

**ACCION DE REPARACION DIRECTA - Por falla médica / FALLA DEL SERVICIO MEDICO - Por indebida atención pre anestésica / DAÑO ANTIJURIDICO - Muerte de enfermera por encefalopatía hipóxica, crisis hipertensiva severa y edema cerebral luego de practicársele colpoperineorrafia en el Hospital Regional de Pitalito**

En su condición de afiliada de la Caja Nacional de Previsión Social -CAJANAL-, vinculada como enfermera al Hospital Regional de Pitalito (Huila), en virtud de una orden médica impartida por su ginecólogo, la señora Amelia Cuellar solicitó los servicios médico – quirúrgicos de dicha institución, para la realización de una colpoperineorrafia. (...) La señora Amelia Cuellar debió ser conectada al ventilador de la máquina de anestesia, con un daño neurológico irreversible –edema cerebral- y muerte clínica. Posteriormente fue trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General de Neiva y luego a la ciudad de Bogotá, donde falleció el día 3 de diciembre de 1992, registrándose como causa de su muerte, encefalopatía hipóxica, crisis hipertensiva severa, edema cerebral. (...) En este caso, de acuerdo con las pruebas allegadas, el daño se concretó en la muerte de la señora Amelia Cuellar de Lamilla, quien fue intervenida quirúrgicamente en el Hospital de Pitalito y posteriormente falleció por una encefalopatía hipóxica, crisis hipertensiva severa y edema cerebral; complicaciones que según los demandantes, fueron producto de una atención descuidada y negligente por parte del personal médico y paramédico del Hospital.

**RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO - Por falla médica / FALLA MEDICA - Evolución jurisprudencial**

La responsabilidad por falla médica ha evolucionado a lo largo de los años, pasando desde el régimen de falla probada del servicio, la falla presunta del servicio, la carga dinámica de la prueba y en el año 2006, mediante Sentencia del 31 de agosto, volvió al régimen de falla probada, en razón de la complejidad de los temas médicos y la dificultad para las instituciones públicas en el ámbito probatorio, debido al tiempo que transcurre y la cantidad de casos que manejan. **NOTA DE RELATORIA:** Referente al desarrollo jurisprudencial de la responsabilidad estatal por fallas médicas, consultar sentencia de 31 de agosto de 2006, Exp. 15772, MP. Ruth Stella Correa.

**RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO - Cláusula general / RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO - Elementos que la configuran**

El artículo 90 constitucional dispone que el Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas. Esta responsabilidad del Estado se hace patente cuando se configura un daño, el cual deriva su calificación de antijurídico atendiendo a que el sujeto que lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar el perjuicio, tal como ha sido definido por la jurisprudencia de esta Corporación. Los elementos que sirven de fundamento a la responsabilidad son esencialmente el daño antijurídico y su imputación a la administración, en la cual debe acreditarse la relación entre la conducta y el daño y la razón por la cual las consecuencias de esa afectación deben ser asumidas por el Estado.

**FUENTE FORMAL: CONSTITUCION POLITICA - ARTICULO 90**

**FALLA DEL SERVICIO MEDICO - Título de imputación falla probada / FALLA PROBADA DEL SERVICIO - Se debe acreditar existencia del daño antijurídico e imputabilidad de la entidad demandada**

Según la posición jurisprudencial que ha manejado la Corporación, los casos de falla médica son revisados actualmente bajo el régimen de la falla probada del servicio, en el cual no solo debe demostrarse la existencia de un daño, sino también su imputabilidad a la entidad que se demanda. Sobre la prueba del daño tenemos que el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil, ha sido enfático en afirmar “Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen...”, no es suficiente que en la demanda se hagan afirmaciones sobre la existencia del daño, porque “el demandante no puede limitarse, si quiere sacar adelante su pretensión, a hacer afirmaciones sin respaldo probatorio. **NOTA DE RELATORIA:** Referente al régimen de falla probada del servicio, consultar sentencia de 01 de febrero de 2012, Exp. 21466, MP. Enrique Gil Botero.

**FUENTE FORMAL:** CODIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL - ARTICULO 177

**INDEBIDA VALORACION ANESTESICA EN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO - No constituye falla en la prestación del servicio médico / CONSENTIMIENTO INFORMADO – No se surtió frente a la paciente**

De los medios de prueba anteriormente transcritos, se desprende que efectivamente a la paciente no se le realizó una consulta pre-anestésica adecuada, en la que se determinara cuáles eran sus enfermedades de base, sus antecedentes, exámenes de laboratorio previos; ni siquiera se encuentran registros que permitan al menos inferir que la paciente fue informada del procedimiento al que iba a ser sometida, el tipo de anestesia que se le iba a aplicar, y los riesgos de dicha intervención, y a la misma conclusión arribó la misma entidad, al momento de elaborar el acta de auditoría, información que consignó en el documento en mención, y que obró como prueba documental en el presente proceso. No obstante lo anterior, la Sala considera que el no haber consignado en la historia clínica, una valoración anestésica en debida forma, no constituye en sí misma la falla en la prestación del servicio médico, por cuanto se hace necesario acreditar que fue la ausencia de esta valoración en debida forma, la causa eficiente de la muerte de la señora Amelia Cuellar, y ello no se encuentra acreditado dentro del plenario, pues no existe un medio de convicción, en el que se establezca la causa de la muerte de la paciente.

**RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO - Por falla en la prestación del servicio médico / RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DE LA CAJA NACIONAL DE PREVISION SOCIAL – No se probó la falla médico asistencial**

En cuanto a la imputación fáctica y jurídica a la entidad demandada, se encuentra que en el expediente no existe una prueba que establezca sin lugar a equívocos, que la muerte de la paciente sobrevino como consecuencia de una falla en la prestación del servicio médico, bien por ausencia de indicaciones pre-quirúrgicas, porque una vez terminado el procedimiento, fue abandonada en un pasillo sin atención médica, y sin que el corredor contase con instrumentos mínimos para monitorear a la paciente y brindarle una recuperación adecuada, o porque el personal médico respondió tardíamente a los requerimientos de la paciente, y esta solo recibió ayuda, cuando una de las enfermeras notó por casualidad, que se encontraba midriática y cianótica, cuando ya era demasiado tarde y había sufrido el daño neuronal que posteriormente provocó su muerte. Corolario de lo anterior,

resulta que no pueden despacharse favorablemente las pretensiones de la demanda, y en consecuencia, se procederá a confirmar la sentencia de primera instancia.

## **CONSEJO DE ESTADO**

### **SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO**

#### **SECCION TERCERA**

#### **SUBSECCION C**

**Consejera ponente: OLGA MELIDA VALLE DE DE LA HOZ**

Bogotá, D.C., doce (12) de agosto de dos mil catorce (2014)

**Radicación número: 41001-23-31-000-1994-07946-01(29131)**

**Actor: SANDRA MIREYA LAMILLA CUELLAR Y OTROS**

**Demandado: CAJANAL E.P.S. Y OTROS**

**Referencia: APELACION SENTENCIA - ACCION DE REPARACION DIRECTA**

Resuelve la Sala el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra la sentencia proferida por el Tribunal Administrativo del Huila el 1 de junio de 2004, que dispuso:

*“1.- Declarar probadas las excepciones propuestas por la Nación – Ministerio de Salud y por la Caja Nacional de Previsión Social -CAJANAL-: “falta de legitimación en la causa por pasiva”.*

*2.-Denegar las pretensiones de la demanda”.*

## **I. ANTECEDENTES**

### **1.1. La demanda**

El día 2 de diciembre de 1994, Sandra Mireya, Orlando y Wilson Reinaldo Lamilla Cuellar, en su calidad de hijos de la señora Amelia Cuellar de Lamilla, presentaron mediante apoderado judicial, demanda en ejercicio de la acción de reparación directa, consagrada en el artículo 86 del C.C.A. contra la Caja Nacional de

Previsión Social -CAJANAL-, La Nación – Ministerio de Salud y otros, para lo cual elevaron las siguientes,

## **1.2. Pretensiones**

**PRIMERO:** LA NACION – MINISTERIO DE SALUD -, LA CAJA NACIONAL DE PREVISION SOCIAL, EL HOSPITAL REGIONAL DE PITALITO HUILA – SERVICIO SECCIONAL DE SALUD -, EL HOSPITAL GENERAL DE NEIVA “HERNANDO MONCALEANO PERDOMO” y EL DEPARTAMENTO DEL HUILA, son solidaria, patrimonial y administrativamente responsables del fallecimiento de la señora AMELIA CUELLAR DE LAMILLA, según los hechos ocurridos desde el día 5 de octubre de 1992 hasta el día en que se produjo su muerte es decir el 3 de diciembre de 1992.

**SEGUNDO:** Como consecuencia de la anterior declaración de responsabilidad extracontractual de LA NACION – MINISTERIO DE SALUD -, LA CAJA NACIONAL DE PREVISION SOCIAL, EL HOSPITAL REGIONAL DE PITALITO HUILA – SERVICIO SECCIONAL DE SALUD -, EL HOSPITAL GENERAL DE NEIVA “HERNANDO MONCALEANO PERDOMO” y EL DEPARTAMENTO DEL HUILA condenaseles (sic) a pagar a estas entidades solidariamente o a la (las) que resulte (n) responsable (s), **como indemnización,** en favor de las personas demandantes en el proceso, por los perjuicios materiales y morales causados, las siguientes sumas así:

**A. PERJUICIOS MORALES:** Se ordenará cancelar solidariamente a las entidades demandadas o a la (las) que resulten responsables y en favor de cada uno de los demandantes, por concepto de perjuicios morales subjetivos las siguientes sumas de dinero:

1. El equivalente en pesos moneda corriente y legal de DOS MIL (2.000) **gramos oro,** al señor ORLANDO LAMILLA CUELLAR como hijo legítimo de la señora AMELIA CUELLAR DE LAMILLA.
2. El equivalente en pesos moneda corriente y legal de DOS MIL (2.000) **gramos oro,** al señor WILSON REINALDO LAMILLA CUELLAR como hijo legítimo de la señora AMELIA CUELLAR DE LAMILLA.

3. *El equivalente en pesos moneda corriente y legal de DOS MIL (2.000) **gramos oro**, a la señorita SANDRA MIREYA LAMILLA CUELLAR como hija legítima de la señora AMELIA CUELLAR DE LAMILLA.*

*El equivalente se obtendrá a través de la cotización certificada por el Banco de la República, referida al precio de cada gramo oro, para la época de la liquidación respectiva.*

**B. PERJUICIOS MATERIALES:**

*1.- Se ordenará pagar solidariamente a las entidades demandadas o a la (las) que resulten responsables en favor de los hijos de la señora AMELIA CUELLAR los daños de orden material: daño emergente y lucro cesante teniendo en cuenta la capacidad laboral de la señora AMELIA CUELLAR y la ayuda que ésta le prestaba a sus hijos, especialmente a su hija SANDRA MIREYA, suma que solicito sea ajustada y calculada a las fórmulas que han venido siendo utilizadas por el Consejo de Estado para tal efecto.*

*2.- Se ordenará pagar solidariamente a las entidades demandadas o a la (las) que resulten responsables en favor de los hijos de la señora AMELIA CUELLAR DE LAMILLA lo concerniente a los gastos funerarios sufragados por el señor ORLANDO LAMILLA a la empresa Funerales los Olivos de Santafé de Bogotá, ubicada en la Av. 42 No. 14-20, los cuales se actualizarán de acuerdo al índice de precios al consumidor, certificado por el DANE, desde el momento de su erogación a la fecha de ejecutoria de la sentencia.*

**TERCERA:** *La sentencia se cumplirá en los términos contenidos en los artículos 176, 177, y 178 del Código Contencioso Administrativo.*

***En el evento de no aceptarse la solidaridad impetrada, declárese patrimonial y administrativamente responsable a LA NACION y a cualquiera de las entidades demandadas, o a la que resulte responsable en cualquiera (sic) evento con la consecuencial condena***

***contenida en la pretensión segunda principal de la presente demanda”.***

### **1.3. Hechos**

Las pretensiones tienen fundamento en los hechos sintetizados de la siguiente forma:

En su condición de afiliada de la Caja Nacional de Previsión Social -CAJANAL-, vinculada como enfermera al Hospital Regional de Pitalito (Huila), en virtud de una orden médica impartida por su ginecólogo, la señora Amelia Cuellar solicitó los servicios médico – quirúrgicos de dicha institución, para la realización de una colpoperineorrafia.

El 4 de octubre de 1992, a las 6:00 pm ingresó al Hospital Regional de Pitalito, y la cirugía estaba programada para el día 5 de octubre de 1992, luego de la valoración pre – anestésica, la cual no se llevó a cabo, pero que igualmente no impidió que se llevara a cabo el procedimiento.

Previo a su ingreso a la institución de salud, la señora Amelia solicitó personalmente al médico anesthesiologo, doctor Ramón Eduardo Cabarcas, que asistiera a su cirugía, pero este no pudo asistir porque el doctor Silvio Gómez Claros, médico ginecólogo, determinó el cambio sin consultarle, razón por la cual fue atendida por el doctor Jaime Tobías Correa Henríquez, quien aparentemente se anunciaba como especialista en anestesiología, pero carecía de los títulos que lo acreditaran como tal.

La señora Cuellar de Lamilla ingresó al quirófano a las 11:00 am, y a las 11:10 am el médico Correa le aplicó por vía epidural bupivacaina 825 mgs. Con 100 mcg. de fentanyl, sin que se registrara la técnica utilizada, el inter – espacio vertebral escogido, ni el nivel sensitivo y motor alcanzado por el bloqueo anestésico efectuado.

Según testimonios, la paciente ingresó al quirófano en condiciones normales, y 20 minutos después fue sacada y dejada en uno de los pasillos del hospital, hasta que la Jefe de enfermería fue informada por parte de otra enfermera, que esta no presentaba movimientos respiratorios, se encontraba cianótica y midriática, por lo

que se llamó de emergencia a un médico quien determinó que la paciente había sufrido un paro respiratorio, y se procedió a practicarle intubación de la tráquea. Al parecer, debido al tiempo que la señora Cuellar permaneció sin atención, careció de respiración espontánea, sufrió una taquicardia y convulsionó.

La señora Amelia Cuellar debió ser conectada al ventilador de la máquina de anestesia, con un daño neurológico irreversible –edema cerebral- y muerte clínica. Posteriormente fue trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General de Neiva y luego a la ciudad de Bogotá, donde falleció el día 3 de diciembre de 1992, registrándose como causa de su muerte, encefalopatía hipóxica, crisis hipertensiva severa, edema cerebral.

#### **1.4. Trámite en primera instancia y contestación de la demanda**

La demanda fue presentada el 2 de diciembre de 1994 y admitida mediante auto del 23 de enero de 1995.

El apoderado de la Caja Nacional de Previsión Social -CAJANAL-, se opuso a las pretensiones de la demanda y manifestó que la cirugía no había sido ordenada por el médico coordinador de la Subsele Pitalito, y que el doctor Jaime Correa no se encontraba inscrito como uno de los anesthesiólogos de la entidad, desconociendo esta su especialidad o su formación académica.

De otra parte, señaló que al parecer, la paciente en su condición de enfermera del hospital, consultó directamente al doctor Silvio Gómez Claros, quien ordenó su hospitalización para la realización del procedimiento, obviando los trámites legales pertinentes, situación que eximía de responsabilidad a Cajanal, pues solo tuvo conocimiento del caso de la paciente, cuando fue remitida al Hospital General de Neiva.

Como excepción, propuso la ilegitimidad de personería sustantiva de la Caja Nacional de Previsión Social -CAJANAL- en el extremo demandado.

El Hospital San Antonio de Pitalito, por conducto de su apoderado, contestó la demanda, aseverando que el hecho de no haber anotado la valoración pre – anestésica en la historia clínica, no implicaba que esta no se le hubiera realizado,

máxime cuando el doctor Correa poseía una amplia experiencia en dicha institución.

En cuanto a la ausencia de título como anesthesiólogo, sostuvo que de acuerdo con la Ley 6 de 1991 y su Decreto Reglamentario 097 de 1996, los médicos que ejercía la especialidad sin ser anesthesiólogos, contaban con un término de 5 años para obtener el mismo, y para este médico dicho término vencía en enero de 2001.

Sobre el procedimiento quirúrgico, sostuvo que toda cirugía tenía un nivel de riesgo, y en el caso objeto de estudio se había presentado una situación imprevista, que superó al actuar diligente del personal médico, y que debido a las secuelas neurológicas, las posibilidades de supervivencia eran pocas.

En escrito separado, solicitaron el llamamiento en garantía del doctor Jaime Tobías Correa Henríquez.

El apoderado del Ministerio de Salud, alegó la falta de legitimación en la causa por pasiva de su representado, toda vez que el Ministerio de Salud no tenía asignada la función de prestar servicios asistenciales, sino de diseñar políticas y normas técnicas de calidad en materia de salud, razón por la cual, no podía endilgársele responsabilidad por el caso objeto de demanda.

El doctor Jaime Tobías Correa Henríquez, por conducto de apoderado, contestó la demanda oponiéndose a las pretensiones de la misma, y señaló que todo procedimiento en que fuera necesario el uso de anestesia conllevaba un riesgo, y por ende no podía catalogarse el procedimiento como “sencillo”.

En cuanto al título de anesthesiólogo, reiteró lo expuesto por la Caja Nacional de Previsión Social -CAJANAL-, referente al término con el que cuentan los médicos para adquirir el título.

Sobre la valoración pre – anestésica, aseveró que la misma sí se había realizado, y de ello había constancia en la historia clínica.

Finalmente, relató los pormenores de la atención, concluyendo que este siempre estuvo atento a la evolución de la paciente, y que 12 horas después, presentó una



crisis hipertensiva y movimientos convulsivos que persistieron pese a la atención prestada, lo cual ocasionó un deterioro en la salud de la paciente, y por las mismas razones propuso la excepción denominada ausencia de culpa en el procedimiento anestésico practicado.

La E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo guardó silencio, y el Departamento del Huila contestó la demanda extemporáneamente.

El 13 de agosto de 2002, se inició el período probatorio, el cual se extendió hasta el 9 de julio de 2003, cuando se corrió traslado a las partes para alegar de conclusión.

El apoderado de la parte actora, concluyó que luego de analizar el material probatorio, se encontraba probado que la muerte de la señora Amelia Cuellar de Lamilla se había presentado como consecuencia de una falla en la prestación del servicio médico, imputable a la Caja Nacional de Previsión Social -CAJANAL- y al Hospital Regional de Pitalito, por haber vinculado como médico anesthesiologo a una persona que no podía acreditar tal especialidad, quien adicionalmente no logró demostrar que había actuado con diligencia, con los conocimientos y cuidados requeridos.

Por su parte, la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, a través de su apoderado, señaló que los servicios prestados a la paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos, fueron prestados de acuerdo con los requerimientos científicos que demandaba la patología de la señora Lamilla.

Así mismo, manifestó que no era posible endilgar responsabilidad al hospital, pues la falla alegada por los demandantes tenía relación con una intervención quirúrgica que había sido realizada con anterioridad al ingreso de la paciente a dicho centro asistencial.

El apoderado del llamado en garantía reiteró los argumentos expuestos en la contestación de la demanda, y concluyó que no se encontraba probado el dolo o culpa grave de su representado; y en consecuencia, solicitó desestimar las pretensiones de la demanda.

El Ministerio Público emitió concepto en el cual consideró que las excepciones propuestas por la caja Nacional de Previsión, el Ministerio de Salud y el Departamento del Huila estaban llamadas a prosperar; adicionalmente, que las pretensiones de la demanda no contaban con sustento fáctico, probatorio y jurídico, por lo que los demandados debían ser absueltos de toda responsabilidad.

Las demás partes guardaron silencio.

### **1.5. Sentencia de primera instancia**

El 16 de julio de 2004, el Tribunal Administrativo del Huila profirió sentencia de primera instancia, en la que declaró probada la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva del Ministerio de Salud y por la Caja Nacional de Previsión Social -CAJANAL-; y negó las pretensiones de la demanda, por considerar que el personal médico y paramédico del hospital San Antonio de Pitalito, que atendió a la señora Amelia actuó de acuerdo a los requerimientos técnicos y científicos que regulan la actividad médica, y su actuación fue diligente.

### **1.6. El recurso de apelación y trámite en segunda instancia**

El día 8 de septiembre de 2004, la parte actora presentó recurso de apelación, concedido mediante auto del 5 de octubre de 2004 y admitido por esta Corporación el 2 de agosto de 2005.

Como fundamento de su inconformismo, señalaron que se habían presentado irregularidades en el análisis probatorio, puesto que se habían desestimado testimonios valiosos que relataban irregularidades por parte de la entidad prestadora de salud. Igualmente, consideraron que la sentencia se basó en peritazgos hechos por profesionales de la salud, algunos compañeros del doctor Correa.

Así mismo, sostuvieron que a lo largo del proceso se acreditó que a la paciente no se le dieron indicaciones previas a la cirugía, hasta el punto de no conocer las condiciones en que debía presentarse para la realización del procedimiento quirúrgico, y por tal motivo, la cirugía debió ser suspendida.

De otra parte, aseveraron que el Hospital de Pitalito no tenía una sala de recuperación adecuada ni contaba con los medicamentos apropiados para tratar la crisis que presentó la paciente, y lo anterior se dio con un agravante el cual fue el abandono de la paciente durante varios minutos en un pasillo denominado “pasillo de recuperación”, sin que se tomaran las medidas adecuadas de emergencia para salvar su vida.

Finalmente, adujeron que hubo una respuesta tardía por parte del equipo médico, quien solo asistió a la paciente cuando una de las enfermeras notó por casualidad que la señora Amelia se encontraba cianótica y midriática, cuando ya había sufrido una daño neuronal irreversible que posteriormente le provocó la muerte.

El 6 de diciembre de 2005, se corrió traslado a las partes para presentar alegatos de conclusión, pero estas y el Ministerio Público guardaron silencio.

El proceso ingresó al Despacho para elaborar proyecto de sentencia el 27 de enero de 2006.

### **1.7. La competencia de la Sub – Sección**

El Artículo 129 del C.C.A., modificado por el artículo 37 de la ley 446 de 1998, referido a la competencia del Consejo de Estado en segunda instancia, dice: “*El Consejo de Estado en la sala contenciosa administrativa conocerá en segunda instancia de las apelaciones de las sentencias dictadas en primera instancia por los tribunales (...)*”. Así, la Corporación es competente para conocer del asunto, en virtud del recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra la sentencia proferida por el Tribunal Administrativo del Huila el 1 de junio de 2004, en proceso con vocación de segunda instancia.

A la fecha de presentación del recurso, 8 de septiembre de 2004, se encontraban vigentes las disposiciones contenidas en el Decreto 597 de 1988, según las cuales, para que un proceso iniciado en ejercicio de la acción de reparación directa en el año 1994 tuviera vocación de doble instancia, la pretensión mayor de la demanda debía superar la cuantía exigida para el efecto, estimada en \$9'610.000. En este caso la cuantía se estima en más de \$56'000.000, teniendo en cuenta que se solicita el reconocimiento de 6.000 gramos oro por concepto de perjuicios morales, y a la fecha de presentación de la demanda, este tenía un valor de \$9.800 pesos.

## II. CONSIDERACIONES

Cumplidos los trámites de segunda instancia, sin que exista causal alguna de nulidad que invalide lo actuado, ni caducidad,<sup>1</sup> procede la Sub – Sección a resolver el asunto sometido a su consideración a través del siguiente esquema: 1) el daño; 2) las pruebas obrantes en el proceso; 3) la imputación; 4) los perjuicios y 5) la condena en costas.

En primer lugar, y teniendo en cuenta que se trata de apelante único, se dará aplicación al artículo 357 del Código de Procedimiento Civil, donde se entiende que la apelación es interpuesta en lo que resulta desfavorable para el apelante; por lo tanto, no podrá el superior pronunciarse sobre lo que no fue objeto del recurso, con base en el principio de *no reformatio in pejus*.

La responsabilidad por falla médica ha evolucionado a lo largo de los años, pasando desde el régimen de falla probada del servicio, la falla presunta del servicio, la carga dinámica de la prueba y en el año 2006, mediante Sentencia del 31 de agosto,<sup>2</sup> volvió al régimen de falla probada, en razón de la complejidad de los temas médicos y la dificultad para las instituciones públicas en el ámbito probatorio, debido al tiempo que transcurre y la cantidad de casos que manejan.

Así lo expresó la Sala:

*(...) Un primer momento en la evolución jurisprudencial sobre la responsabilidad por el servicio médico asistencial, exigía al actor aportar la prueba de la falla para la prosperidad de sus pretensiones, por considerar que se trataba de una obligación de medio y por lo tanto, de la sola existencia del daño no había lugar a presumir la falla del servicio.*

*En la década anterior se introdujeron algunos criterios con el objeto de morigerar la carga de la prueba de la falla del servicio, aunque siempre sobre la noción de que dicha falla era el fundamento de la responsabilidad de la administración por la prestación del servicio médico.*

---

<sup>1</sup> Los hechos sucedieron el 3 de diciembre de 1992 con la muerte de la señora Amelia Cuellar de Lamilla, y la demanda fue presentada el 2 de diciembre de 1994, luego fue presentada en tiempo, razón por la cual no hay caducidad de la acción.

<sup>2</sup> Consejo de Estado; Sección Tercera, Sentencia del 31 de agosto de 2006, Exp. 15772; C.P. Ruth Stella Correa.

*Así, en sentencia de octubre 24 de 1990, expediente No. 5902, se empezó a introducir el principio de presunción de falla del servicio médico, que posteriormente fue adoptado de manera explícita por la Sección. En esta providencia se consideró que el artículo 1604 del Código Civil debía ser aplicado también en relación con la responsabilidad extracontractual y en consecuencia, la prueba de la diligencia y cuidado correspondía al demandado en los casos de responsabilidad médica.*

*La presunción de falla del servicio médico que con esta posición jurisprudencial se acogió, fue reiterada en decisión del 30 de julio de 1992, expediente No. 6897, pero con un fundamento jurídico diferente, el cual hacía referencia a la mejor posibilidad en que se encontraban los profesionales de explicar y demostrar el tratamiento que aplicaron al paciente, dado su “conocimiento técnico y real por cuanto ejecutaron la respectiva conducta”, lo cual les permitía satisfacer las inquietudes y cuestionamientos que pudieran formularse contra sus procedimientos.*

*Esa regla de juicio había sido tratada desde antes en la doctrina y jurisprudencia foráneas. Así por ejemplo, en los años ochentas había una fuerte tendencia entre los autores y jueces argentinos de considerar que el médico era quien se encontraba en mejores condiciones probatorias, porque era quien poseía la prueba y tenía una explicación posible de lo sucedido<sup>3</sup>. En sentido contrario, Mazeaud y Tunc, consideraban desde tiempo atrás que quien se encontraba en mejores condiciones de probar era el paciente y no el médico, pues a este le resultaba extremadamente difícil demostrar su diligencia permanente. “Tan solo una persona del oficio, al menos tan perita como él y que hubiera seguido todos sus actos, podría declarar que el médico ha prestado cuidados concienzudos, solícitos y conformes con los resultados conseguidos por la ciencia”<sup>4</sup>.*

*Posteriormente, la Sala cuestionó la aplicación generalizada de la presunción de la falla del servicio y señaló que dicha presunción no debía*

---

<sup>3</sup> Sobre este aspecto ver, por ejemplo, RICARDO LUIS LORENZETTI. *Responsabilidad Civil de los Médicos*. Buenos Aires. Rubinzal-Culzoni Editores, 1997. Tomo II, pág. 218.

<sup>4</sup> MAZAUD Y TUNC. *Tratado teórico y práctico de la responsabilidad civil delictual y cuasidelictual*. Buenos Aires. Ediciones Jurídicas Europa-América, 1962. Tomo I, Volumen II, pág. 405.

*ser aplicada de manera general sino que en cada caso el juez debía establecer cuál de las partes estaba en mejores condiciones de probar la falla o su ausencia. Dijo la Sala:*

*“..no todos los hechos y circunstancias relevantes para establecer si las entidades públicas obraron debidamente tienen implicaciones técnicas y científicas. Habrá que valorar en cada caso, si estas se encuentran presentes o no. Así, habrá situaciones en las que, es el paciente quien se encuentra en mejor posición para demostrar ciertos hechos relacionados con la actuación de la entidad respectiva. Allí está, precisamente, la explicación del dinamismo de las cargas, cuya aplicación se hace imposible ante el recurso obligado a la teoría de la falla del servicio presunta, donde simplemente se produce la inversión permanente del deber probatorio”<sup>5</sup>.*

*Sin embargo, se advirtió en la práctica jurisprudencial que la aplicación de esa regla probatoria traía mayores dificultades de las que podría ayudar a solucionar, pues la definición de cuál era la parte que estaba en mejores condiciones de probar determinados hechos relacionados con la actuación médica, sólo podía definirse en el auto que decretara las pruebas y nunca en la sentencia. Lo contrario implicaría sorprender a las partes atribuyéndoles los efectos de las deficiencias probatorias, con fundamento en una regla diferente a la prevista en el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil, en un momento procesal en el que ya no tenían oportunidad de ejercer su derecho de defensa aportando nuevas pruebas.*

*Pero, señalar en el auto de decreto de pruebas la distribución de las cargas probatorias es en la práctica sumamente difícil, dado que para ese momento el juez sólo cuenta con la información que se suministra en la demanda y su contestación, la que regularmente es muy incipiente.*

*Los reparos anteriores han sido controvertidos por los defensores de la teoría de las cargas dinámicas de las pruebas, con fundamento en la existencia del deber de lealtad que asiste a las partes en el proceso, el cual*

---

<sup>5</sup> Sentencia del 10 de febrero de 2000, Exp: 11.878. En el mismo sentido, sentencia del 8 de febrero de 2001, Exp: 12.792.

*les obliga a suministrar todos los medios de que disponen para acreditar la veracidad de los hechos y, en consecuencia, que bien puede el juez en la sentencia hacer correr a la parte negligente con los efectos adversos de su omisión probatoria.*

*Sin embargo, no es necesario modificar las reglas probatorias señaladas en la ley para hacer efectivas las consecuencias que se derivan de la violación del deber de lealtad de las partes, dado que el artículo 249 del Código de Procedimiento Civil, establece que el juez podrá deducir indicios de su conducta procesal.*

*Así, por ejemplo, de la renuencia a suministrar la historia clínica, o hacerlo de manera incompleta, o no documentar datos relevantes de la prestación médica, puede inferirse el interés de la parte de ocultar un hecho que le resulta adverso a sus intereses; como puede serlo también en contra de la parte demandante, el negarse a la práctica de un examen médico con el fin de establecer la veracidad de las secuelas que hubiera podido derivarse de una intervención, o el ocultar información sobre sus antecedentes congénitos, que por ejemplo, pudieran tener incidencia sobre la causa del daño aparentemente derivado de la intervención médica.*

*Por eso, de manera reciente la Sala ha recogido las reglas jurisprudenciales anteriores, es decir, las de presunción de falla médica, o de la distribución de las cargas probatorias de acuerdo con el juicio sobre la mejor posibilidad de su aporte, para acoger la regla general que señala que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el proceso todos los elementos que la configuran, para lo cual se puede echar mano de todos los medios probatorios legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indiciaria que pueda construirse con fundamento en las demás pruebas que obren en el proceso, en especial para la demostración del nexo causal entre la actividad médica y el 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 trasladada al Estado la carga de desvirtuar una presunción que falló, en una materia tan compleja, donde el alea 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 este 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. Por eso, el énfasis debe centrarse en la exigencia institucional de llevar las historias clínicas de manera tan completa y clara que su solo estudio permita al juez, con la ayuda de peritos idóneos si es necesario, establecer si hubo o no responsabilidad estatal en los daños que aduzcan sufrir los pacientes como consecuencia de la prestación del servicio médico.”<sup>6</sup>*

## **2.1. Del Daño**

El artículo 90 constitucional dispone que el Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas. Esta responsabilidad del Estado se hace patente cuando se configura un daño, el cual deriva su calificación de antijurídico atendiendo a que el sujeto que lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar el perjuicio, tal como ha sido definido por la jurisprudencia de esta Corporación.

Los elementos que sirven de fundamento a la responsabilidad son esencialmente el daño antijurídico y su imputación a la administración, en la cual debe acreditarse la relación entre la conducta y el daño y la razón por la cual las consecuencias de esa afectación deben ser asumidas por el Estado.

Al respecto, la Sala en recientes pronunciamientos ha considerado que:

---

<sup>6</sup> Consejo de Estado; Sección Tercera, Sentencia del 31 de agosto de 2006, Exp. 15772; C.P. Ruth Stella Correa.



“(…)

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

*“La antijuridicidad del daño va encaminada a que no sólo se constate la materialidad y certidumbre de una lesión a un bien o interés amparado por la ley, sino que, precisamente, se determine que la vulneración o afectación de ese derecho contravenga el ordenamiento jurídico, en tanto no exista el deber jurídico de tolerarlo.*

*“Como se aprecia, el daño antijurídico es el principal elemento sobre el cual se estructura la responsabilidad patrimonial de la administración pública, a la luz del artículo 90 de la Carta Política, entidad jurídica que requiere para su configuración de dos ingredientes: i) uno material o sustancial, que representa el núcleo interior y que consiste en el hecho o fenómeno físico o material (v.gr. la desaparición de una persona, la muerte, la lesión, etc.) y ii) otro formal que proviene de la norma jurídica, en nuestro caso de la disposición constitucional mencionada.<sup>7</sup>*

*“En ese orden, el daño antijurídico no puede ser entendido como un concepto puramente óptico, al imbricarse en su estructuración un elemento fáctico y uno jurídico; se transforma para convertirse en una institución deontológica, pues sólo la lesión antijurídica es resarcible integralmente en términos normativos (artículo 16 de la ley 446 de*

---

<sup>7</sup> Cf. DE CUPIS, Adriano “El Daño”, Ed. Bosch, Barcelona, 2ª edición, 1970, pág. 82.

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

*“De allí que, sólo habrá daño antijurídico cuando se verifique una modificación o alteración negativa fáctica o material respecto de un derecho, bien o interés legítimo que es personal y cierto frente a la persona que lo reclama, y que desde el punto de vista formal es antijurídico, es decir no está en la obligación de soportar porque la normativa no le impone esa carga.”<sup>8</sup>*

En este caso, de acuerdo con las pruebas allegadas, el daño se concretó en la muerte de la señora Amelia Cuellar de Lamilla, quien fue intervenida quirúrgicamente en el Hospital de Pitalito y posteriormente falleció por una encefalopatía hipóxica, crisis hipertensiva severa y edema cerebral; complicaciones que según los demandantes, fueron producto de una atención descuidada y negligente por parte del personal médico y paramédico del Hospital.

## **2.2. De las pruebas**

Regular y oportunamente se allegaron al proceso las siguientes pruebas:

1. Registro civil del matrimonio celebrado entre Amelia Cuellar y Miguel Enrique Lamilla Hidalgo (f. 25 cuad. 1).
2. Certificados expedidos por el Notario Único del Círculo de Pitalito – Huila, en los que consta que en los libros del Registro Civil de Nacimiento están registrados Orlando, Sandra Mireya y Wilson Reinaldo Lamilla Cuellar como hijos de Amelia Cuellar y Miguel Enrique Lamilla (f. 26 a 28 cuad. 1).
3. Certificado de inhumación de la señora Amelia Cuellar, expedido por el DANE, en el que se registra que esta falleció el 3 de diciembre de 1992 y como causa de la muerte se registró edema cerebral (f. 24 cuad. 1).
4. Historia clínica de la señora Amelia Cuellar, remitida por el Hospital General de Neiva (f. 31 a 44 cuad. 1).
5. Historia clínica de la señora Amelia Cuellar, sobre la atención prestada en el Hospital Regional de Pitalito (f. 45 a 58 cuad. 1).

---

<sup>8</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C, sentencia del 1º de febrero de 2012, Exp. 21.466

6. Registro civil de defunción de la señora Amelia Cuellar de Lamilla, en el que se registró como causa de la muerte, Encefalopatía hipóxica, crisis hipertensiva severa y edema cerebral (f. 59 cuad. 1).
7. Informe del Comité de Auditoría Médica del Hospital Regional de Pitalito (f. 60 a 61 cuad. 1).
8. Declaración juramentada rendida ante la Procuraduría Provincial de Garzón, por el doctor Ramón Eduardo Cabarcas Beleño (f. 62 a 66 cuad. 1).
9. Hoja de vida del doctor Jaime Tobías Correa Henríquez, remitida por el Jefe de Personal del Hospital Regional de Pitalito (f. 219 a 390 cuad. 1).
10. Testimonios rendidos por Luz Celly Ramírez Sarmiento, Alfonso Hermida Cuellar, Rosa Madys Escarpeta, Nancy Ortíz Salazar, William Gómez Delgado; y los doctores Fabio Laureano Otero Amézquita y Silvio Gómez Claros (f. 651 a 686 cuad. 2).
11. Informe rendido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses Seccional Huila, absolviendo el cuestionario elaborado por el Hospital Regional de Pitalito. (f. 687 a 688 cuad. 2).
12. Informe rendido por la Universidad Surcolombiana de Neiva, dando respuesta al cuestionario elaborado por la Caja Nacional de Previsión Social -CAJANAL--, sobre la atención de la paciente (f. 520 a 522 cuad. 3).
13. Testimonios rendidos por Fanny Motta Perilla, Guillermo León Basto Tovar, Aura Nelly Ortíz Murcia, Luz Celly Ramírez Sarmiento, Rubiela Ordóñez Mahecha y el doctor Alejandro Burbano Vargas (f. 562 a 575 cuad. 3).

### **2.3. La imputación**

Según la posición jurisprudencial que ha manejado la Corporación, los casos de falla médica son revisados actualmente bajo el régimen de la falla probada del servicio, en el cual no solo debe demostrarse la existencia de un daño, sino también su imputabilidad a la entidad que se demanda.

Sobre la prueba del daño tenemos que el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil, ha sido enfático en afirmar *“Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen...”*, no es suficiente que en la demanda se hagan afirmaciones sobre la

existencia del daño, porque *“el demandante no puede limitarse, si quiere sacar avante su pretensión, a hacer afirmaciones sin respaldo probatorio”*<sup>9</sup>.

Manifiestan los demandantes que la muerte de la señora Amelia Cuellar de Lamilla se produjo como consecuencia de la deficiente prestación del servicio médico recibida por parte de la institución demandada, pues i) no se le indicaron las condiciones físicas en las que debía presentarse para la realización del procedimiento médico, ii) Una vez terminado el procedimiento, fue abandonada en un pasillo sin atención médica, y sin que el corredor contase con instrumentos mínimos para monitorear a la paciente y brindarle una recuperación adecuada, así como tampoco se le podían suministrar medicamentos para superar la crisis que presentó, y iii) el personal médico respondió tardíamente a los requerimientos de la paciente, y esta solo recibió ayuda, cuando una de las enfermeras notó por casualidad, que se encontraba midriática y cianótica, cuando ya era demasiado tarde y había sufrido el daño neuronal que posteriormente provocó su muerte.

Ahora bien, es menester que la Sala entre a estudiar si lo alegado por la parte demandante se encuentra acreditado en el proceso o si al menos se cuenta con indicios que permitan determinar la existencia de elementos que permitan imputar el daño al Estado.

Sobre el particular, la Sala ha expresado que:

*“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”*<sup>10</sup>.

*Vale señalar que en materia de responsabilidad estatal, el asunto no puede ser resuelto con la sola constatación de la intervención causal de la actuación médica, sino que esa actuación debe ser constitutiva de una falla del servicio y ser ésta su causa eficiente. Esa afirmación resulta relevante*

---

<sup>9</sup> Consejo de Estado; Sección Tercera, Sentencia del 1 de febrero de 2012, Exp. 21466; C.P. Enrique Gil Botero.

<sup>10</sup> Ver, por ejemplo, sentencias de 14 de julio de 2005, exps: 15.276 y 15.332.

*para aclarar que si bien de conformidad con lo previsto en el artículo 90 de la Constitución, el derecho a la reparación se fundamenta en la antijuridicidad del daño, no es suficiente verificar que la víctima o sus beneficiarios no estaban en el deber jurídico de soportarlo para que surja el derecho a la indemnización, sino que se requiere que dicho daño sea imputable a la Administración, y no lo será cuando su intervención aunque vinculada causalmente al daño no fue la causa eficiente del mismo sino que éste constituyó un efecto<sup>11</sup> no previsible o evitable, de la misma enfermedad que sufría el paciente<sup>12</sup>.*

En el *sub lite*, se cuenta con la historia clínica de la paciente, en la cual se registraron los pormenores de su atención en el Hospital Regional de Pitalito. La historia clínica está compuesta de la epicrisis, el informe quirúrgico, el informe de anestesia, las anotaciones de evolución, órdenes médicas, administración de medicamentos, control de signos vitales y resultados de exámenes de laboratorio.

De la historia clínica, folios 56 a 58 del cuaderno 1, se destacan los siguientes apartes:

---

<sup>11</sup> Consejo de Estado; Sección Tercera, Sentencia del 31 de agosto de 2006, Exp. 15772; C.P. Ruth Stella Correa.

<sup>12</sup> En este sentido, ver por ejemplo, el caso referido por Fernando Pantaleón "Responsabilidad Médica y Responsabilidad de la Administración". Madrid, Editorial Civitas S.A., 1995, 91 p., quien criticó la sentencia proferida por el Tribunal Supremo el 14 de junio de 1991, cuyos supuestos de hecho y fundamentos de la decisión relacionó así: "doña María Teresa F.C. ingresó en una Residencia Sanitaria de la Seguridad Social presentando aneurismas gigantes en ambas carótidas. El cirujano que la intervino optó por reducir primero el aneurisma del lado derecho, y al no ser posible obliterar su cuello, con un clip de Hefetz, se decidió por ocluir la carótida proximal al aneurisma con el mismo clip. Unos días después, la paciente sufrió una hemiparasia braquiofacial izquierda, que le ha dejado graves secuelas. La falta de riego sanguíneo al cerebro que la produjo –al no suministrar la otra carótida, contra lo sensatamente previsible, un mayor flujo de sangre- fue precipitada por una estenosis en la carótida izquierda, probablemente relacionada con una inyección sub-intimal necesaria para la práctica de las angiografías previas a la intervención; por lo que, aunque la actuación del cirujano fue irreprochable desde el punto de vista de la *lex artis* (pues *ex ante* no había motivo para pensar que los riesgos para la paciente eran mayores por ocuparse primero del aneurisma del lado derecho), *a posteriori* podía afirmarse que hubiera sido mejor opción resolver en primer lugar el aneurisma de la carótida izquierda". Se consideró en dicho fallo que si bien el médico responsable no había obrado de manera culpable, su actuación sí tenía incidencia causal en la producción del daño y que, por lo tanto, se estaba en presencia de un supuesto de responsabilidad patrimonial de carácter objetivo, por lo que había lugar a concederle una indemnización, excluyendo de la misma resultados lesivos inherentes a la gravísima situación clínica en la que se encontraba la paciente al momento de su ingreso y sus complicaciones posteriores. Sentencia que el autor juzgó irrazonable, en el marco de la responsabilidad que se predica en España, a partir de la verificación de que la víctima sufrió un daño que no estaba en el deber jurídico de soportar y en el que intervino causalmente la Administración, sin incurrir en falla alguna del servicio, ni tratarse de "daños cuasiexpropiatorios o de sacrificio", esto es, los que aparezcan como consecuencia directa de actuaciones administrativas lícitas. Críticas que bien podrían tener su aplicación en la responsabilidad patrimonial que establece el artículo 90 de la Constitución y que para algunos doctrinantes debería ser suficiente para deducir la responsabilidad.

## **“EPICRISIS**

*Pcte de 44 años de edad quien ingresó para cirugía, con ID de (ilegible), se pasa a sala de cirugía oct-5-92 se le aplicó anestesia peridural para realizarle colpo, al momento de comenzar la cirugía pcte presentó sangrado vaginal abundante, por lo cual se suspendió (sic) la cirugía (sic) (colpo). Entonces se realizó (sic) legrado biopsia sin complicaciones.*

## **INFORME QUIRURGICO**

### **Diagnóstico**

*Pre-Operatorio      Metrorragia*

*Post-Operatorio    Idem*

### **Intervención practicada y tipo de anestesia**

*5 10 92*

*Intervención practicada    Legrado uterino*

*Tipo de anestesia    Peridural*

### **Descripción de hallazgos operatorios, Procedimientos y Complicaciones**

*Procedimientos normales*

*Legrado biopsia. Acto sin complicaciones.*

## **EVOLUCION**

*4 10 92      18    Paciente ingresa al servicio de P-P- para ser hospitalizada: Pendiente para una colpo:*

*18 ½    El Dr. Correa la valoró y (ilegible) ordenó tb. (sic) ativan: Pendiente para cirugía:*

*5 10 92      06    Pcte pasa bien la noche durmió tranquila, (ilegible) para (ilegible) intervención quirúrgica, Pasa por el Dtor (sic) Gómez.*

*10:0    Bajo efectos de anestesia peridural administrada por Dr. Correa. Dr. Gómez realiza legrado uterino; por no poder*

*hacerse la colpo-perineorafí (sic). Paciente con sangrado vaginal abundante.*

*Paciente con S.V. T.A. 150/90 P: 84x'. R: 18x'. Fanny Motta*

*11:30 Paciente se pasa de la sala de cirugía. S.V. T.A. 130/80 P-90x'.*

*12:0 Paciente presenta crisis hipertensiva T.A. 220/120*

*12:30 T.A. 240/140*

*Se le coloca droga I.V. se entuba, se relaja, se ceda (sic)*

*12:45 T.A. 140/80 P. 98x'*

*13:15 T.A. 130/70 P: 100x' Fanny Motta.*

*5 X 92*

*14:00 MEDICINA INTERNA*

*P: 1- POP inmediato legrado uterino*

*S: Pte quien 5 minutos después ha (sic) procedimiento de legrado uterino presenta cuadro clínico consistente en disnea – agitación – piloerección y se (ilegible) TA: 220/120.*

*O: TA: (ilegible) R: 28 P: 125.*

*Mucosas: Húmedas*

*Cuello: (ilegible)*

*CP: RsCsRts FC: 125 (ilegible) normal.*

*Abdomen: (-)*

*Extremidades (-)*

*Neurológico: Sedada – (ilegible)*

*I: Pte (ilegible) procedimiento (legrado uterino) con (ilegible) simpática.*

*Plan: Se maneja con (ilegible) sódico 125 mg y se (ilegible) 2mg.*

13:00 Recibo pte en sala de quirófano en camilla intubada en mal estado general. T.A. 110/60

El Dr. Lozano y Dr. Correa ordenan medicamentos IV.

15:00 Se votan (sic) 1.000 cc de orina amarillo claro eliminados por sonda vesical.

17:00 Se votan (sic) 700 cc de orina amarillo claro x (sic) sonda vesical (sic)

19:00 Pte fue remitida a Neiva en mal estado general.

#### ORDENES MEDICAS

4 10 92      14H   I      Preparar para colpo mañana 8AM  
                                II      Erevan evacuante (ilegible) 4pm 10pm.  
                                III     Dieta líquida  
                                IV     Valoración anestesiología  
                                V      Control signos vitales

4 X 92(hora ilegible)      Ativan 2 (ilegible) # 2.  
  Darle media tab a las 20:00 hs hoy y mañana a las 6:00 hs.

5 10 92      11+30 Suspendida cirugía colpo por sangrado vaginal abundante con coagulos (sic) (Regla)  
                        Se realiza legrado uterino biopsia.  
                        I      Pdnt (sic) legrado  
                        I      LEN mantenimiento  
                        II     Dieta normal por hoy  
                        III    Control signos vitales y sangrado vaginal  
                        Mañana nueva valoración.”

Igualmente, obra en el expediente acta suscrita por el comité de auditoría médica del Hospital Regional de Pitalito, en cabeza del Jefe de atención médica y coordinador de anestesia del hospital, visible a folios 60 y 61 del cuaderno 1, en los siguientes términos:



*“La paciente AMELIA CUELLAR, ingresó el día 4 de octubre de 1992 a las 6:00 pm, al servicio de Pensión A del Hospital, para que se le realizara una Colpo-perineorrafia el día 5 de octubre de 1992. En la historia clínica aparecen ordenes (sic) médicas, tanto del ginecólogo como del anestésista pero no hay nota de ingreso del primero, ni valoración pre-anestésica del segundo. No hay una nota médica que describa el estado general de la paciente a su llegada al Hospital; salvo una nota de enfermería que sugiere un buen estado físico y emocional de la paciente la noche anterior a su accidente en cirugía el día 5 de octubre de 1992.*

*La hoja del informe anestésico (SIS.419), no fue diligenciada en lo concerniente a la valoración pre-anestésica.*

*La paciente ingresa al quirófano a las 11:00 am, con TA: 150/80. A las 11:10 am, se aplica por vía “Epidural”: Bupivacaína 82.5 mgrs., con 100 microgramos de Fentanyl.*

*No hay nada en el informe anestésico que ilustre sobre la técnica utilizada, el inter – espacio vertebral escogido, ni el nivel sensitivo y motor alcanzado por el bloqueo anestésico efectuado.*

*El legrado uterino realizado por decisión ulterior a la paciente, supuestamente por sangrado menstrual (como figura en el informe anestésico), o por sangrado abundante (como lo define el ginecólogo), tuvo una duración de 10 minutos.*

*Poco mas (sic) tarde, (aproximadamente 10 minutos después), la paciente es sacada del quirófano y queda sola en el pasillo.*

*La auxiliar LUZCELLY RAMIREZ quien se encontraba asistiendo un parto, salió en esos momentos de sala de partos y encontró a la finada AMELIA sin movimientos respiratorios, cianótica y midriática, dando parte enseguida a la jefe MARIA EMILIA TORRES, quien informó lo sucedido al doctor JAIME CORREA. La mencionada Jefe decidió entonces, continuar con la atención del parto y ordenó a la Auxiliar LUZCELLY RAMIREZ quedarse en la asistencia de la finada.*

*El doctor CORREA ordena en esos momentos en el pasillo algunas drogas antihipertensivas y luego decide llevar nuevamente a la paciente en mención al quirófano para realizar la intubación de la traquea (sic) y oxigenarla.*

*Por lo anterior, podía pensarse, que la Bupivacaína, además de su efecto prolongado (entre 3 y 5 horas) pudo alcanzar un nivel de bloqueo motor muy alto, al punto de comprometer seriamente la mecánica ventilatoria, sumandose (sic) a esta situación, el efecto depresor respiratorio del Fentanyl, llevando a la paciente a hipercapnia, lo cual generó una descarga adrenérgica inicialmente, caracterizada por hipertensión, taquicardia y midriasis, que cedieron posteriormente con el restablecimiento de la mecánica ventilatoria y la consiguiente oxigenación, aunque ya se había establecido el daño neurológico irreversible de la paciente.*

*En la historia clínica de la finada AMELIA CUELLAR, se observa discordancia entre la hora utilizada por los médicos y las enfermeras; ya que estas últimas no se acogieron en su totalidad al cambio de hora decretado oficialmente”.*

Continuando con la valoración probatoria, a folios 687 y 688 del cuaderno 2, se encuentra que el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, rindió informe suscrito por un Médico Patólogo, absolviendo los interrogantes planteados por el apoderado del Hospital Regional de Pitalito, el día 30 de enero de 2003.

Ahora bien, sobre este aspecto es importante destacar que mediante oficio remitido el 17 de septiembre de 2002, por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Neiva, se informó que estos no contaban con perito anesthesiologo.

Posteriormente, el 26 de noviembre de 2002, la Seccional Bogotá del Instituto Nacional de Medicina Legal solicita al Tribunal la remisión del oficio a través del cual se le ordena a dicha entidad la suscripción de un dictamen pericial, así como también, advierten que en la documentación enviada no obra la hoja de registro ni de valoración pre-anestésica de la paciente, y solicitan su envío.

Una vez recibidos los documentos requeridos al Tribunal, el Instituto de Medicina Legal Seccional Bogotá, remite a la ciudad de Neiva los documentos para que este emita el correspondiente dictamen.

Posteriormente, el 30 de enero de 2003, la Seccional de Neiva del Instituto de Medicina Legal, rinde dictamen pericial sobre los hechos objeto de la demanda.

Del dictamen pericial, se desprende lo siguiente:

*“1.- Desea el abogado establecer si la indicación de la técnica anestésica empleada en la cirugía de la señora AMELIA CUELLAR fue adecuada.*

**Respuesta:** *la elección de la técnica de anestesia para un paciente depende de varios factores como son el tipo de cirugía, las condiciones físicas del paciente, la habilidad del anesthesiólogo y la misma decisión del enfermo, en todo caso es el anesthesiólogo de común acuerdo con el paciente y el cirujano quien define la técnica a emplear; en el caso en mención se utilizó como técnica anestésica una anestesia peridural (epidural) para una cirugía ginecológica (colpo-perineorafía (sic)), este tipo de anestesia es muy usado en procesos ginecológicos y el trabajo de parto, es una muy buena elección para cirugías como la que le practicaría a la señora AMELIA CUELLAR, fue adecuada la decisión en la elección de la técnica anestésica.*

*2.- Desea establecer también el abogado si la suspensión del acto quirúrgico inicialmente programado ante el imprevisto presentado se justificaba médicamente.*

**Respuesta:** *la señora AMELIA CUELLAR iba a ser sometida a un procedimiento quirúrgico en la región vaginal y perineal; hasta el momento de iniciarse el procedimiento no presentaba signos de sangrado uterino, al iniciarse el procedimiento el cirujano encontró sangrado uterino y suspendió el procedimiento inicial, si bien la decisión de suspender una cirugía es completamente autónoma del cirujano quien define el criterio de su suspensión, en el caso que nos ocupa y ante la posibilidad de contaminación del campo quirúrgico, la posibilidad de mayor sangrado intraoperatorio y el desconocimiento de la causa del mismo, se justificaba su suspensión hasta tanto el proceso de sangrado cesara y se aclarara su causa; ahora bien en un sangrado uterino en mujeres mayores de 40 años debe investigarse su causa, para ello es necesario una muestra de*

endometrio lo cual puede obtenerse bien por una biopsia, bien por un legrado, en este caso el cirujano aprovecho (sic) el proceso anestésico y decidió tomar el legrado, legrado que no solo permite establecer un diagnóstico patológico sino que a la vez es terapéutico.

3.- Se quiere establecer la incidencia de la generalización del proceso anestésico epidural en un caso como el que nos ocupa.

**Respuesta:** el término incidencia hace referencia a un valor estadístico que representa la ocurrencia de un determinado fenómeno dentro de una muestra o población, indica el número de casos que se presentan dentro de un universo específico y en un lapso de tiempo determinado, es diferente para cada institución y depende del número de procedimientos similares que se practican, el número de incidentes que se presentan, las condiciones de trabajo en cada lugar, la experiencia del personal y los registros que lleven. Solo la institución afectada en este caso en su práctica cotidiana, para ello se requiere conocer el número total de procedimientos anestésicos similares en un lapso de tiempo, generalmente un año, el número de incidentes como el que nos ocupa en el mismo lapso de tiempo, generalmente se puede calcular científicamente la incidencia que pretende el peticionario. Ahora bien dentro de la literatura médica las complicaciones mas (sic) comunes en este tipo de anestesia tienen que ver con la presencia de hipotensión, hemorragias, abscesos, la inyección intravascular del anestésico por perforación de un vaso, provoca cuadros de convulsiones, trastornos cardiacos y muerte sin (sic) no se trata a tiempo; la crisis hipertensiva no la registra la literatura como complicación directa de este tipo de procedimiento, sin embargo puede ser desencadenada por los cambios de hipoperfusión localizada en algunos órganos como son el riñón y el cerebro.

4.- Por último el peticionario quiere establecer si las maniobras de reanimacion (sic) que se realizaron una vez presentado el incidente fueron las indicadas.

**Respuesta:** la señora AMELIA CUELLAR después de terminar el procedimiento de legrado, presentó una crisis hipertensiva y convulsiones detectada y manejada con diuréticos (lasix), anticonvulsionantes (epamín), sedación (valium, rivotril) medidas antiedema cerebral (celestone, osmotrol), apoyo ventilatorio (entubación) controlándose parcialmente, remitiéndose a un centro de atención de mayor nivel (Hospital General de Neiva); como consecuencia de esta crisis se genera una hipoxia cerebral con edema que

*ocasiona su estado de coma y el posterior déficit neurológico. El manejo de esta complicación se encuentra dentro de los parámetros esperados, teniendo en cuenta las condiciones del sitio y personal disponible”.*

Adicionalmente, en folios 520 a 522 del cuaderno 3, la Universidad Sur Colombiana, dando cumplimiento a la solicitud hecha por el Tribunal, en virtud del cuestionario elaborado por la Caja Nacional de Previsión Social –CAJANAL-, allegó informe firmado por el Coordinador del posgrado de anestesiología y 5 docentes del área, en el que se lee:

***“1. Defina el concepto de consulta preanestésica, ¿Cómo se realiza y cual (sic) es su objetivo?***

*Acogiéndonos a las “Normas Mínimas de Seguridad en Anestesiología” de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación SCARE año 2000, en su numeral 1.1. “Evaluación preanestésica” del paciente electivo, la incluye como un manejo preanestésico en donde se establece el estado clínico previo, el riesgo preanestésico según la clasificación de la American Society of Anesthesiologists ASA y se define el manejo peri y postanestésico del paciente.*

*La consulta/interconsulta anestésica debe incluir: Antecedentes, estado clínico actual, revisión de exámenes paraclínicos y de interconsultas pertinentes, establecimiento del riesgo anestésico con información al paciente y/o familiares con obtención del consentimiento escrito, si es pertinente.*

*El numeral 1.1.4 dice que... “las normas anteriores pueden omitirse en pacientes de urgencias...”*

***2. ¿Cual (sic) es el procedimiento (sic) medico (sic) usado para evaluar el estado de salud de una persona?***

*La consulta médica (...)*

Visible a folio 50 del cuaderno 1, se encuentra el informe de anestesia en el que consta la siguiente información:

***“EVALUACION PREANESTESICA***

***T.A. 15/0***

***DIAGNOSTICO: Colpocistocele. Luc. Esfuerzo.”***

Los campos de Operación propuesta, historia de antecedentes generales y específicos, facilidad, tipo de anestesia, resumen del plan y estado psicológico, así como el campo de aceptación o rechazo por parte del paciente del procedimiento, la solicitud de premedicación y sangre para la cirugía y la firma del anesthesiologo, se encuentran en blanco.

Continuando con el documento en mención, se encuentra que el campo previsto para el postoperatorio de recuperación, también se encuentra en blanco.

Finalmente, en el registro de anestesia se consignó como diagnóstico preoperatorio sangrado menstrual, la operación realizada fue un legrado, y que participaron el doctor Correa como anesthesiologo y el doctor Gómez como cirujano.

La hora de la cirugía fue las 12:00, se usaron como agentes anestésicos Bupivacaína 82.5 mg y Fentanyl (ilegible).

En el área dispuesta para establecer el estado de la paciente al llegar al quirófano se registró que este era *Regular*, y el estado de la paciente al salir del quirófano se consignó como *Regular*.

Ahora bien, de los testimonios rendidos dentro del proceso, es importante destacar lo manifestado por el doctor Fabio Laureano Otero Amézquita, Coordinador de la Caja Nacional de Previsión Social –CAJANAL-, quien confirma que para la época de los hechos se exigía una valoración pre-anestésica, acompañada de estudios médicos, la cual debía estar debidamente consignada en la historia clínica del paciente (f. 671-673 cuad. 2):

*“(...) PREGUNTADO: Díganos qué estudios previos al procedimiento quirúrgico se le realizan al paciente para someterlo a una cirugía. Y en este caso, Colpoperineorrafia? CONTESTO: Es una cirugía electiva porque no es urgente; exámenes los de rutina, sangre, corazón, todo eso. Pero así sea electiva se puede complicar. Se hace su valoración, por eso el paciente se hospitaliza el día anterior. PREGUNTADO: Esa valoración preanestésica (sic) debe reposar en la historia clínica del paciente? CONTESTO: Sí (...)”.*

De los testimonios rendidos dentro del proceso, se destaca:

Luz Celly Ramírez Sarmiento (f. 651 a 654 cuad. 2):

*“(...) Pues yo conocí a la señora Amelia Cuéllar, como compañera de trabajo en el hospital, solamente por el trabajo, era ayudante de enfermería; casi no trabajé con ella (sic) directamente, pero recuerdo más es el día que la iban a operar, yo estaba de turno en cirugía; a mí no me correspondía la sala donde a ella (sic) la iban a operar, pero como compañera de trabajo yo fui (sic) y la saludé, hablé con ella (sic), estaba un poco nerviosa por la cirugía pero al mismo tiempo normal, estable; la saludé, le desee (sic) suerte y me fui (sic) para donde me correspondía, (Sala de Partos); cuando me dí (sic) cuenta nuevamente era porque ella estaba en el pasillo de recuperación y luego pues cuando ya se complicó que nos tocó a todas colaborar en la sala de cirugía nuevamente. En la sala de cirugía se le hicieron unas maniobras de intubación y se le colocaron unos medicamentos para sacarla del paro respiratorio, luego a la una de la tarde terminado mi turno, ella (sic) quedó en iguales condiciones, pendiente de remisión a Neiva. Eso es lo que tengo que decir. PREGUNTADO: Díganos en qué lugar encontró usted a la señora Amelia Cuéllar (sic) cuando ocurrieron los hechos que usted acaba de narrar? CONTESTO: Estaba en la sala de recuperación. PREGUNTADO: Díganos qué personas son las encargadas de revisar a los pacientes cuando están ya en la sala de recuperación? CONTESTO: Las mismas (sic), asignadas, lo que pasa es que son varias salas, la auxiliar de recuperación, hay un personal encargado de eso, solo para la sala de recuperación. PREGUNTADO: Díganos si recuerda usted para el caso de la señora Amelia Cuéllar, qué persona (sic) fue quien primero se percató del paro (sic) que ella (sic) presentaba? CONTESTO: No, porque yo estaba en otra sala, cuando salí ya estaban atendiéndola (sic), el anestecilogo (sic) y todos, no sé quien (sic) fue el primero que se dio (sic) cuenta. PREGUNTADO: Cómo es cierto sí o nó (sic), que usted enteró a la enfermera María Emilia Torres de Vásquez, de la complicación que estaba presentando Amelia? CONTESTO: Pues en ese momento yo no recuerdo eso, sinceramente, cuando yo salí ya la estaban atendiendo, le tenían oxígeno (sic), estaba todo el personal ahí, el doctor Silvio. Yo me di (sic) cuenta cuando llegué a hí (sic), cuando salí porque como a mí me correspondía otra sala (...)”*

Rosa Madys Scarpetta Rojas (f. 659 a 662 cuad. 2):

*“(...) Yo a Amelia la conocí (sic) como compañera de trabajo, nos otcó (sic) laborar en la misma Sección. Como persona era de ambiente buena amiga, las cuestiones laborales nos comentábamos o cuestiones de índole personal o de la familia. El día anterior a la cirugía (sic) tuvimos una reunión en mi casa que le estábamos celebrando el cumpleaños a la hermana Emilia que era la jefe míaen (sic) ese momento. Ese día departimos comida y tomamos unos traguitos, el día antes de la cirugía. Ella ese día tenía que presentarse a las dos de la tarde pero se presentó a las 5 de la tarde. María Antonia Lizcano la llevó al Hospital. Se hospitalizó ese día, yo llegué a trabajar a la una de la tarde y una compañera me comentó que Amelia se había complicado despues (sic) del pos operatorio (sic). Como a las 3 de la tarde la hermana Emilia dijo que quie (sic) quería viajar con ella para dejarla en Neiva, yo me ofrecí para ír (sic) con ella y otra compañera fuimos con el Doctor Correa a llevarla a Neiva. En el camino íbamos en la ambulancia y se le estaba dando ambú y como el médico se cansaba entónces (sic) nosotros le colaborabamos (sic) el aplicarle tratamiento porque ella combulsionó (sic) en varias ocasiones. El Doctor Correa hizo entrega de ella en la Usi (sic) a los encargados de la unidad, explicó como (sic) había pasado durante el camino y nos devolvimos para acá (...)”*

Doctor Fabio Laureano Otero Amézquita (f. 671 a 673 cuad. 2):

*“(...) Yo recuerdo que a la señora le hicieron una operación en el hospital y que se complicó y que falleció, no recuerdo (sic) más porque hace como ocho años. (...) PREGUNTADO: Díganos qué estudios previos al procedimiento quirúrgico se le realizan al paciente para someterlo a una cirugía. Y en este caso, Colpoperineorrafia? CONTESTO: Es una cirugía electiva porque no es urgente; exámenes (sic) los de rutina, sangre, corazón, todo eso. Pero así sea electiva se puede complicar. Se hace su valoración, por eso el paciente se hospitaliza el día anterior. PREGUNTADO: Esa valoración preanestésica (sic) debe reposar en la historia clínica del paciente? CONTESTO: Sí (...) preguntado: Díganos si recuerda qué fue lo que le sucedió a doña Amelia Cuéllar (sic) de Lamilla? CONTESTO: A pesar de ser una cirugía electiva, hay que pasar por todos*



*los requisitos prequirúrgicos, pueden ocurrir muchas complicaciones imprevistas, como una emboliagrasa, un paro cardíaco, un tromboembolismo pulmonar que son complicaciones graves que pueden llevar a la muerte. Tocaría revisar la historia clínica y mirar, los informes, mirar órdenes de la necropsia para concluir (sic). Yo no recuerdo lo que pasó en este caso (...)"*

Fanny Motta Perilla (f. 562 a 566 cuad. 3):

*"(...) Yo supe de la intervención que se le iba a realizar ese día, no recuerdo la fecha, pero eso fue más o menos en el año 92, y a ella la intervinieron para una COLPOPERINORRAGIA (sic), solicitó que se le hiciera la intervención quirúrgica, yo estaba de turno en la sala de Cirugía, ella iba a ser intervenida por el doctor Silvio Claros como Ginecólogo, y del doctor JAIME CORREA como anesthesiólogo, en las horas de la mañana no recuerdo la hora exacta, se paso (sic) a las 10 o 10:30 a.m. se pasó a la sala de Quirófano, yo la preparé en la mesa y minutos antes o ya estando en la mesa me solicitó Amelia el pato, porque quería eliminar y me comunicó que se encontraba con la menstruación (sic), pero que no comentara a los médicos (sic) para que su intervencion (sic) quirurgica (sic) no fuera cancelada, ella creía (sic) que por ese estado no era motivo de cancelar la cirugía; luego el doctor correa (sic) procedió a aplicar la anestesia (sic) Peridural con previo arreglo y alistamiento de todos los equipos necesarios como fue la maquina (sic) de anestesia (sic), el tensiometro (sic) laringospio (sic) tubos, cánulas endotraquiales oxígeno, CO2, aspirador, y el equipo de la anesteria (sic) peridural, como marcaina (sic), pinotoina (sic), con su previa asepsia, el doctor Correa aplicó la anestesia y yo le auxilié en el momento del procedimiento; las dosis exáctas (sic) están consignadas en la historia clínica para verificación de ella, en este momento no recuerdo la cantidad de la dosis que se aplicó, eso está o se puede verificar en la Historia Clínica. Inmediatamente ingresó el doctor Silvio Gómez al quirófano, para realizar la intervención, al realizarle el baño Ginecológico previa (sic) a la intervención, el doctor Silvio se dió (sic) cuenta que ella presentaba la menstruación (sic), el se ofusco (sic) un poco porque ella no le había comentado con anterioridad esa situación, y era un motivo para cancelar la Cirugía, el hecho de estar con la menstruación (sic) era un motivo para cancelar la intervención quirúrgica, durante este periodo*

(sic) la paciente ingreso (sic) al Quirófano con signos vitales dentro de las cifras normales, durante el período de la aplicación de la anestesia, también (sic) estuvieron estables, pasando en ese periodo (sic), más o menos media hora, el doctor Silvio decidió por estado de salud de la paciente, estar con la menstruación (sic), decidió con la paciente cancelar la cirugía y hacerle un legrado de Biopsia para aprovechar en ese momento la aplicada de la anestesia, y buscarle la posible causa de por qué estaba sangrando o si era normal el período, porque ella le comentó que su sangrado era abundante, luego fue sacada de la sala, siendo hecho el procedimiento, y ella estaba consiente (sic) con la tensión arterial normal, y frecuencia cardiaca (sic) normal, la sacamos al pasillo de la misma sala para terminar su recuperación de la anestesia por que (sic) en ese tiempo el Hospital no tenía sala de recuperación o de reanimación, estuvo como media hora en ese pasillo junto a la sala de quirófano (sic); los signos vitales están (sic) registrados en la historia con mi letra durante todo el periodo (sic) que estuvo ella en el Quirófano (sic) como en el pasillo; estando allí la paciente durante la recuperación presentó, o su tensión arterial se fue elevando, y presentó crisis (sic) Hipertensiva, también están registrados en la historia clínica, inmediatamente se llamo (sic) al doctor JAIME CORREA y el (sic) acudió inmediatamente para ver la paciente, la valoró, verificó su tensión arterial estableciendo que estaba elevada, y la pasamos juntos nuevamente a la sala de Quirófano, el doctor JAIME CORREA procedió a reanimarla, la entubó y le dio (sic) ventilación con la máquina de anestesia por que (sic) era lo único que había, el hospital no contaba y no cuenta con una sala de reanimación como lo manda las normas del ministerio de salud, no había un monitor en la sala de cirugía, se reanimó con los equipos con lo que contaba el hospital; inmediatamente yo personalmente llame (sic) al Doctor EDUARDO CABARCAS que estaba en otra sala para que nos apoyara en esta emergencia y el dijo que estaba muy ocupado y no acudió a colaborar; más o menos a las 11:30 a.m. casi (sic) medio día, el Doctor CABARCAS y el doctor ABNER LOZANO pudieron (sic) apoyarnos en la crisis hipertensiva que presentaba la paciente, ellos verificaron la reanimación y vieron que estaba bien, el doctor Abner ordenó colocarle Nitroglicerina para que su tensión arterial se estabilizara, sencillamente se le aplicó como lo ordenó el doctor. El doctor Correa en ningún momento abandonó a la paciente en todo el momento estuvo ahí pendiente de la paciente, pero a pesar de que se nos terminaba el turno de trabajo a la una de la tarde nos

*mantuvimos con ella hasta las 3 de la tarde más o menos, luego el doctor Correa viajó a la ciudad de Neiva con la paciente, al Hospital general de Neiva, para que fuera tratada y hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos de ese Hospital. La paciente antes de llevarla para Neiva estaba en coma y convulsionando; en el momento de presentar la crisis (sic) hipertensiva ella convulsionó (sic), por eso el Doctor Correa la entubó para evitar un paro respiratorio, y todos los medidos (sic) aconsejaron o decidieron que debía de trasladarse a Neiva, porque el hospital de Pitalito, no tiene todavía con una (sic) Unidad de Cuidados Intensivos. PREGUNTADO: Supo usted o se dió (sic) cuenta, que a la paciente, se le realizara valoración preanestésica? CONTESTO: Si iba con preanestesia, el día anterior el doctor Correa, le había ordenado un sedante, para que la paciente se tranquilice y duerma bien, y se le hizo una valoración de los signos vitales (...)"*

De los medios de prueba anteriormente transcritos, se desprende que efectivamente a la paciente no se le realizó una consulta pre-anestésica adecuada, en la que se determinara cuáles eran sus enfermedades de base, sus antecedentes, exámenes de laboratorio previos; ni siquiera se encuentran registros que permitan al menos inferir que la paciente fue informada del procedimiento al que iba a ser sometida, el tipo de anestesia que se le iba a aplicar, y los riesgos de dicha intervención, y a la misma conclusión arribó la misma entidad, al momento de elaborar el acta de auditoría, información que consignó en el documento en mención, y que obró como prueba documental en el presente proceso.

No obstante lo anterior, la Sala considera que el no haber consignado en la historia clínica, una valoración anestésica en debida forma, no constituye en sí misma la falla en la prestación del servicio médico, por cuanto se hace necesario acreditar que fue la ausencia de esta valoración en debida forma, la causa eficiente de la muerte de la señora Amelia Cuellar, y ello no se encuentra acreditado dentro del plenario, pues no existe un medio de convicción, en el que se establezca la causa de la muerte de la paciente.

Ahora bien, para la Sala resulta evidente, que en el *sub examine*, no se acreditaron las afirmaciones hechas por los demandantes en la demanda y en el recurso de alzada, pues no fue posible determinar a ciencia cierta, que la atención

prestada a la señora Amelia Cuellar fue deficiente, negligente o tardía, pues como se observa en la historia clínica, y se confirma por los testimonios rendidos dentro del proceso, a la paciente siempre se le brindó asistencia médica, y dos enfermeras junto con el doctor Jaime Correa, la acompañaron hasta la ciudad de Neiva para recibir atención en la Unidad de Cuidados Intensivos, haciendo uso de todos los medios con los que contaba la institución, para preservar la vida de la paciente.

En lo referente a que la entidad no contaba con una sala de recuperación adecuada, ello solo fue manifestado por una de las enfermeras, pero se echa de menos, algún otro medio probatorio que ratifique dicha información, razón por la cual, no pueden darse por ciertas dichas afirmaciones.

Finalmente, en cuanto a la imputación fáctica y jurídica a la entidad demandada, se encuentra que en el expediente no existe una prueba que establezca sin lugar a equívocos, que la muerte de la paciente sobrevino como consecuencia de una falla en la prestación del servicio médico, bien por ausencia de indicaciones prequirúrgicas, porque una vez terminado el procedimiento, fue abandonada en un pasillo sin atención médica, y sin que el corredor contase con instrumentos mínimos para monitorear a la paciente y brindarle una recuperación adecuada, o porque el personal médico respondió tardíamente a los requerimientos de la paciente, y esta solo recibió ayuda, cuando una de las enfermeras notó por casualidad, que se encontraba midriática y cianótica, cuando ya era demasiado tarde y había sufrido el daño neuronal que posteriormente provocó su muerte.

Corolario de lo anterior, resulta que no pueden despacharse favorablemente las pretensiones de la demanda, y en consecuencia, se procederá a confirmar la sentencia de primera instancia.

## **2.6. La condena en costas**

Teniendo en cuenta la actitud asumida por las partes, de acuerdo con lo establecido en el artículo 55 de la ley 446 de 1998 que modifica el artículo 171 del C.C.A., y dado que no se evidencia temeridad ni mala fe de las partes, la Subsección se abstendrá de condenar en costas.

En mérito de lo expuesto, el Consejo de Estado, en Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sub-Sección C, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

### **FALLA**

**PRIMERO:** **Confirmar** la sentencia apelada proferida por el Tribunal Administrativo del Huila el 1 de junio de 2004, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

**SEGUNDO:** Sin costas.

**TERCERO:** En firme esta providencia envíese el expediente al Tribunal de origen para lo de su cargo, previas las anotaciones de rigor.

**CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

**ENRIQUE GIL BOTERO**  
Presidente de la Sala

**OLGA MÉLIDA VALLE DE DE LA HOZ**

**JAIME ORLANDO SANTOFIMIO GAMBOA**