dirigido a disminuir la posibilidad de vómito, los síntomas, dolor, en ese sentido, **la historia clínica dice que se hizo ayuno preoperatorio** como lo indican las indicaciones de la Sociedad Americana de Anestesiología y una recomendación de no dar alimentación en el posoperatorio para disminuir el riesgo de vómito, entendiendo que el paciente tenía un estado neurológico comprometido ya previamente por la lesión ocasionada por el proyectil, lo que hacía más difícil manejar el vómito si se llegaba a presentar.

Preguntado. (...) la comida es una preocupación únicamente de los profesionales médicos o de la familia, a qué se debe esa situación **Contestó.** la nutrición es un factor fundamental, muchas de las personas que recibimos en las áreas de hospitalización y unidad de cuidado intensivo, evidentemente tienen algún grado de desnutrición, la historia muestra que tuvo valoración por nutricionista y se le indicó un aporte calórico apropiado para las condiciones necesarias en ese momento. La nutrición es un tema difícil de manejar desde el punto de vista cultural, es realmente



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

muy frecuente en la práctica clínica que los familiares estén profundamente preocupados por la nutrición de sus familiares y también porque se presenten deposiciones, esos son dos cosas que son fundamentales, incluso a veces son más frecuentes las preguntas sobre esos dos temas que sobre la patología fundamental que obliga un manejo intrahospitalario, eso es un tema cultural, no es muy fácil de manejar realmente, pero también ocurre que se salten las normas y se le administre a las personas nutrición cuando no está indicado, eso es muy muy frecuente.

Y es que, las anotaciones de enfermería también encuentran respaldo en el dicho de la fisioterapeuta, Viviana Verónica Hoyos Lozada, quien manifestó que cuando presentó el episodio emético, se aspiró **el vómito con comida**:

Preguntado. cuáles fueron los hallazgos en la historia clínica **Contestó.** las secreciones fue de aspecto emético, de vómito, literalmente comida, fue lo que aspiramos.

Lo mismo se consignó en la necropsia. Al hacer examen al cadáver se halló **abundante contenido alimenticio en tráquea y bronquios** y obstrucción mecánica de vías aéreas por alimentos.

De lo anterior, no puede razonar la Sala que la muerte del paciente haya obedecido al suministro de los alimentos por parte de la Clínica Medilaser; las pruebas demuestran que el tratamiento nutricional fue estricto durante toda su permanencia en la institución y que el día anterior, expresamente se ordenó el ayuno antes y después de la intervención quirúrgica.

Por el contrario, lo que sí está demostrado es que el personal de enfermería **observó** a uno de los familiares del paciente dándole comida, la cual fue detectada en la necropsia. De ahí que, aunque no se dice concretamente que fue esta la razón de la muerte, sí se puede colegir que fue una de las causas que produjo el taponamiento de las vías respiratorias. Ciertamente, el doctor Roberto Gómez Pinedo, dijo:

Preguntado. qué pacientes pueden presentar con mayor frecuencia náuseas y vómitos en el posoperatorio, en el caso concreto, qué fue lo que ocasionó la convulsión o las náuseas o vómitos **Contestó.** un paciente posoperatorio en cualquier tipo de cirugía puede producir náuseas o vómito y si al paciente le dan alimentación, las náuseas y el vómito se incrementa exponencialmente a que se produzca el vómito por el solo hecho de darle a ingerir al paciente durante esas 8 horas, si antes de completar las 8 horas le introducen algo en la boca que es lo que le induce las náuseas y el vómito, no solamente es el anestésico, es el hecho de que el paciente, bajo el efecto de la anestesia, está somnoliento, le introducen algo en la boca y no logra tragar de forma adecuada y es lo que le induce las náuseas o el vómito, es la alimentación que le colocan antes de que se complete la hora que debe tener de ayuno.



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

Aúnese a lo dicho que no existe prueba en el expediente que indique ora una conducta indebida por parte del personal médico o asistencial, ora una omisión en las órdenes impartidas frente a la dieta para el 25 y 26 de mayo de 2012.

Es por esto, por lo cual se precisa en este momento que, en criterio de la Sala, no era necesario llamar a las enfermeras para que ratificaran las anotaciones que se hicieron al respecto, toda vez que según el artículo 34 de la Ley 23 de 1981 (Ley de Ética Médica), la historia clínica es un documento privado que, según las reglas del artículo 244 del Código General del Proceso, se presume auténtico. El tenor literal de la norma es el siguiente:

Artículo 244. Documento auténtico. Es auténtico un documento cuando existe certeza sobre la persona que lo ha elaborado, manuscrito, firmado, o cuando exista certeza respecto de la persona a quien se atribuya el documento.

Los documentos públicos y los privados emanados de las partes o de terceros, en original o en copia, elaborados, firmados o manuscritos, y los que contengan la reproducción de la voz o de la imagen, se presumen auténticos, mientras no hayan sido tachados de falso o desconocidos, según el caso.

Así las cosas, si la historia clínica se presume auténtica y no fue tachada por ningún sujeto procesal, deberá colegirse que las anotaciones de enfermería -que concuerdan con el dicho de los testigos- son verídicas y que la comida **no fue suministrada por el personal de la Clínica Medilaser**. Como se indicó líneas atrás, el único evento probado sobre este asunto fue la anotación en la historia clínica sobre que se observó «a los padres dando comida» y por eso «la jefe Karen les [explicó] que no se [podía] dar alimentación durante 8 horas después de la cirugía».

A propósito de lo abordado en precedencia, en el dictamen pericial, el médico internista, Diego Devia Manchola, explicó que «la intención del ayuno preoperatorio es disminuir el riesgo de aspiración durante la anestesia» y, en las respuestas al cuestionario, sostuvo:

El vómito implica un proceso complejo de tres pasos: 1) estímulos iniciadores, 2) interpretación de los estímulos por un centro integrador y 3) la respuesta motora que expulsa el contenido gástrico.

El centro del vómito es estimulado por vía nerviosa y sanguínea. Se envía la información a la corteza cerebral y en este momento, la sensación se hace consciente mediante la náusea. Esto provoca contracción de la musculatura abdominal, diafragma y relajación del cardias. El diafragma al contraerse, desciende, por lo que se aumenta la presión en el abdomen, evento que asociado a las contracciones antiperistálticas favorece la salida del contenido gástrico hacia el esófago y se presenta cierre de la glotis de forma refleja y del paladar blando con el objetivo, como mecanismo de protección, que el contenido gástrico no pase a la vía respiratoria o a las fosas nasales respectivamente.



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

De la anterior explicación fisiológica se deriva la hipótesis sustentada en la necesidad de la existencia de un evento precipitador que termine por abolir esos mecanismos de defensa voluntarios y de tipo reflejo. Al analizar la historia clínica se hace referencia a que el paciente presentó un episodio convulsivo que produjo relajación de esfínteres (incluido el esfínter esófago inferior) con la posterior aspiración del contenido gástrico que en este caso **fuero**n alimentos pero pudo ser el producto de la secreción gástrica y la deglución de la saliva que como se vio previamente representa un volumen importante. En la historia clínica no hace referencia a trastornos de deglución previos.

El soporte nutricional enteral en los pacientes hospitalizados es indispensable para disminuir complicaciones y evitar desnutrición.

No hay datos sobre la presencia de náuseas o síntomas en el postoperatorio que sugieran la presencia de esta complicación como determinante en la broncoaspiración que es poco frecuente en esos volúmenes en presencia de mecanismos de defensa intactos como al parecer era el estado del paciente.

La historia clínica hace referencia a un paciente con trauma craneoencefálico severo que recibía medicamentos anticonvulsivos por el trauma y por haber presentado convulsiones, luego del inicio del tratamiento se previnieron las crisis convulsivas tempranas pero tenía riesgo de convulsiones tardías que no pueden ser evitadas completamente con los tratamientos farmacológicos.

En conclusión considero que la convulsión descrita en la historia clínica vulneró los mecanismos de defensa de cierre de la glotis y permitió la relajación de esfínteres y el vómito que terminó dirigiéndose a la vía aérea y ocasionando la muerte. La historia clínica también hace referencia a las recomendaciones dadas por el personal asistencial sobre evitar la ingesta de alimentos.

3. Revisado el protocolo de necropsia No. 2012010118001000124 y la historia clínica del menor mencionado, sírvase indicar ¿Cómo se puede explicar de forma científica el fenómeno que causó el deceso de este?

La herida por proyectil de arma de fuego produjo lesión neurológica con riesgo de convulsiones tempranas y tardías que en el escenario descrito ocasiona pérdida de los mecanismos de defensa de protección de la vía aérea que sumado a un volumen de contenido gástrico alto (**ocasionado por la ingesta de alimentos en el postoperatorio a pesar de la recomendación de no hacerlo**) produjo reflujo gastroesofágico abundante y ocupación de la vía aérea impidiendo el intercambio gaseoso que termina por producir asfixia antes que el cerebro pueda retomar la funcionalidad de los mecanismos fisiológicos de defensa, luego empeora la función cerebral por hipoxemia hasta llevarlo a la muerte.

No se documentaron otras lesiones neurológicas estructurales diferentes a las ya conocidas y tratadas.

En conclusión ocurrieron **dos eventos** que sumados **produjeron la muerte**, por un lado una lesión neurológica por proyectil de arma de fuego que produce convulsiones y por otro **el aumento del contenido gástrico por alimentación en un periodo postoperatorio en el que está incrementado el riesgo de náuseas y vómitos.**

4. Teniendo en cuenta el contenido de la nota de evolución de fecha 26 de mayo de 2012 a las 8:21 p.m. realizada por la Dra. Libia Gómez y las notas de enfermería diligencias (sic) el mismo día a las 2:31 p.m., 5:30 p.m. y 6:00 p.m., sírvase indicar ¿El deceso del menor puede ser responsabilidad del personal asistencial?

No, con los datos de la historia clínica se puede evidenciar que **hubo prevención y atención previa** y durante el evento de paro cardíaco presenciado. El deceso está relacionado con la alteración neurológica ocasionada por un proyectil de arma de fuego que impactó el cerebro lo que se constituye como causa suficiente.



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

Las náuseas y vómito postoperatorio son los síntomas más frecuentes en este periodo con una mortalidad estadísticamente no significativa y que evidentemente es menor que la ocasionada por las lesiones por arma de fuego en el cerebro.

La morbimortalidad por broncoaspiración en el transoperatorio (siendo el momento de mayor riesgo la intubación durante el acto anestésico) es muchísimo menor a la mortalidad ocasionada por las lesiones en el sistema nervioso central por arma de fuego y está más relacionada con infecciones y/o inflamación que con broncoaspiración masiva.

La lesión cerebral traumática es la primera causa de epilepsia sintomática en personas de 15 a 24 años de edad y tiene importantes implicaciones en la morbimortalidad y el pronóstico.

De este dictamen pericial, se pueden extraer 3 situaciones importantes:

- i. El paciente presentó un episodio convulsivo que produjo la relajación de esfínteres con la posterior aspiración de contenido gástrico **-alimentos-** y, si bien pudo ser el producto de la secreción gástrica, en la historia clínica no se anotó algún antecedente de trastornos de deglución previos.
- ii. Existieron convulsiones tempranas y tardías. La ocurrida el 26 de mayo de 2012 era tardía y ocasionó la pérdida de los mecanismos de protección de la vía aérea que, sumado al volumen de contenido gástrico, **«ocasionado por la ingesta de alimentos en el posoperatorio a pesar de la recomendación de no hacerlo»**, produjo la ocupación y el intercambio gaseoso, lo que finalmente dañó la función cerebral por hipoxemia que lo llevó a la muerte.
- iii. La muerte estuvo relacionada con la alteración neurológica causada por las lesiones del proyectil que impactó en el ojo izquierdo y que salió por la parte posterior del cráneo.

Estos asertos fueron ampliamente explicados por el galeno en la audiencia de pruebas realizada el 12 de abril de 2018.⁴⁹

(...) se trata en este caso de un joven de 16 años que sufrió heridas con armas de fuego y manejado en primer nivel donde se requirió asistencia respiratoria y además se le pusiera un tubo en el tórax por cuanto uno de los proyectiles produjo lesión pulmonar, luego de eso se hizo la remisión a la capital del Caquetá donde siguió la atención por neurocirugía, oftalmología y la unidad de cuidados intensivos inicialmente. Dato importante, las convulsiones que presentó durante el traslado pues fueron 3 episodios como consecuencia de la lesión cerebral que impactó a nivel del ojo izquierdo con lesión también en la región posterior de la cabeza en la región occipital; el paciente estuvo manejado con soporte en la unidad de cuidados intensivos con una lesión cerebral severa que requirió intervención quirúrgica en el

⁴⁹ C1, archivo 26, pág. 13.



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

momento de la evaluación en el servicio de urgencias, posteriormente se dio soporte en la unidad de cuidado intensivo y la estabilización progresiva permitió que fuera trasladado al servicio de hospitalización previa realización de una vía para asegurar el mantenimiento de la respiración **y de la nutrición**, procedimientos que se llaman traqueostomía y gastrostomía respectivamente; quedó en ese momento pendiente la realización de los procedimientos luego por oftalmología por el compromiso severo del ojo y por neurocirugía para volver a poner parte del hueso que había sido recetado en la intervención inicial como parte del protocolo de manejo de pacientes que tienen un edema cerebral severo. Luego de eso, se presenta la intervención quirúrgica programada de oftalmología y el paciente es trasladado a la sala de recuperación a hospitalización general, en donde se había dado **una recomendación de no dar alimentación y pues presenta posteriormente un episodio convulsivo tardío que produce relajación de los esfínteres, broncoaspiración que finalmente produce el fallecimiento.** El evento ocurre como consecuencia de una lesión cerebral que ya había dado las primeras manifestaciones convulsivas en el episodio referido en la historia de urgencias cuando es remitido y en el traslado refieren 3 episodios convulsivos, esas se refieren a convulsiones tempranas que con el manejo recibido posteriormente en cuanto a la cirugía e intervención de neurocirugía y además los medicamentos recibidos pues no se presentaron nuevamente esos episodios, sin embargo, se presenta un nuevo episodio que es tardío y que queda claro que no podía ser prevenido en la medida que los estudios muestran claramente que la prevención de las convulsiones de trauma craneoencefálico se pueden hacer cuando son tempranas, es decir, en la primera semana de presentado el evento cerebral en este caso por el proyectil de arma de fuego, desafortunadamente presenta un episodio convulsivo y el relato de la historia clínica muestra cómo ese episodio convulsivo ocasionó que los mecanismos de defensa que tiene el cuerpo para evitar que el contenido del estómago y de la boca se vaya a la vía aérea, es decir, a la tráquea, a los bronquios y a los pulmones, fallaron como consecuencia de esa convulsión, habida cuenta que está documentado en la historia clínica la presencia de secreciones **con contenido alimentario** a través de la nariz; el cuerpo tiene básicamente 2 mecanismos fundamentales por los cuales, cuando se produce el vómito, se protege la vía aérea, el primero es que se cierra la glotis, entonces es un seguro que tiene el cuerpo para que no se vaya a la tráquea, esto falló y queda documentado por el reporte del dictamen de la necropsia que muestra cómo se encontró contenido alimenticio en los bronquios y en la tráquea, y encontró mecanismo por el cual queda claro que fallaron los mecanismos protectores de la vía aérea fue porque el paladar blando no se cerró y cuando el paladar blando, la parte de atrás de la boca, no se cierra, hace que el contenido que debería estar en el estómago y en la vía digestiva, se sale por la nariz; entonces, si el paladar blando no se ocluye entonces hay salida de esas secreciones por la nariz, los dos eventos fueron los que se documentaron, uno en la descripción de la reanimación y el otro fue un hallazgo posmortem, entonces el paciente presenta una convulsión tardía no prevenible que ocasiona relajación de esfínteres y que todo el contenido que estaba en el estómago, terminó en los pulmones por lo que la reanimación no pudo ser exitosa a pesar de que se reporta que eventualmente hubo recuperación transitoria, lo que ocurrió seguramente por el apoyo ventilatorio; sin embargo, la presencia de todo ese contenido gástrico dentro de los pulmones hacía imposible la recuperación de la oxigenación y eso finalmente lo llevó a la muerte.

Preguntado. analizada la historia clínica (...) sírvase informar a qué causas puede atribuirse el deceso de ese usuario **Contestó.** el evento ocurre, primero, porque hay un deterioro neurológico agudo que iba en recuperación debido a una herida por arma de fuego que comprometió el funcionamiento cerebral, eso primero, y esa lesión cerebral que lo pone en una situación de decúbito, es decir, que tiene que estar acostado todo el tiempo por su situación neurológica que no le permite movilizarse, se acompaña del riesgo de convulsiones tardías, tenía todos los factores de riesgo, esas no podrían ser minimizadas desafortunadamente, pero que además, teniendo esas dos situaciones neuronales, además de un evento convulsivo no previsible desafortunadamente que ocasiona en presencia de un **estómago lleno con contenido alimentario** que se produce una broncoaspiración masiva debido a



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

los dos mecanismos que les conté previamente, la falla en la oclusión del paladar blanco y el cierre de la glotis, por lo que muestra la historia clínica, finalmente entonces, lesión cerebral más un episodio convulsivo estómago lleno broncoaspira y es imposible que salga de una situación de paro cardíaco cuando ya todo ese contenido gástrico, porque la necropsia dice que además ya no había ningún contenido en el estómago, es decir, todo lo que estaba en el estómago terminó en la vía respiratoria, esa oclusión mecánica produce una asfixia, por lo que es imposible recuperarlo en esas situaciones.

Preguntado. teniendo en cuenta el contenido de las notas de evolución del 26 de mayo de 2012 a las 8:21 realizada por la doctora realizada Lilia Gómez y las notas de enfermería realizadas el mismo día a las 2:31, a las 5:30, 6:00 p.m., sírvase indicar, ¿el deceso del menor puede ser responsabilidad del personal asistencial?

Contestó. no, pienso que con lo que evalúa la historia clínica más el reporte del dictamen pericial de la necropsia, es claro que es un evento que no podía ser prevenido con el manejo de hecho, además la necropsia muestra otro dato que es muy importante y es que la convulsión no fue debida a una lesión cerebral no tratada, sino a una consecuencia de la lesión inicial por el proyectil de arma de fuego; la necropsia muestra que no había sangre ni acumulación de lesiones en el cerebro, por lo que no es posible afirmar que un manejo incompleto hubiera podido producir un episodio convulsivo; finalmente, se hizo un proceso de reanimación que por lo que estuvo descrito, incluso logró movilizar parte del contenido que estaba en la vía aérea por lo que transitoriamente se logró el ritmo cardíaco, pero pues por la cantidad y el grado de compromiso de la vía aérea documentado en la necropsia era muy poco probable o imposible como evidentemente ocurrió que pudiera volverse otra vez a la actividad cardíaca y desafortunadamente se presentó el fallecimiento.

Concretamente, sobre la existencia de las convulsiones, afirmó:

Preguntado. en aras de aclarar al despacho, sírvase mencionar en términos muy concretos, qué significa ese hallazgo tardío de las convulsiones **Contestó.** el cerebro es un órgano eléctrico, entonces, cuando se presenta un corto circuito, haciendo la analogía, se presenta una desorganización completa de la función cerebral y el cerebro controla el movimiento de todo el organismo, músculos y eso hace que se pierda la conciencia, que se presente movimiento de las extremidades y con mucha frecuencia se manifiesta con relajación de esfínteres, relajación de esfínteres significa que se presentan deposición, se puede hacer popo, se orina, se vomita, hay salida de mucha saliva, se puede morder la lengua, entonces en ese momento el cuerpo no está apto para defender la vía aérea como evidentemente ocurrió en este caso.

Preguntado. quiero que nos aclare lo que usted afirma en el dictamen pericial, (...), «al analizar la historia clínica se hace referencia a que el paciente presentó un episodio convulsivo que produjo relajación de esfínteres incluido el esfínter esófago inferior con la posterior aspiración del contenido gástrico que en este caso fueron alimentos, pero pudo ser producto de la secreción gástrica y la deglución de la saliva», por qué esa es contradictoria, o sea, pudo haber sido la secreción gástrica y la deglución de la saliva o por el contrario fue un episodio convulsivo que produjo relajación de esfínteres **Contestó.** evidentemente no hay ninguna contradicción, la situación es muy clara y lo soporto con lo siguiente, en las convulsiones obviamente está escrito que se presente relajación de esfínteres, queda claro que ocurrió la broncoaspiración, por los datos de la historia clínica, pero sobre todo si usted revisa el informe pericial de necropsia dice muy claramente que se encontró alimento abundante en la vía aérea, en la tráquea y en los bronquios, eso implica que si usted tiene alimentos en el estómago, obviamente el estómago qué hace con esos alimentos, digerirlos, y para digerirlos utiliza jugo gástrico, es decir, los ácidos que produce el estómago para ingerir esos alimentos y también saliva, esa producción de saliva normalmente (inaudible), ahí inicia la descomposición de los alimentos, entonces lo que hay en el estómago es un revuelto de comida con jugo gástrico y



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

saliva, entonces no es una contradicción, es evidente que en el estómago se encuentra todo eso (...).

Preguntado. usted hace referencia en la misma segunda pregunta en donde se lee que «luego del inicio del tratamiento se previnieron las crisis convulsivas tempranas, pero tenía riesgo de convulsiones tardías que no pueden ser evitadas completamente con los tratamientos farmacológicos», usted nos puede aclarar en qué tiempo se producen esas nuevas convulsiones tardías, cuál es el tiempo
Contestó. los episodios de convulsiones, los movimientos que se producen como epilepsia, en el trauma craneoencefálico severo (...) se dividen en 2 grupos, las convulsiones tempranas y las convulsiones tardías, hablamos con un punto de corte de la primera semana, esa primera semana, los estudios muestran que es posible disminuir el riesgo de que se presenten cuando se da tratamiento, el tratamiento consiste en la cirugía para evitar y quitar lo que está dañando el cerebro de daño secundario, no del daño primario que produce la lesión inicial, y el daño secundario son el sangrado, la inflamación, todo lo que se dice en la historia clínica que hizo el neurocirujano; las convulsiones tardías, no hay formas de predecirlas, y hay personas que pueden presentar convulsiones, después de esa primera semana aun obviamente estando con tratamiento, pero incluso la recomendación dice que alargar el tratamiento más de una semana no disminuye el riesgo de esas convulsiones, se pueden presentar, sí, o puede que no se presenten; ahora, cuáles son los pacientes que tienen más riesgo de presentarla, los que tienen fracturas deprimidas o fracturas complejas con lesiones cerebrales extensas que es precisamente lo que describe neurocirugía en la intervención quirúrgica; entonces, esas convulsiones tardías se pueden presentar o no se pueden presentar, no hay forma de prever cuándo se van a presentar, no es posible hasta el día de hoy saber si un paciente la va a tener o no la va a tener.

Preguntado. usted nos habla de convulsiones, precísele al despacho si esas convulsiones es los mismos síntomas que presenta una persona que tiene náuseas o vómito en postoperatorio
Contestó. no, las convulsiones son una cosa, el desorden cerebral en su funcionamiento que produce pérdida de la conciencia, bueno, hay diferentes tipos de convulsiones, pero todos los que hacen referencia en la historia clínica hacen parte de convulsiones de pérdida de la conciencia con movimiento de las extremidades, desorganizado, no propositivo y eso configura una convulsión; no hay hallazgo en ese sentido que se pueda comparar con náuseas o vómito, son cosas diferentes; ahora, dentro de una convulsión se puede presentar vómito, sí, hay expulsión del contenido gástrico por la contracción espasmódica del músculo diafragma que en presencia de los esfínteres relajados hace que todo ese contenido gástrico hace que sea expulsado y en una persona que no está consciente, no puede salir como saldría normalmente el vómito sino que desafortunadamente por estar acostado y estar con su sistema neurológico comprometido se va hacia la vía respiratoria; ahora, la recomendación de no dar alimentación en el posoperatorio va dirigida más a disminuir náuseas y vómitos, síntomas, mejorar el confort y desafortunadamente en este hecho se mete una situación y es que hay una convulsión que hace que todos esos mecanismos de protección que tiene el cuerpo humano hayan fallado.

Preguntado. en la historia clínica se observa que el menor presentó vómito y broncoaspiró, por qué razón se refiere siempre a convulsiones y no a un vómito que pudo ser producto de una cirugía o por la anestesia o qué factores dieron lugar a que se produjeran los vómitos, porque no es lo mismo una convulsión a producir vómitos
Contestó. la situación es la siguiente, si usted presenta una convulsión y se orina o defeca, no puede decir que tiene diarrea, significa que la convulsión le ocasionó problemas, es decir, yo no puedo decir que alguien convulsiona y entonces tiene 10 enfermedades que le ocasionan un problema en la boca, enuresis o que no pueden controlar la orina (...) hacen parte de un síndrome, síndrome convulsivo, en donde se presentan todas esas cosas, es imposible desde el punto de vista médico aislar un síntoma y decir que se presentó por otra cosa, es decir, que tenga una convulsión y que pueda apartarse de esa convulsión un síntoma que hace parte de ese síndrome, es imposible hacerlo, es decir, desde el punto de vista médico no es



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

posible ver a una persona y considerar que tiene 10 enfermedades diferentes cuando ya la historia clínica muestra que hay una convulsión que ocasionó todos esos hallazgos.

(...) no es posible separar un síntoma en medio de un síndrome, un síndrome convulsivo son muchas cosas, porque podríamos decir por ejemplo que habría que hacer una evaluación individual de la pérdida de la conciencia, de los movimientos de las extremidades, de la broncoaspiración o de vómito o relajación del esfínteres; es imposible aislar un solo síntoma y cuando en medicina hay una causa suficiente como es un evento convulsivo en un cerebro lesionado, entonces aislar y pensar que solamente es un vómito, es quedarse absolutamente aislado en medio de un complejo sindromático que claramente explica todos los hallazgos.

La parte demandante considera que lo dicho por el perito no puede ser valorado, comoquiera que abordó otras áreas de la medicina como neurología, lo que hace que sus conclusiones sean inapropiadas o erróneas.

La Sala no comparte el argumento de la parte demandante, toda vez que las pruebas respaldan sus asertos relacionados con la existencia de convulsiones. Por ejemplo, en la epicrisis -datos de ingreso- se consignó que al momento de ingreso a la Clínica Medilaser, el paciente había tenido episodios convulsivos:

DATOS DE INGRESO:

ANAMNESIS

Motivo de Consulta: TRAÍDO POR MEDICO DE SAN VICENTE POR CLÍNICA DE HPAF HACIA LAS 10 PM CON IMPACTOS EN CRÁNEO EN TÓRAX.

Enfermedad Actual:(...) INGRESA CON MEDICO ACOMPAÑANTE, (...) REFIERE MÉDICO ACOMPAÑANTE HERIDA EN EL CRÁNEO AL PARECER CON ORIFICIO DE ENTRADA EN ZONA OCULAR IZQUIERDA SIN SALIDA Y HERIDA DE PAF EN TÓRAX A NIVEL DE 6TO ESPACIO INTERCOSTAL CON LINA AXILAR ANTERIOR. HIPOVENTILACIÓN IZQUIERDA.

EPISODIOS CONVULSIVOS DURANTE SU TRASLADO MANEJADOS CON MIDAZOLAM.

(...)

RESUMEN DE EVOLUCIONES

1.1. URGENCIAS FLORENCIA

- **25/03/2012 03:36:05 a.m. NEUROCIRUGÍA**
PACIENTE CON HERIDA POR PROYECTIL (...) INGRESA BAJO SEDACIÓN POR PRESENTAR 3 CRISIS CONVULSIVAS DURANTE TRASLADO, CON VENDAJE CEFÁLICO, SANGRADO POR OJO IZQUIERDO Y REGIÓN OCCIPITAL.
SE REALIZA TAC CEREBRAL DONDE SE APRECIA LESIÓN EN REGIÓN ORBITARIA IZQUIERDA + FRACTURA EN OCCIPITAL IZQUIERDA + CONTUSIONES HEMORRAGICA + COLECCIÓN SUBDURAL HEMISFERICA IZQUIERDA CON DESPLAZAMIENTO DE LINEA MEDIA. SE TRASLADA A QUIRÓFANO PARA CIRUGÍA, SE INFORMA ALTO RIESGO A FAMILIAR.



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

DR. ROBERTO GOMEZ P
NEUROCIRUJANO

(...)

Obsérvese que la anotación sobre la existencia de **3 crisis convulsivas** fue realizada por el doctor Roberto Gómez Pinedo, neurocirujano que concuerda con lo dicho por el perito, pues declaró:

Preguntado. atendiendo a sus conocimientos y a la narración hecha por usted de la atención con el paciente, dígame al despacho por qué se presentan las convulsiones en este paciente **Contestó.** las convulsiones se presentan en todo paciente el cual el cerebro ha sido lesionado, ya sea por un golpe directo o indirecto, si el paciente tiene un trauma externo, así sea que no haya tenido una fractura y hay una contusión cerebral que es similar a que se golpea el ojo y se pone verde, el cerebro queda con una cicatriz y esa cicatriz es altamente predispuesta a que haya convulsiones; cuando un paciente es afectado por un proyectil que fue el caso de este paciente, donde laceró todo el cerebro, es un paciente que tiene alta probabilidad de hacer convulsión y para eso desde un principio se le pone tratamiento y el paciente tenía tratamientos para las convulsiones, que es la fenitoína, estas convulsiones pueden variar en tiempo y duración, dependiendo de cada paciente y dependiendo de la circunstancia; si el paciente está recibiendo el tratamiento de forma adecuada no convulsiona, si el paciente tiene algún proceso de isquemia cerebral o que le falte oxígeno al cerebro, el cerebro actúa tratando de defenderse y va a activar la zona cicatrizante cicatrizar que tiene dañada y es la que ocasiona las convulsiones, (...) hay diferentes factores que pueden inducir que un paciente comience a convulsionar a pesar de que tenga el tratamiento que lo esté controlando.

Preguntado. indique al despacho si se pueden presentar convulsiones tempranas y convulsiones tardías **Contestó.** las convulsiones se pueden presentar desde el mismo inicio del tratamiento del paciente o desde el mismo momento del trauma del paciente; hay pacientes que se caen de su propia altura y lo primero que presentan es una convulsión por el trauma inmediato, y hay otros pacientes que pueden convulsionar al mes, eso no es predecible realmente a pesar de que el paciente si nunca ha convulsionado, lo que nosotros hacemos como médicos es colocarle el medicamento para prevenir las convulsiones, pero a pesar de que esté recibiendo tratamiento la epilepsia que es lo que se considera como paciente que presenta convulsiones, no es predecible en tiempo, inclusive el paciente tomando tratamiento controlado puede hacer convulsión, por eso el paciente tiene que estar siempre vigilado porque si presenta convulsiones lo que uno tiene que hacer es adicionar otro medicamento, hay pacientes que se controlan con un solo medicamento, hay pacientes que necesitan 2 medicamentos, yo tengo pacientes que están tomando 5 medicamentos a dosis altas y siguen convulsionando, entonces cada paciente es diferente dependiendo de la índole o la causa del daño cerebral que tiene; se considera en este caso un paciente que tenía muy alta probabilidad de convulsionar por el hecho de que era una lesión traumática, penetrante, con diferentes tipos de elementos que dañaban el cerebro como era el plomo que atravesó, los huesos que se metieron dentro del cerebro, los vasos que se dañaron ocasionando una cicatriz muy grande que en cualquier momento iba a convulsionar, era impredecible decir que el paciente iba a convulsionar en un mes o un año, lo que se hace en todos los casos es poner fenitoína a dosis alta y el paciente se supone que no debe convulsionar, si comienza a convulsionar uno modifica el tratamiento, mientras no convulsione, se le deja ese tratamiento que es preventivo porque el paciente en cualquier momento puede convulsionar. **Preguntado.** y el paciente tenía en este caso ese tratamiento **Contestó.** sí señora juez, a todos los pacientes por protocolo se les deja el tratamiento con fenitoína para evitar que convulsione.



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

Y, frente a la *convulsión tardía* que se mencionó en el dictamen, es decir, la padecida por el paciente el 26 de mayo de 2012, Viviana Verónica Hoyos, fisioterapeuta que atendió el *código azul* ese día, afirmó:

Preguntado. usted recuerda haber intervenido al paciente el día 26 de mayo de 2012 **Contestó.** estamos hablando del día del código azul, se hizo un llamado de enfermería, se atendió a ese llamado, encontrando al paciente en código azul, en lo cual me desempeño desde mi parte, garantizando la permeabilidad de la vía aérea.

Preguntado. por qué se activó ese código azul **Contestó.** este paciente presenta un episodio emético, secundario se hace el episodio convulsivo, cosa que le produce broncoaspiración, seguidamente un paro cardiorrespiratorio y es ahí donde se activa el código azul, yo asisto y ya lo demás es todo lo que se refiere la reanimación básica y avanzada.

Nótese que la persona que presenció los hechos y el fallecimiento de Gion Anderson Puentes también afirmó que padeció un episodio convulsivo y, a pesar de que el orden de sus afirmaciones es ligeramente diferente al del perito porque dijo que se causó el episodio emético y después la convulsión, lo cierto es que esta última sí ocurrió y se relajaron los esfínteres, lo cual impidió la protección de la vía aérea.

Si se concatenan estas afirmaciones con los hallazgos de la necropsia, se puede inferir que en el episodio emético -vómito- también fue desencadenado por el alimento que ingirió el paciente y que, según las pruebas, fue dado por los propios familiares (padres).

No pasa por alto la Sala que la parte demandante manifestó que *«existe alta probabilidad de que las complicaciones de la anestesia general puedan crear condiciones que lleven a la hipoxia cerebral»* y que las declaraciones de Roberto Alfonso Gómez Pinedo y Evelyne López se concluye que *«las náuseas y vómitos ocasionados al paciente (...) es producto de la anestesia suministrada por la Clínica Medilaser»*.

Como se dijo en acápites anteriores, lo relativo al suministro de anestesia no fue un asunto planteado desde el escrito introductorio, luego la Sala no puede hacer un análisis al respecto; sin embargo, frente a las náuseas y vómitos, si bien es cierto que el galeno manifestó que *«hay pacientes que después de la anestesia comienzan a vomitar»*, también lo es que fue enfático en decir que **por eso se ordenaba el ayuno antes y después del procedimiento quirúrgico**, lo cual fue desobedecido, según lo probado, por los padres del paciente.

Además, manifestó que *«el problema de las náuseas y el vómito no son por el tipo de cirugía, es por la anestesia, es la anestesia general que se le aplica al paciente para poderlo operar, no es el tipo de cirugía»*, pero también dijo que la solicitud de ayuno obedece a que



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

*«se sabe que la reacción anestésica va a producir náuseas y si el paciente **tiene el estómago lleno** por haber comido, las náuseas son las que ocasionan que el alimento se devuelva y se vaya hacia los pulmones».*

De ese modo, en gracia de claridad, considera la Sala que estas afirmaciones, más que achacar la responsabilidad a la entidad, lo que hacen es ratificar que, aunque pudieron existir otros factores como las convulsiones o la anestesia, el vómito y la broncoaspiración, en gran medida, fueron causadas por los alimentos suministrados en el posoperatorio porque incrementaban el riesgo de obstrucción de las vías respiratorias, como efectivamente ocurrió.

En ese hilo de argumentación, no encuentra la Sala ninguna razón para endilgarle la responsabilidad a la Clínica Medilaser, toda vez que no está probado que el personal haya desobedecido las órdenes consignadas en la historia clínica frente a la dieta; por el contrario, las pruebas dan cuenta de que fueron los padres quienes proporcionaron el alimento.

En otras palabras, aunque primero haya acontecido el vómito y después la convulsión o viceversa, lo cierto es que la Clínica Medilaser no es responsable del fallecimiento de Gion Anderson Puentes porque no está probado que le suministró algún alimento en contra de las órdenes impartidas y, además, porque si se trataba de un episodio convulsivo, en términos de los galenos declarantes, era imposible preverlo. Lo expuesto, agregado a que por el interregno de 2 meses le prestó los servicios de salud en debida forma, tal como lo consideró la parte demandante en el escrito introductorio cuando expresó que *«desde el momento en que ingresó a dicho centro médico, recibió toda la atención médica requerida que ameritaba su estado de salud, hasta tal punto de que el paciente (...) comenzó a recuperarse de sus lesiones y sus condiciones físicas fueron mejorando (...)».*

2.6. Conclusión.

Con base en la preceptiva jurídica que gobierna la materia, en los derroteros jurisprudenciales trazados por el Consejo de Estado y en el acervo probatorio, la Sala considera que la sentencia de primera instancia debe ser confirmada, pues no se demostró que la Clínica Medilaser haya incurrido en alguna falla en el servicio médico al suministrarle alimentos a Gion Anderson Puentes Camacho ni que se haya apartado de la *lex artis* en la atención dispensada.



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

III. COSTAS

En atención a lo contemplado en el numeral 4⁵⁰ del artículo 365 del C.G.P., este tribunal acogerá la postura del Consejo de Estado⁵¹ que frente al particular concluyó lo siguiente:

(...) En esta oportunidad la Subsección A varía aquella posición y acoge el **criterio objetivo para la imposición de costas (incluidas las agencias en derecho) al concluir que no se debe evaluar la conducta de las partes (temeridad o mala fe). Se deben valorar aspectos objetivos respecto de la causación de las costas, tal como lo prevé el Código General del Proceso, con el fin de darle plena aplicación a su artículo 365** (...) El análisis anterior permite las siguientes conclusiones básicas sobre las costas: a) El legislador introdujo un cambio sustancial respecto de la condena en costas, al pasar de un criterio “subjetivo” –CCA- a uno “objetivo valorativo” –CPACA-. b) Se concluye que es “objetivo” porque en toda sentencia se “dispondrá” sobre costas, es decir, se decidirá, bien sea para condenar total o parcialmente, o bien para abstenerse, según las precisas reglas del CGP. c) Sin embargo, se le califica de “valorativo” porque se requiere que en el expediente el juez revise si las mismas se causaron y en la medida de su comprobación. Tal y como lo ordena el CGP, esto es, con el pago de gastos ordinarios del proceso y con la actividad del abogado efectivamente realizada dentro del proceso. Se recalca, en esa valoración no se incluye la mala fe o temeridad de las partes. d) La cuantía de la condena en agencias en derecho, en materia laboral, se fijará atendiendo la posición de los sujetos procesales, pues varía según sea la parte vencida el empleador, el trabajador o el jubilado, estos últimos más vulnerables y generalmente de escasos recursos, así como la complejidad e intensidad de la participación procesal (Acuerdo núm. 1887 de 2003 Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura). e) Las estipulaciones de las partes en materia de costas se tendrán por no escritas, por lo que el juez en su liquidación no estará atado a lo así pactado por éstas. f) La liquidación de las costas (incluidas las agencias en derecho), la hará el despacho de primera o única instancia, tal y como lo indica el CGP, previa elaboración del secretario y aprobación del respectivo funcionario judicial. g) Procede condena en costas tanto en primera como en segunda instancia (...). (Negrillas fuera de texto).

De acuerdo con lo preceptuado en el artículo 188 del CPACA según el cual para la fijación de las costas se aplica un criterio objetivo valorativo y no es necesario analizar la conducta de las partes y, de conformidad con lo regulado en el artículo 365, numerales 1.º y 8.º del Código General del Proceso,⁵² la Sala condenará en costas de segunda instancia a la parte demandante y a favor de la Clínica Medilaser, en razón a que el recurso le fue decidido de

⁵⁰ “ARTÍCULO 365. CONDENA EN COSTAS. En los procesos y en las actuaciones posteriores a aquellos en que haya controversia la condena en costas se sujetará a las siguientes reglas: (...) 1. Se condenará en costas a la parte vencida en el proceso, o a quien se le resuelva desfavorablemente el recurso de apelación, casación, queja, súplica, anulación o revisión que haya propuesto. Además, en los casos especiales previstos en este código. Además se condenará en costas a quien se le resuelva de manera desfavorable un incidente, la formulación de excepciones previas, una solicitud de nulidad o de amparo de pobreza, sin perjuicio de lo dispuesto en relación con la temeridad o mala fe.(...)”

⁵¹ CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCIÓN SEGUNDA. SUBSECCIÓN A. Consejero ponente: WILLIAM HERNANDEZ GOMEZ. Bogotá, D.C., siete (7) de abril de 2016. Radicación número: 13001-23-33-000-2013-00022-01(1291-14).

⁵² «1. Se condenará en costas a la parte vencida en el proceso, o a quien se le resuelva desfavorablemente el recurso de apelación (...) 8. Solo habrá lugar a costas cuando en el expediente aparezca que se causaron y en la medida de su comprobación».



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

forma desfavorable y el apoderado de la parte actora actuó en esta instancia al presentar alegatos de conclusión.

De conformidad con el numeral 1.º del artículo 5.º del Acuerdo PSAA16-10554 del 05 de agosto de 2016 expedido por el Consejo Superior de la Judicatura, por medio del cual se establecen las agencias en derecho, estas se fijarán en un (1) salario mínimo legal mensual vigente por esta instancia, teniendo en cuenta la naturaleza del asunto.

IV. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el Tribunal de lo Contencioso Administrativo del Caquetá, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

FALLA

PRIMERO. CONFIRMAR la sentencia proferida el 31 de marzo de 2020 por el Juzgado Primero Administrativo de Florencia, por la cual se denegaron las pretensiones de la demanda presentada por Bernardino Camacho y otros contra la Clínica Medilaser y otro, por las razones expuestas en la parte considerativa de esta providencia.

SEGUNDO. Condenar en costas por esta instancia a la parte demandante y a favor de la Clínica Medilaser, fijándose como agencias en derecho el equivalente a un (1) salario mínimo legal mensual vigente, de conformidad con el numeral 1.º del artículo 5º del Acuerdo PSAA16-10554 del 05 de agosto de 2016 expedido por el Consejo Superior de la Judicatura.

TERCERO. En firme esta decisión, devuélvase el expediente al Despacho de origen, previamente las anotaciones correspondientes en el software de gestión.

Notifíquese y cúmplase,

ANGÉLICA MARÍA HERNÁNDEZ GUTIÉRREZ
Magistrada

YANNETH REYES VILLAMIZAR
Magistrada



Sentencia de segunda instancia

Medio de control: Reparación directa

Demandante: Bernardino Camacho y otros

Demandado: Hospital San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán y otro

Radicación: 18001-33-33-001-2014-00707-01

(Ausencia legal)

NÉSTOR ARTURO MÉNDEZ PÉREZ

Magistrado

CONSTANCIA: La presente providencia fue firmada electrónicamente por la Sala Segunda Tribunal Administrativo del Caquetá en la plataforma denominada SAMAI. En consecuencia, se garantiza la autenticidad, integridad, conservación y posterior consulta, de conformidad con el artículo 186 del CPACA. Puede validar la autenticidad del documento ingresando en el siguiente link: <https://samairj.consejodeestado.gov.co/Vistas/documentos/validador.aspx>