

La responsabilidad extracontractual de las E.S.E. en el traslado de los enfermos

Carolina López Gómez*

María Alejandra Vallejo**

Carlos Eduardo Junior López Zamorra***

Resumen: en el desarrollo de este artículo se realiza un análisis de los diferentes regímenes y elementos de responsabilidad que le son aplicables a las situaciones en las que se presenta un traslado tardío de los pacientes por parte de las E.S.E. Adicionalmente, se profundiza en la normatividad y jurisprudencia sobre el tema, lo cual se complementa con informes en investigaciones alternas sobre los protocolos de traslado de pacientes; todo esto con el fin de aportar una herramienta más de estudio para quienes se interesen sobre esta problemática.

Palabras clave: responsabilidad, Estado, E.S.E., enfermos, salud, derechos fundamentales, constitución, servicio médico.

Abstract: In the development of this article an analysis is made of the different liability regimes and elements which apply to situations in which a delayed transfers of patients from the E.S.E. take place; moreover, a legislation and jurisprudence deepening on the subject is done, paired with alternate research reports on patient transfer protocols; all this in order to make another study tool for those interested on this issue.

Key Words: Liability, Estate, Transfer, E.S.E., ill individuals, health, fundamental rights, constitution, service medic.

Introducción

El presente artículo se realiza teniendo como referente la reglamentación dispuesta, principalmente, en la Constitución Política Colombiana en su artículo 90, los pronunciamientos de las altas cortes colombianas y manuales de referencia y contra referencia de la Dirección Seccional de Salud. De igual manera, se tiene presente la clasificación de los hospitales atendiendo a una serie de requisitos específicos, como el número de especialistas.

Se tuvo en cuenta para el desarrollo de esta investigación y elaboración del artículo diferentes textos y doctrinas que tratan el tema

de la responsabilidad extracontractual del Estado y los tipos de responsabilidad en la prestación del servicio médico, casos cubiertos por prensa nacional e internacional respecto de muertes o complicaciones de pacientes a causa de un tardío traslado u omisión del mismo y algunos informes realizados por asociaciones médicas sobre causas de mortalidad en los pacientes.

Regímenes aplicables a la responsabilidad estatal

En la Constitución Política de 1991 se establece la integridad física, la salud y la vida como derechos fundamentales, los cuales se

* Estudiante. carolinalopez1230@hotmail.com

** Estudiante. mariavalle121789@gmail.com

*** Estudiante. Juniorlopez88@hotmail.com

Recibido: Septiembre 4 de 2012. Aprobado: octubre de 2012.

ven violentados en casos de atención tardía en las E.S.E., tanto en la atención misma, como en el traslado a otros centros médicos.

Para responder a la pregunta: *¿son responsables las E.S.E. en el traslado de los enfermos?*, lo primero que debemos hacer es analizar las teorías de responsabilidad extracontractual estatal generadas por una falla en el servicio médico.

El honorable Consejo de Estado ha establecido cuatro regímenes, los cuales aplicó en diferentes momentos para declarar responsable administrativamente del daño que se ocasionó con la prestación del servicio médico o la omisión del mismo a las entidades estatales.

En primer momento, se habló de la falla probada, esto quiere decir que quien alega la falla en la prestación del servicio médico está obligado a probar cada uno de los elementos de la responsabilidad.

En segundo lugar, el régimen de lo contencioso administrativo aplicó el régimen de la falla presunta, según el cual la entidad estatal demandada detenta la presunción de responsabilidad y tiene la carga de la prueba, esto debido a que los actos médicos gozan de gran complejidad y es extremadamente difícil para el accionante acreditar la falla.

Posteriormente, se habló de la carga dinámica de la prueba, con lo que el juez al momento de fallar es quien decide cuál de las partes estaba en mejor posición de probar la falla o la ausencia de la misma.

No obstante, el Consejo de Estado ha vuelto a aplicar el régimen de la falla probada, aduciendo que la parte accionante está en obligación de probar lo que alega y sería desproporcionado trasladar la carga de la prueba a la entidad demandada, claro está que en materia de obstetricia constituye un indicio de responsabilidad el hecho de que

el embarazo se haya realizado en condiciones normales.

Rodríguez Lozano y Sánchez Brito (2010) afirman:

Del tránsito jurisprudencial es fácil deducir que aunque siempre ha estado presente el elemento falla como uno de los presupuestos de responsabilidad, donde se deduce que en ninguno de los momentos históricos se ha dado paso al estudio de los daños generados por la prestación del servicio médico asistencial al régimen objetivo alguno, sí se ha reconocido que el manejo probatorio en este tipo de situaciones genera un alto grado de complejidad para las partes que el juez está llamado a resolver, circunstancia donde precisamente encuentra su justificación el planteamiento de los diferentes regímenes de responsabilidad por parte de Consejo de Estado en materia de falla médica. Ha sido entonces la determinación de a quién corresponde la carga de la prueba en la falla del servicio en este tipo de situaciones el elemento preponderante en la determinación del régimen de responsabilidad que debe ser aplicado al estudiar la responsabilidad estatal en los daños irrogados con ocasión de la prestación del servicio de salud, situación que dado el alto grado de complejidad que ofrece ha generado la variación e inestabilidad en el régimen de responsabilidad que el órgano límite de la jurisdicción de lo contencioso administrativo ha determinado debe aplicarse (p. 7).

Elementos constitutivos aplicables a los regímenes de responsabilidad estatal

Como se expuso anteriormente, variado ha sido el manejo jurisprudencial que se ha dado por parte del Consejo de Estado a los casos donde se presenta una responsabilidad por parte del Estado por falla en la prestación del servicio médico, dada la alta complejidad del manejo probatorio en este tipo de situaciones. Debido a esto es importante hacer un breve análisis de los elementos que llevan a demostrar la existencia de una responsabilidad estatal en cualquiera de los regímenes aplicables.

Irisarri Boada (2000) manifiesta:

- *Falta o falla en el servicio*: es el hecho dañoso causado por la violación del contenido obligacional

a cargo del Estado, contenido obligacional que se puede derivar de textos específicos como los son las leyes, reglamentos o estatutos que establecen las obligaciones y deberes del Estado y sus servidores, también de deberes específicos impuestos a los funcionarios y al Estado, o de la función genérica que tiene el Estado y se encuentra consagrada en la Constitución Política.

- *Perjuicio*: consistente en el menoscabo que sufre el patrimonio de la víctima (perjuicio patrimonial) y/o en las lesiones que afectan sus bienes extra patrimoniales y que pueden consistir bien en el daño moral, ora en los daños fisiológicos o en las alteraciones en las condiciones de existencia que aunque no han sido todavía reconocidos por el Consejo de Estado colombiano, están latentes (perjuicios extra patrimoniales).
- *Nexo causal entre la falla y el servicio*: es decir, que entre la falla alegada y demostrada y los perjuicios experimentados y probados, debe existir un vínculo de tal naturaleza directo, que no sea lógicamente posible suponer la existencia del daño sin la de la falla (p.32).

Normatividad aplicable a la responsabilidad de las E.S.E. en el traslado de los enfermos

La Ley 715 de 2001, en su artículo 54, determina que:

El servicio de salud a nivel territorial deberá prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta. La red de servicios de salud se organizará por grados de complejidad relacionados entre sí mediante un sistema de referencia y contrarreferencia que provea las normas técnicas y administrativas con el fin de prestar al usuario servicios de salud acordes con sus necesidades, atendiendo los requerimientos de eficiencia y oportunidad, de acuerdo con la reglamentación que para tales efectos expida el Ministerio de Salud.

En búsqueda de un cambio en la prestación del servicio de salud en Colombia, el gobierno nacional propone esta ley con el fin de dar orden a la red hospitalaria y mejorar

la prestación del servicio, creando la misma y teniendo en cuenta los niveles de complejidad de los hospitales por zonas territoriales específicas, en las cuales se tiene acceso a los diferentes hospitales, quienes deben apoyar entre sí por medio del sistema de referencia y contrarreferencia, del cual dan una base, pero es cada una de las diferentes seccionales de salud de los departamento quienes deben implementar dichos manuales, a los cuales se hará referencia más adelante.

La resolución 5261 de 1994 plantea:

El acceso al servicio siempre será por el primer nivel o por el servicio de urgencias. Para los niveles subsiguientes el paciente deberá ser remitido por un profesional en medicina general de acuerdo a las normas definidas para ello, las que como mínimo deberán contener una historia clínica completa en la que se especifique el motivo de la remisión, los tratamientos y resultados previos (art.2).

En búsqueda de garantizar el acceso a los diferentes servicios de salud y conociendo los diferentes problemas que se pueden encontrar en los municipios más pequeños del país, siempre el acceso a los servicios de salud se debe realizar por los centros de salud municipales, que en su mayoría son de primer (1) nivel, lo que demuestra que estos no poseen especialistas en sus plantas de personal y la evolución se hará necesariamente por parte de un médico general, adicionalmente se deberá implementar que cuando el ingreso se realice por un centro hospitalario de cuarto nivel, se haga a través de una revisión por parte de un médico general, lo que coloquialmente se conoce como clasificación o "triage"; esto con el fin de garantizar un excelente servicio, pues es el médico general es el que entra a determinar qué tipo de procedimiento o qué tipo de especialista necesita la persona que está solicitando los servicios de salud, logrando así que la persona reciba la atención que requiere en un tiempo mínimo y asegurando

que la atención se realizará en la especialidad requerida.

Clasificación hospitalaria en Colombia

Los hospitales en Colombia se clasifican en cuatro niveles, siendo los de primer nivel los hospitales más básicos.

Primer nivel: pertenecen los hospitales locales donde se brinda una atención básica. Solo cuentan con médicos generales para la atención de consultas y no hacen procedimientos quirúrgicos. Eventualmente, prestan servicio de odontología general.

Segundo nivel: son hospitales mejor dotados. Tienen mínimo cuatro especialistas: anesthesiólogo, cirujano, ginecólogo y de medicina interna. Además, cuentan con laboratorio médico con capacidad para practicar los exámenes básicos de sangre, orina y materia fecal.

Tercer nivel: son llamados hospitales de referencia o altamente especializados. Estos hospitales tienen gran número de especialistas: cardiólogos, dermatólogos, siquiátricos, neurólogos y nefrólogos, entre otros.

Cuarto nivel o altamente especializado: estos también requieren una estructura especial: unidades de neurocirugía, unidad renal, unidad de cuidados intensivos, unidad de cuidados intensivos pediátricos y de procedimientos de alta complejidad en ginecología y altos avances tecnológicos en el laboratorio.

Atendiendo a esta clasificación se podrá evidenciar que nuestro país no cuenta con una gran red de atención hospitalaria, debido a que aproximadamente un 85% de las instituciones prestadoras de salud se encuentran en el nivel 1, lo que lleva a un análisis racional de qué procedimiento fue el que se llevó a cabo en el momento de la atención a un paciente y por ende la responsabilidad

que deberá asumir la E.S.E., lo cual nos lleva a tener que analizar otros conceptos del área salud para poder llegar a configurar una falla en el servicio, teniendo en cuenta que las diferentes remisiones que se presenten deben hacerse a hospitales de mayor nivel, los cuales, por su grado de complejidad, generalmente están totalmente copados y no reciben pacientes nuevos hasta no tener una cama disponible.

Los manuales de referencia y contrarreferencia de la Secretaría de Salud del departamento del Huila nos traen los conceptos básicos que a continuación se relacionan:

Referencia: es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud.

Contrarreferencia: es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

Orden de servicio: es la solicitud de realización de actividades de apoyo diagnóstico y/o tratamiento en una institución entre una IPS y otra.

Red de prestación de servicios: es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos (Gobernación del Huila, 2010).

Estos manuales tienen como fin diseñar, organizar y documentar el proceso de referen-

cia y contrarreferencia de forma tal que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos requeridos para la operación de la red, que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones en el país. Al igual que articular los organismos según niveles de atención y grados de complejidad, para permitir a la población el acceso oportuno y funcional a la atención integral en salud (Gobernación del Huila, 2010).

Como podemos observar es de gran importancia el traslado oportuno de los pacientes y la remisión efectiva de los mismos a hospitales que puedan contar con la herramientas idóneas para una correcta atención, tanto así que en caso de que esto no se aplique correctamente puede llegar a generar la muerte del paciente o consecuencias desfavorables para el mismo que se pudiesen haber evitado. En relación con lo anterior, tenemos un estudio de la Sociedad Colombiana de Cirugía Pediátrica, en la cual se afirma lo siguiente:

En general, se ha demostrado que la mortalidad por trauma presenta tres picos durante su evolución cronológica. Uno alrededor del evento, asociado a lesiones del sistema nervioso central o cardiovascular y que es incompatible con la vida (50% de las muertes); el segundo pico se explica por las hemorragias que ocurren dentro de la primera hora "dorada" (35%), y el tercer pico se asocia a complicaciones que se presentan entre los cinco y siete días después del evento (15%).

Se puede intervenir en un 43% de la mortalidad con una adecuada organización de los recursos disponibles. Los estudios al respecto indican que el primer pico de mortalidad sólo se puede modificar con prevención y que el segundo puede disminuir si se garantiza una oportuna y adecuada atención.

La atención de los pacientes traumatizados en centros sin un adecuado recurso humano y tecnológico genera el traslado tardío e inoportuno de los pacientes más graves a los centros especializados, con pérdida de tiempo crucial para el éxito terapéutico. La ausencia de un adecuado sistema de aten-

ción pre-hospitalaria y de compromiso político y de leyes que estimulen el funcionamiento del sistema de atención como una red de servicios, puede aumentar la letalidad de la(s) lesión(es). El plan de prevención del TEC debe estar articulado con la red de urgencias de la ciudad.

Como respuesta a una situación tan inquietante se necesita voluntad política, planes de aplicación e instrumentos adecuados. Los Sater (Sistema de Atención de Trauma y Emergencias Regionalizados), cuya sigla en inglés es RTCS, son un conjunto de actividades intersectoriales e interdisciplinarias que realiza una ciudad, y que funcionan como un sistema integrado o red de servicios, con el objetivo de disminuir el impacto de la enfermedad traumática. Prevención de la enfermedad traumática (Sociedad Colombiana de Cirugía Pediátrica, 2009).

El anterior estudio nos muestra cómo una mala prevención o atención y un traslado tardío o inoportuno se convierten en causal de mortalidad en los pacientes, cosa que raya y va en total contravía con el objetivo del Estado en relación con la prestación del servicio de salud que en su deber ser tiene como ideal principal salvaguardar la vida de los suyos.

Posterior al recorrido histórico normativo, conceptual y someramente estadístico que acabamos de realizar, tenemos argumentos y referencias suficientes para darle respuesta a nuestra pregunta inicial: ¿son responsables las E.S.E. en el traslado de los enfermos? y en efecto sí lo son, ya que hace parte de una prestación integral al paciente el traslado oportuno a un hospital que cuente con los recursos necesarios para atender su padecimiento. No es suficiente el mero diagnóstico o la atención primaria que se le hace en el centro de salud, las E.S.E. a través de sus funcionarios, en este caso los médicos, enfermeras y demás, deben vigilar por la prestación correcta y efectiva del servicio, ya que desde el momento en que entra la persona al hospital es responsable el mismo y esto implica una serie de acciones que se pueden presentar, incluidas la remisión o traslado.

No obstante, la jurisprudencia ha sido reiterativa en afirmar que el traslado de los enfermos está incluido dentro de una correcta prestación del servicio médico asistencial por parte de las E.S.E.

Análisis jurisprudencial

El Consejo de Estado, en la sentencia con radicado 21962, afirma:

la paciente demanda una atención y manejo especializado, de allí que ante la inobservancia o desconocimiento de esta realidad, se incurre en una clara pretermisión de los deberes inherentes a una correcta prestación del servicio médico asistencial, que no es ninguna dádiva sino, por el contrario, un derecho incuestionable dentro de la concepción de un Estado Social de Derecho, que no sólo propugna por la prestación y cuidado de la salud como un servicio público inherente a su finalidad (artículo 49 C.P.), sino además, en consideración a la “dignitas humana”, de que da cuenta el artículo 1 de la Constitución Política, y que sin lugar a dudas, en el presente caso, se enhiesta como apodíctica verdad, en tanto la madre, no recibió propiamente el trato digno que merecían por la sola condición de ser persona, amén de que para el caso concreto también era paciente, o sea ser que se encontraba en situación de sujeción al servicio de otros, profesionales en el área hospitalaria y de la salud. Ahora bien, analizada la historia clínica de la señora Piedad Emilse Moreno Zapata, se observa que las impresiones diagnósticas que le fueron señaladas, tales como la desproporción cefalopélvica, el anillo de bandl y el embarazo general, requerían de un diagnóstico y una conducta médica clara que no se le proporcionó en ningún momento de la atención brindada a lo largo de las remisiones a las que fue sometida, ya que solo se descartó el embarazo gemelar, y a pesar de ello se permitió que el parto continuara por vía vaginal, cuando esas impresiones diagnósticas indicaban la necesidad de una cesárea, motivo por el cual la paciente debió ser remitida a un hospital donde no solo existiera unidad materna, sino también los especialistas del área de obstetricia que se encontraran en capacidad de realizar una cesárea, o en su defecto de contener la hemorragia post parto”(Consejo de Estado, 2012).

El Consejo de Estado nos trae en este aparte un análisis en el cual, a partir de la historia clínica, se requería de una remisión desde el primer momento a un hospital regional,

también llamado de segundo (2) nivel de complejidad, dado que esta clase de hospitales cuentan con especialistas en obstetricia, quienes son los funcionarios idóneos para atender posibles complicaciones, y con las ayudas diagnósticas correspondientes, teniendo en cuenta el buen funcionamiento de la red hospitalaria, aspecto que en este caso concreto no se presentó.

El Consejo de Estado, en la sentencia con radicado 20502, afirma:

La responsabilidad patrimonial del Estado por los daños derivados de la prestación del servicio médico asistencial

La responsabilidad patrimonial por la falla médica involucra, de una parte, el acto médico propiamente dicho, que se refiere a la intervención del profesional médico en sus distintos momentos y comprende particularmente el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, incluidas las intervenciones quirúrgicas y, de otra, todas aquellas actuaciones previas, concomitantes y posteriores a la intervención del profesional médico, que operan desde el momento en que la persona asiste o es llevada a un centro médico estatal, actividades que están a cargo del personal paramédico o administrativo.

Sobre la distinción entre el acto médico propiamente dicho y los actos anexos que integran el llamado “acto médico complejo”, la Sala ha tenido oportunidad de pronunciarse en repetidas oportunidades y ha acogido la clasificación que sobre tales actos ha sido realizada por la doctrina : (i) actos puramente médicos, que son realizados por el facultativo; (ii) actos paramédicos, que lo son las acciones preparatorias del acto médico y las posteriores a éste; que regularmente son llevadas a cabo por personal auxiliar, tales como: suministrar suero, inyectar calmantes o antibióticos, controlar la tensión arterial, etc. y (iii) actos extramédicos, que están constituidos por los servicios de hostelería, entre los que se incluyen el alojamiento, manutención, etc. y obedecen al cumplimiento del deber de seguridad de preservar la integridad física de los pacientes.

Ahora, la responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico se puede derivar, justamente, de la omisión de prestar el servicio médico a la persona que acuda al centro asistencial y la responsabilidad del Estado se deriva entonces de esa omisión, cuando la misma incide en el resultado adverso a la salud, la

integridad física o la muerte de quien requiera ese servicio.

La responsabilidad estatal por fallas en la prestación del servicio médico asistencial no se deriva simplemente a partir de la sola constatación de la intervención de la actuación médica, sino que debe acreditarse que en dicha actuación no se observó la *lex artis* y que esa inobservancia fue la causa eficiente del daño. Esa afirmación resulta relevante 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, se requiere que dicho daño sea imputable a la administración, y sólo lo será cuando su intervención hubiera sido la causa eficiente del mismo.

En síntesis, el Estado es patrimonialmente responsable de los daños que se deriven de la omisión en la prestación del servicio médico o de su prestación deficiente, cuando tales daños se producen como consecuencia de esa omisión o deficiencia, pero también es responsable del daño aun en eventos en los que no se demuestra esa relación causal, pero queda acreditado que la prestación asistencial no le fue brindada al paciente de manera diligente, utilizando todos los medios técnicos y científicos de los que deben disponer las entidades médicas estatales, de acuerdo a su nivel de complejidad, o no se remite oportunamente al paciente a un centro de mayor nivel, porque esas fallas vulneran su derecho a la asistencia en salud.

Sin embargo, la falla del servicio del hospital demandado se derivada, precisamente, de la omisión de indagar de mejor manera la solicitud que se le formulaba; verificar el contenido de la remisión y de la historia clínica que debía ir anexa, o en su defecto, de comunicarse con el hospital remitente para establecer cuál era el estado del paciente; ordenar que el mismo fuera conducido a los consultorios, para que los médicos de la entidad pudieran examinarlo, verificar su estado de salud en ese momento y decidir si el mismo debía atenderse en forma inmediata o resultaba más conveniente para él disponer su traslado a otro centro asistencial. Pero, los funcionarios de la entidad se limitaron a discutir asuntos de índole administrativo con las hijas del paciente y sometieron al paciente a sucesivos traslados a entidades hospitalarias, hasta llegar finalmente a un hospital del mismo nivel del Hospital de Caldas, a donde había sido llevado desde el principio (Consejo de Estado, 2012).

Con la anterior jurisprudencia podemos concluir nuevamente que sí hay una responsabilidad de las E.S.E. en todo sentido a lo que traslado de los enfermos se refiere, y va más allá el legislador al señalar que también son responsables en los eventos en los que no se demuestre la relación causal, pero exista la acreditación de que no se prestó el servicio de manera diligente, ya que la vida de un paciente no puede depender de problemas administrativos de una entidad con otra, o de cuestiones financieras o monetarias. Se debe priorizar y siempre tener claro que la vida del paciente es lo más importante, así que todos los recursos, herramientas y equipo humano deben encaminarse a esa tarea de preservación, servicio y cuidado.

Conclusiones

Con el cambio constitucional que se dio en 1991, el Estado le otorgó un nuevo protagonismo a los derechos inherentes a la persona, convirtiéndose la Constitución en un mecanismo de protección más humanista y celoso del cuidado y no violentación de los bienes jurídicos tutelados.

La Constitución Política de Colombia consagra el derecho a la salud como un derecho fundamental, y la atención a la salud y el saneamiento como servicios públicos a cargo del Estado. De igual marea, manifiesta este artículo que corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad (Constitución Política de Colombia, 1991).

El derecho a la salud y a la integridad física son de carácter fundamental, por lo tanto el Estado debe proteger este bien jurídico valiéndose de todos sus mecanismos y herramientas, por ello cuando una persona padece un quebranto de salud es obligación

del Estado la correcta, efectiva e integral atención al paciente, ya que el derecho a la salud, como el que más, va en directa conexión con el derecho a la vida y constituye la base primordial para una buena calidad de vida. Así las cosas, cada acción que se realiza por parte de las E.S.E., como instituciones en las cuales el Estado delega esta obligación de prevención, cuidado y atención de sus cobijados, debe estar encaminada a la efectiva protección y salvaguarda de ese bien jurídico tutelado, esto incluye por supuesto el traslado de un paciente.

La prestación de servicio de salud no es de resultado sino de medio, pues ningún médico podrá asegurarle a sus pacientes el buen estado de salud o el hecho de que no vayan a fallecer; lo que conlleva a determinar que no es el hecho de que la falla nace del servicio, sino de la no prestación o de la prestación tardía, de esta forma es que nace la responsabilidad extracontractual del Estado.

De acuerdo a lo anterior, podemos concluir que solo se terminará la responsabilidad en el momento de estabilizar el paciente cuando es atendido dentro de las instalaciones de las E.S.E. o en el momento en el cual este paciente ingresa a otro centro de salud.

En resumen, en Colombia hay leyes que buscan mejorar la prestación del servicio de salud en el país, pero es claro y evidente que estas no funcionan de la manera como deberían, pues en Colombia hoy en día están primando los trámites administrativos sobre el derecho a la vida de las personas.

En últimas, el problema surge desde la manera como el Estado administra los recursos de la salud ya que detrás de los traslados tardíos y las malas atenciones en los servicios médicos asistenciales, está todo el dilema financiero del cual es protagonista actualmente el sector salud y, desafortunadamen-

te, el que paga todas las consecuencias es el paciente, ya sea porque no logra acceder a un buen servicio, no le recetan la medicina adecuada o no le proporcionan el tratamiento más efectivo, ocasionando un quebranto de salud mayor al que presentaba cuando recurrió al hospital y, en muchos casos, terminado con la vida del mismo.

Así que, para finalizar, podemos decir que evidentemente hay una responsabilidad por parte de las E.S.E. en lo que al traslado de los enfermos se refiere, pero la solución no está en hacer más leyes o sanciones para los funcionarios de la salud o indemnizar a las familias a las cuales se afectó o se les causó un daño con la muerte de su ser querido, la solución radica en una reforma completa a las entidades encargadas de la administración de los recursos para el sector salud y, al mismo tiempo, una efectiva vigilancia y control de estos recursos.

Referencias

- Irisarri B., C. (2000). El daño antijurídico y la responsabilidad extracontractual del Estado colombiano (Tesis de grado). Santafé de Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad De Ciencias Jurídicas.
- Consejo de Estado (2012). Sentencia 05001-23-25-000-1993-01041-01(21962). Consejero ponente: Enrique Gil Botero.
- Consejo de Estado (2011). Sentencia 17001-23-31-000-1996-08017-01(20502). Consejero: Ruth Stella Correa Palacio.
- Gobernación del Huila (2010). Manual de referencia y contrarreferencia. Recuperado de: www.huila.gov.co/index.php?option=com_phocadownload...
- Sociedad Colombiana de Cirugía Pediátrica (s.f.) .Manejo del trauma pediátrico . Recuperado de: http://salud.ucaldas.edu.co/departamentos/quirurgico/docencia/asig_pre/asig_cirugia_pediatica/recursos/trauma/manejo_inicial_trauma_pediatico.pdf