



**TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DEL DEPARTAMENTO
ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y
SANTA CATALINA**

SIGCMA

San Andrés Isla, diecinueve (19) de diciembre de dos mil veintitrés (2023)

Sentencia No. 0086

Medio de Control	Reparación Directa
Radicado	41001333100320120007201
Demandante	Juana Liscano Salazar
Demandado	E.S.E Hospital Laura Perdomo de García, Saludcoop E.P.S Organismo Cooperativo en liquidación
Magistrado Ponente	Jose Maria Mow Herrera

Procedente del Tribunal Administrativo de Huila en desarrollo de la medida de descongestión establecida en el Acuerdo PCSJA23-12903 del 03 de octubre de 2023, proferido por el Consejo Superior de la Judicatura, se encuentra el proceso de la referencia en estado de resolver el recurso de apelación, a lo cual procede la Sala de Decisión de esta Corporación.

I. OBJETO DE LA DECISIÓN

Surtido el trámite de Ley, sin que se observe causal de nulidad que invalide lo actuado, y debidamente integrada la Sala, procede la Corporación a decidir el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, contra la sentencia del 04 de junio de 2021, proferida por el Juzgado Noveno Administrativo Oral de Neiva, mediante la cual se dispuso lo siguiente:

“Primero.-Declarar probadas las excepciones de cumplimiento de las obligaciones contractuales y falta de participación de la EPS Saludcoop en la ejecución del acto médico de diagnóstico practicado a la menor paciente, opuestas por la representante de Saludcoop EPS, según la motivación.

Segundo.-Negar las pretensiones de la demanda, según la motivación.

Tercero.- Condenar en costas a la parte demandante. Para tal fin, se fija como agencias en derecho la suma de \$ 500.000, según la motivación.

Cuarto.-Aceptar la renuncia presentada por el Doctor Helber Mauricio Sandoval C., cc 7707551 de Neiva y TP 115703 para representar los intereses de la ESE Hospital Laura Perdomo de García, visible a folio 521, según la motivación.

Expediente: 41-001-33-31-003-2012-00072-01
Demandante: Juana Liscano Salazar y Otro
Demandado: ESE Hospital Laura Perdomo de García de Yaguará (H) y SaludCoop EPS
Acción: Reparación Directa

SIGCMA

Quinto.- *Declarar no fundada la objeción por error grave propuesta por la parte incidentada en contra del dictamen producido por el perito Jesús Helmer Pastrana M. en el incidente de regulación de honorarios profesionales, según la motivación.*

Sexto.- *Declarar que no proceden las pretensiones del incidentante en el incidente de regulación de honorarios profesionales, según la motivación.*

Séptimo.- *Fijar los honorarios de la perito Jenny Peña Gaitán en un millón de pesos (\$ 1.000.000,00), quedando su pago a cargo de la parte incidentada, Saludcoop EPS en Liquidación, según la motivación. Una vez realizado el pago, deberá allegar el comprobante del mismo al Despacho.*

Octavo.- *No hay condena en costas en razón del incidente promovido.*

Noveno.- *Aceptar la renuncia al poder para patrocinar los intereses de Saludcoop EPS en Liquidación presentada por el Doctor Luis Alberto Ossa M. cc 7727183 de Neiva y TP 179.364 del CSJ, visible a folio 85 del c. incidente de regulación de honorarios profesionales.*

Décimo.- *Una vez ejecutoriada esta providencia, archívese el expediente, dejando previamente las anotaciones y constancias de rigor en el sistema de información judicial.”*

II.- ANTECEDENTES

La señora JUANA LISCANO en nombre propio y en representación legal de su hija menor de edad: MARIA ALEJANDRA TOVAR LISCANO, por conducto de apoderado judicial, instauraron demanda de Reparación Directa en contra de la SALUDCOOP E.P.S O.C., y la E.S.E Hospital Departamental Laura Perdomo de García, con el objeto de que se acceda a las siguientes declaraciones:

“Primero: DECLARAR que la menor MARIA ALEJANDRA TOVAR LISCANO recibió atención médica en la ESE LAURA PERDOMO GARCÍA, por razón del convenio y/o contrato suscrito con SALUDCOOP EPS O.C para prestar los servicios médicos que demanden los afiliados a la seguridad social en salud.

Segundo: DECLARAR que, la ESE LAURA PERDOMO GARCÍA presto de manera inadecuada, deficiente y con negligencia los servicios médicos que demandó, en su momento. la menor MARIA ALEJANDRA TOVAR LISCANO.

Tercero: DECLARAR que, LA ESE LAURA PERDOMO DE GARCÍA Y SALUDCOOP EPS O.C debido a su actuar negligente son administrativa y

solidariamente responsables de los perjuicios ocasionados a la menor MARIA ALEJANDRA TOVAR LISCANO y su familia.

II. Condenas:

Cuarto: *Con fundamento en las anteriores declaraciones, la ESE LAURA PERDOMO DE GARCIA Y SALUDCOOP EPS O.C. deberán ser CONDENADAS pagar solidariamente, a título de resarcimiento de los daños y perjuicios en la modalidad de perjuicios inmateriales y materiales, subjetivos y objetivados, actuales y futuros, causados a mis poderdantes por la falla en el servicio médico dispensado a la menor MARIA ALEJANDRA TOVAR LISCANO. de acuerdo a los siguientes factores:*

1. DAÑOS MORALES.

a). *Perjuicios morales subjetivados, la suma de dinero necesaria para adquirir en la época de la sentencia, o en su lugar, en la de la liquidación de perjuicios el equivalente a CIEN (100) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes como mínimo, para la menor MARIA ALEJANDRA TOVAR LISCANO, en calidad de víctima.*

b). *Perjuicios morales subjetivados, la suma de dinero necesaria para adquirir en la época de la sentencia, o en su lugar, en la de la liquidación de perjuicios el equivalente a Cincuenta (50) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes como mínimo, para la señora JUANA LISCANO SALAZAR, en calidad de madre de la menor MARIA ALEJANDRA TOVAR LISCANO.*

2. DAÑOS FISIOLÓGICOS O DE VIDA EN RELACION.

a). *Perjuicios de vida en relación subjetivados, la suma de dinero necesaria para adquirir en la época de la sentencia, o en su lugar, en la de la liquidación de perjuicios el equivalente a CIEN (100) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes como mínimo. para la menor MARIA ALEJANDRA TOVAR LISCANO, en calidad de víctima.*

3. DAÑOS MATERIALES

I. Daño Emergente.

Derivados de los gastos en que ha incurrido la familia de la menor MARIA ALEJANDRA TOVAR LISCANO para atender su cuadro clínico, como medicamentos, transporte de su sitio de residencia hasta la EPS e IPS para recibir atención médica, y demás. Se estima este daño en la suma de \$.500.000.00.

Quinto: *Por la indemnización debida se reconocerán intereses a la tasa máxima legal (comercial) de acuerdo a la certificación que para el efecto expida la superintendencia bancaria o los que resultaren de aplicar la fórmula de las*

Expediente: 41-001-33-31-003-2012-00072-01
Demandante: Juana Liscano Salazar y Otro
Demandado: ESE Hospital Laura Perdomo de García de Yaguará (H) y SaludCoop EPS
Acción: Reparación Directa

SIGCMA

matemáticas financieras y/o corrección monetaria, siempre que resulte más favorable a los intereses de los Actores.

Sexto: *Si no fuere posible establecer el monto de los perjuicios durante el plenario, la condena deberá hacerse en abstracto o in género, caso éste en el cual se dispondrá la tramitación del respectivo incidente. fijando las pautas o bases a que hubiere lugar tal como lo prevén los artículos 172 y 178 del Código Contencioso Administrativo y el 308 del Código de Procedimiento Civil.*

Séptimo: *El reconocimiento deberá cumplirse en las condiciones y términos a que se refieren los artículos 336 del C. de P. Civil. Y ante un eventual fracaso en la conciliación se solicitara en el proceso judicial una condena en costas.”.*

- HECHOS

La demandante por intermedio de apoderado judicial, fundamenta su demanda en los hechos que a continuación se relatan:

Que la menor MARIA ALEJANDRA TOVAR LISCANO, se encontraba afiliada a la E.P.S. SALUDCOOP O.C., entidad que, a su vez, suministraba atención medica de primer nivel a través de la E.S.E. Hospital Departamental Laura Perdomo de García de Yaguará.

Señala que el día 13 de agosto de 2011 a las 09:27 horas, la menor MARIA ALEJANDRA TOVAR LISCANO acudió a la E.S.E. Hospital Departamental Laura Perdomo de García de Yaguará, por presentar un cuadro clínico de nueve (9) horas de dolor abdominal difuso asociado a nauseas, vomito en cuatro (4) ocasiones. También indica que la menor presentaba palidez mucocutánea generalizada sin síntomas urinarios, ni diarrea.

Manifiesta, que durante el examen físico se evidenciaron ruidos intestinales disminuidos y un hígado a 2cm por debajo del reborde costal derecho, por lo que se ordenó la realización de un cuadro hemático y un parcial de orina. La demandante refiere que, ese mismo día los resultados evidenciaron una leve leucocitosis y neutrofilia; el parcial de orina no arrojó resultados de infección urinaria. En consecuencia, se ordenó tratamiento con metoclopramida, acetaminofén, sales de

Expediente: 41-001-33-31-003-2012-00072-01
Demandante: Juana Liscano Salazar y Otro
Demandado: ESE Hospital Laura Perdomo de García de Yaguará (H) y SaludCoop EPS
Acción: Reparación Directa

SIGCMA

rehidratación oral y se consideró que la menor cursaba con pródromos de gastroenteritis.

Seguidamente, señala que ese mismo día (13 de agosto de 2011), siendo las 07:00 pm, se consulta el servicio de urgencias debido a la persistencia de episodios eméticos asociado a dolor abdominal sin cambios en el hábito intestinal y que, durante el examen físico se evidenció abdomen blando depresible doloroso a la palpación de fosa iliaca derecha. Luego, se realizó impresión diagnóstica de “DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN LA PARTE SUPERIOR, NAUSEAS Y VOMITO”, por lo que, fue dejada en observación para iniciar hidratación parenteral y metoclopramida.

Afirma, que el día 14 de agosto a las 10:48 am la menor fue valorada nuevamente, en la cual se concluyó la persistencia de un leve dolor abdominal a la palpación, evolución favorable. Se determina continuar con el tratamiento de acetaminofén, sales de rehidratación oral y se emite orden de alta.

Indica, que el 18 de agosto de 2011 la menor MARIA ALEJANDRA consultó nuevamente al servicio de urgencias por la persistencia del dolor abdominal. Asegura que durante esa consulta no se realizó ningún registro en su historia clínica sobre las condiciones de salud de la menor comoquiera que solamente se limitaron a ordenar la realización de un examen coprológico.

Días después, esto es, el 19 de agosto 2011 regresó nuevamente al servicio de urgencias por persistencia de dolor abdominal, náuseas y vomito; refiere que en su reporte coprológico fue interpretado como sugestivo de gastroenteritis bacteriana. Se ordenó tratamiento con TMP/SMX 80/40 cada 12 días por 5 días. Advierte que no se realizó apertura de la historia clínica en esta ocasión y que, referencia este hecho por la anotación o historia clínica del 21 de agosto de 2011.

Agrega, que el día 21 agosto de 2011, siendo las 12 y 12 pm acude al servicio de urgencias de la ESE LAURA PERDOMO DE GARCIA por persistencia e incremento

Expediente: 41-001-33-31-003-2012-00072-01
Demandante: Juana Liscano Salazar y Otro
Demandado: ESE Hospital Laura Perdomo de García de Yaguará (H) y SaludCoop EPS
Acción: Reparación Directa

SIGCMA

de dolor abdominal asociado a náuseas, vómito y deposición diarreica. La menor fue dejada en hospitalización y se ordenaron exámenes de laboratorio.

Comenta que a las 15:00 horas del 21 de agosto de 2011, se registra en la historia clínica de la menor el diagnóstico PLASTRON APENDICULAR, ABDOMEN AGUDO y se indica, según lo narrado en los hechos: *“ahora que presenta un abdomen muy doloroso, distendido, con signos de irritación peritoneal y signo de MURPHY presente. No se consignaron los reportes de los exámenes de laboratorio.”*; A las 16.30 de ese mismo día, la menor fue remitida a la Clínica SaludCoop en la ciudad de Neiva.

La parte convocante considera que las entidades demandadas son responsables de los perjuicios ocasionados a la menor MARIA ALEJANDRA TOVAR LISCANO y su familia debido al actuar negligente e imperito al haberse dejado de diagnosticar una apendicitis aguda, pues, de haberse brindado tratamiento oportuno, la menor y su familia no se hubiesen tenido que soportar los daños generados, al punto de estar en riesgo la vida de la paciente, en tanto, debió ser ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos por varios días debido al compromiso de su estado general.

Que la existencia del daño es evidente o protuberante, comoquiera que las patologías presentadas por la menor no fueron diagnosticadas y abordadas de forma correcta según los protocolos médicos y guías de atención vigente para el estudio de pacientes con este tipo de padecimientos. En cuanto al nexo causal, aduce que encuentra su génesis en el indebido abordaje diagnóstico del cuadro de dolor abdominal presentado por la menor y el negligente accionar de los profesionales médicos de la entidad al dejar de ordenar y realizar los procedimientos y exámenes de acuerdo con el cuadro clínico presentado por MARIA ALEJANDRA TOVAR LISCANO, los cuales conllevaron a daños en la humanidad de la menor, extensivo a sus familiares, en la medida que debieron soportar las complicaciones derivadas de la progresión de un cuadro clínico que de haber sido diagnosticado de forma oportuna, no hubiese conllevado a daños de mayor envergadura y que debieron ser soportados por MARIA ALENJANDRA.

- FUNDAMENTOS DE DERECHO

Respecto de los fundamentos de derecho, el apoderado de la parte demandante señala las siguientes:

- Constitucionales: artículos 2, 6, 25, 53, 85 y 90
- Legales: Código Contencioso Administrativo artículos 78, 87 y del 206 al 2014; Ley 640 de 2001, artículos 1,23 y s.s.; Ley 23 de 1981; Decreto 3380 de 1981.

- CONTESTACIÓN

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO
“SALUDCOOP”

La apoderada de la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO “SALUDCOOP”, describió el traslado de la demanda, manifestando que se opone a todas las declaraciones y condenas consecuenciales que se solicitan dentro de la demanda incoada, concretamente a la declaratoria de solidaridad entre su representada y la codemandada, como quiera que desde ningún punto de vista se puede decir que dicha sociedad haya causado daño o perjuicio alguno a la parte actora, por cuanto, no tuvo injerencia o no participó del procedimiento médico, siendo la ESE HOSPITAL LAURA PERDOMO DE GARCIA y su equipo de salud, quienes incurrieron en la presunta negligencia y/u omisión en la prestación del servicio de salud.

Formula como una de las razones de defensa, la excepción de cumplimiento de las obligaciones contractuales, atendiendo a que las E.P.S con responsables de la afiliación y registro de los afiliados, así como del recaudo de sus cotizaciones por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía, entre otras funciones de carácter general y concreto, según las disposiciones de la Ley 100 de 1993; siendo así, que dicha Entidad Promotora de Salud en el marco de sus funciones, garantizó la atención integral y oportuna a la menor.

Expediente: 41-001-33-31-003-2012-00072-01
Demandante: Juana Liscano Salazar y Otro
Demandado: ESE Hospital Laura Perdomo de García de Yaguará (H) y SaludCoop EPS
Acción: Reparación Directa

SIGCMA

Expone como segunda razón de defensa, la excepción que denominó el hecho de un tercero como eximente de la responsabilidad, alegando que del contenido de la demanda se determina que el acto médico de atención y seguimiento clínico del cual se derivan los presuntos perjuicios reclamados, los cuales se asocian al manejo clínico del diagnóstico “apendicitis aguda”, el cual estuvo a cargo del equipo de salud adscrito a la E.S.E codemandada.

Propone, la excepción de falta de participación de la EPS SALUDCOOP en la ejecución del acto médico de diagnóstico practicado a la menor, indicando que la E.P.S no participó de manera directa en la ejecución de los actos médicos, ni quirúrgicos sobre los cuales el extremo actor pretende fundamentar la existencia de los daños que hoy pretende sean indemnizados, esto atendiendo al hecho que conforme se registra en la historia clínica y en los soportes del petitum, estos fueron practicados por el equipo de salud adscrito a la ESE HOSPITAL LAURA PERDOMO DE GARCIA.

Como cuarto medio exceptivo, propuso la excepción que denominó inimputabilidad de las presuntas consecuencias del acto médico de diagnóstico y de su efecto adverso a la EPS SALUDCOOP, la cual fundamenta bajo la premisa de que la responsabilidad de las E.P.S no es prestar el servicio de salud, en la medida que la prestación asistencias de manera directa y material no hace parte del contenido exigible a las E.P.S, esto es, organizar y garantizar la prestación del plan obligatorio de Salud (POS) y, por excepción, pueden prestar servicios de salud, caso en el cual, adquirirán a más de una obligación como entidad administradora, obligaciones como prestadoras de servicios de salud. No obstante, afirman que en el caso bajo estudio, la obligación a cargo de esa EPS es de hacer, de manera tal que se obliga a garantizar la prestación efectiva de los servicios y tratamientos previstos en el POS, pero no a prestarlos directamente.

El quinto medio exceptivo fue denominado discrecionalidad científica que no responsabiliza a la EPS SALUDCOOP por el acto médico – quirúrgico que ejecuto el equipo de salud adscrito a la ESE LAURA PERDOMO DE GARCIA, argumentando que los actos médicos desplegados por cada uno de los

Expediente: 41-001-33-31-003-2012-00072-01
Demandante: Juana Liscano Salazar y Otro
Demandado: ESE Hospital Laura Perdomo de García de Yaguará (H) y SaludCoop EPS
Acción: Reparación Directa

SIGCMA

profesionales del equipo médico y asistencia de la Institución Prestadora de Salud – IPS – ESE a la que acudió la menor MARIA ALEJANDRA TOVAR LISCANO fueron desplegados bajo el criterio de discrecionalidad científica, los cuales no estaban en cabeza de la ESP demandada.

La excepción acogimiento de la lex artis por el quipo medico de salud, fue propuesta como sexta excepción por considerar que, al revisar la historia clínica aportada con el traslado de la demanda se observa que el cuadro inicial reportado el 13 de agosto de 2011, enmarcaba una sintomatología no orientada a una apendicitis y que, los diagnósticos y tratamientos suministrados a la menor se ajustan a las guías médicas para cuadros de dolor abdominal no claro, en el que se establece un seguimiento y observación por lo menos de seis (6) horas.

Plantea como séptima excepción inexistencia de solidaridad de la EPS SALUDCOOP respecto de la codemandada, atendiendo a que la solidaridad es una figura establecida y que la ley no ha establecido la existencia de responsabilidad solidaria entre las Entidades Promotoras de Salud – EPS frente a los actos médicos y/o asistenciales de los profesionales de salud que integran el equipo médico de las Instituciones Prestadoras de Salud. Arguye que, conforme a las normas del derecho civil, la solidaridad por su naturaleza debe ser expresa y no presunta, como quiera que, no existe vínculos que permitan establecer la solidaridad entre las demandadas.

Finalmente, propone la excepción innominada o genérica en apoyo de su oposición; en consecuencia, solicita la declaratoria de todas y cada una de ellas y, se exonere a la E.S.E Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Pitalito de la presunta falla en la prestación del servicio.

E.S.E HOSPITAL LAURA PERDOMO DE GARCIA

La apoderada judicial de la E.S.E. Hospital Laura Perdomo de García, recorrió el traslado de la demanda, manifestando que se opone a todas las pretensiones de la demanda.

Expediente: 41-001-33-31-003-2012-00072-01
Demandante: Juana Liscano Salazar y Otro
Demandado: ESE Hospital Laura Perdomo de García de Yaguará (H) y SaludCoop EPS
Acción: Reparación Directa

SIGCMA

En cuanto a los hechos de la demanda, señala que en la historia clínica se encuentran consignados todos los eventos que en su momento presentó la paciente, los cuales tuvieron los cuidados y tratamientos correspondientes a sintomatología presentada en su momento conforme al rigor científico y médico.

Afirma que la menor fue atendida con observación de todos los protocolos médicos existentes para este tipo de casos, por ende, debe probarse el nexo de causalidad, la falla en el servicio y la existencia del daño, como quiera que la paciente fue atendida de acuerdo con las posibilidades médicas y medios científicos con los que cuenta la entidad de primer nivel de complejidad.

- SENTENCIA RECURRIDA

El Juzgado Noveno Administrativo Oral del Circuito de Neiva-Huila, en sentencia del 04 de junio de 2021, negó las pretensiones de la demanda, con fundamento en las siguientes consideraciones:

Que de las pruebas aportadas y recaudadas oportunamente, se encuentra probado que la menor María Alejandra Tovar Liscano de siete (7) años acudió a consulta al servicio de Urgencias de la E.S.E Hospital Laura Perdomo de García el día 13 agosto de 2011, con un cuadro clínico de vomito con nueve (9) horas de evolución acompañado de náuseas y otros síntomas, sin que en ellos se evidenciara la presencia de dolor abdominal y/o irritación peritoneal.

También consideró probado el hecho que, según el registro de historia clínica a la menor le fueron realizados exámenes clínicos con resultado compatible a pródromos de gastroenteritis, por lo que, se ordenó tratamiento ambulatorio con metoclopramida, sales de rehidratación oral y acetaminofén.

Que, ante la persistencia de los síntomas, se vio en la necesidad de regresar los días 14,19 y 21 de agosto de 2011 a la urgencia de la E.S.E. Hospital Laura Perdomo de García, siendo este ultimo día en el que se emitió el diagnóstico de peritonitis generalizada lo que conllevó a su remisión a la Clínica SaludCoop donde le fue practicada con éxito una apendicectomía.

SIGCMA

El A-quo conforme a lo pedido en el escrito inaugural, realizó las consideraciones del caso atendiendo puntualmente a lo establecido en el artículo 90 de la Constitución Política, esto es, la responsabilidad del Estado en el regimen de la falla probada en el servicio.

Estableció, como primer paso a identificar si existió un hecho dañoso y antijurídico, y frente ello, la presencia de tres elementos a saber: (i) el daño antijurídico, (ii) la imputabilidad jurídica y fáctica del daño a un órgano del Estado y, (iii) el nexo causal entre el daño y el hecho de la administración.

Luego de realizar un pequeño desglose de los criterios preponderantes para la determinación del daño, consideró que es obligación de la parte demandante demostrar el daño, la falla del servicio y el nexo de causalidad. Y para tal objeto, analizó la historia clínica y el concepto rendido por el Doctor Iván Darío Molina R. adscrito a la Unidad de Cirugía Pediátrica del Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, en el cual se concluyó que, la sintomatología presente en un cuadro de apendicitis aguda consiste en dolor abdominal continuo localizado en cuadro inferior derecho acompañado de vómito y fiebre, con signos de irritación peritoneal. También, acogió lo manifestado por el perito en el Dictamen cuando dio respuesta a los interrogantes formulados por la apoderada de SaludCoop, esto es, que para el momento de la primera consulta (13 de agosto de 2011 a las 9.27 am), la apendicitis no era la única posibilidad de diagnóstico, en la medida que “se ofertaba un abanico de alternativas” en contraste con lo expuesto por la parte actora, quien aduce que, desde un principio, se imponía el diagnóstico de apendicitis y, en torno a ello, abordó el desarrollo del manejo dado a la menor.

Continúa indicado el A-quo conforme a lo indicado por el perito, en la revaloración de la menor, ese mismo día, las opciones de diagnóstico continuaban siendo numerosas y, solo hasta el día 21 de agosto de 2011, día en que fue remitida a la Clínica SaludCoop se logró establecer con claridad que los síntomas daban cuenta de una apendicitis aguda perforada con peritonitis.

Expediente: 41-001-33-31-003-2012-00072-01
Demandante: Juana Liscano Salazar y Otro
Demandado: ESE Hospital Laura Perdomo de García de Yaguará (H) y SaludCoop EPS
Acción: Reparación Directa

SIGCMA

Así las cosas, indicó que, de los elementos probatorios arrimados al plenario, emerge diáfano que la a ESE Hospital Laura Perdomo de García no incurrió en un diagnóstico defectuoso, precipitado ni rutinario, encontrando, a cambio, que las medidas para el manejo de los padecimientos de la menor María Alejandra fueron satisfactorias.

Igualmente, resalta que los síntomas y la dolencia de la menor fueron abordados de forma diligente con los medios disponibles para un hospital de baja complejidad, por lo que, enfrentados al estado actual de la ciencia y las técnicas médicas se consideran eran los más apropiados para superar los quebrantos de salud de la paciente quien se recuperó de forma satisfactoria.

Advirtió, que la obligación medica es de medio y no de resultado debido a la naturaleza mortal del ser humano, la insuficiencia en los niveles médicos para curar ciertas enfermedades y considerando que no todos los individuos reaccionan de igual manera a tratamientos idénticos.

Adicional a ello, señaló que la parte demandante no cumplió con suficiencia con la carga que le impone el artículo 177 del CPC, lo que conllevó al empeoramiento de su posición procesal. Maxime, si se tiene en cuenta que el asunto bajo estudio opera bajo el régimen de la falla probada del servicio, en el cual, la parte demandante tiene el deber de demostrar el daño, la falla del servicio y el nexo de causalidad.

Bajo estas consideraciones, concluyó que no se logró establecer omisión en el cumplimiento de su deber de prestarle un servicio médico idóneo y oportuno a la menor, por lo que debía declararse la prosperidad de las excepciones de cumplimiento de las obligaciones contractuales y falta de participación de la EPS SaludCoop en la ejecución del acto médico de diagnóstico practicado a la menor, propuestas por SaludCoop en Liquidación, en tanto la E.S.E. Hospital Laura Perdomo de García no propuso excepciones de mérito y se condenó en costas a las parte actora.

Expediente: 41-001-33-31-003-2012-00072-01
Demandante: Juana Liscano Salazar y Otro
Demandado: ESE Hospital Laura Perdomo de García de Yaguará (H) y SaludCoop EPS
Acción: Reparación Directa

SIGCMA

En cuanto al incidente de regulación de honorarios formulado dentro del presente asunto por el abogado Geovanni Valencia P., en nombre propio y en representación de la firma Bolívar y Valencia Asociados Ltda. en contra de SaludCoop EPS en Liquidación, decidió denegar el incidente propuesto y abstenerse de condenar en costas.

- RECURSO DE APELACIÓN

La parte demandante a través de apoderado judicial interpone recurso de apelación bajo los argumentos, que sintetiza de la siguiente manera:

En primer lugar, señala que la menor debió acudir a consulta por urgencias en seis (6) ocasiones ante la E.S.E Hospital Laura Perdomo de García, por la presencia de cuadros de dolor abdominal difuso asociado a náuseas y vómito.

Señala, que en la historia clínica de menor se documenta con suficiente claridad la sintomatología presentada por la menor durante su estancia en la E.S.E, la cual transcribe y señala los apartes correspondientes a las observaciones consignadas los días 13, 14, 18, 18 y 21 de agosto de 2011, en las cuales se deja constancia de la presencia de dolor abdominal, náuseas y vomito.

Insiste en que el manejo dado por parte de la entidad demandada no se adecuó a lo preceptuado por la *lex artis*, el cual permitió que la enfermedad de la menor progresara al punto de perforarse y ocasionar un cuadro de peritonitis, causando un riesgo grave para su integridad y vida.

El apelante trae a colación lo referido por el perito Iván Darío Molina, Médico Cirujano Pediatra, quien al emitir el dictamen ordenado en sede judicial indica *“Al responder al primer interrogante realizado por la parte actora, respecto de si ante la presencia de dolor abdominal resultaba pertinente considerar el diagnostico de apendicitis; el perito refirió: “es importante considerar el diagnostico de apendicitis en los niños con dolor abdominal en el cuadrante inferior derecho continuo, vómito y fiebre ellos pueden cursar con una apendicitis entre el 20 – 30 de los casos.”;* por lo que considera que de una fácil lectura de la historia clínica, se evidencia que los

SIGCMA

galenos que atendieron a la menor no tuvieron en cuenta la patología de manera oportuna junto con las implicaciones de un diagnóstico tardío en los casos de apendicitis.

Reprocha el hecho de que la menor haya tenido que acudir seis (6) veces al servicio de urgencia y solo hasta la última consulta el día 21 de agosto de 2011, habiendo transcurrido ocho (8) días desde que iniciaron los síntomas cuando los médicos tuvieron como presunción diagnóstica el cuadro de apendicitis, la cual indica, a esa fecha ya se había perforado, derivando en un cuadro de peritonitis.

Considera que con solo leer el motivo de la consulta referido el primer día, esto es, el 13 de agosto de 2011 a las 09:27 horas, el cual consistía en un cuadro clínico de nueve (9) horas de dolor abdominal difuso asociado a náuseas y vomito en cuatro (4) ocasiones, además de presentar palidez mucocutánea generalizada, sin referir síntomas de diarrea, ni urinarios, por ende, es dable inferir que desde ese mismo momento resultaba procedente pensar en un diagnóstico de apendicitis y actuar de conformidad con los protocolos establecidos, teniendo en cuenta que el único tratamiento para ese padecimiento, es el quirúrgico.

Arguye, que el experto conceptuó que la apendicitis perforada causaba una mayor incidencia de complicaciones, hecho evidente en este caso. Específicamente porque la menor debió ser ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos porque su estado general se vio gravemente comprometido.

Agrega, que la menor su consultó de manera oportuna y con los síntomas propios de una apendicitis, lo que debió bastar para que los profesionales de la salud pensarán en ese diagnóstico y actuaran de conformidad, pues, revisada la historia clínica, se evidencia que los profesionales realizaron las impresiones diagnósticas de una gastroenteritis, pero, que dicha patología conforme lo explica el perito, se presenta con dolor abdominal y diarrea, signo y síntoma más predominante de esa patología. Además, durante las cinco primeras consultas la paciente nunca refirió presencia de ese síntoma como quiera que este solo hizo presencia durante la última consulta (21 de agosto de 2011), época para cual la paciente se encontraba

SIGCMA

en un estado “séptico” y con un compromiso grave de su estado general. En consecuencia, aduce que no existe un soporte clínico para concluir que se trataba de una gastroenteritis.

De otra parte, afirma que si bien se realizaron los exámenes clínicos, estos reportaron leucocitosis con neutrofilia, lo que obligaba a pensar en una patología de origen infeccioso, pero no, del tipo de la gastroenteritis debido a la ausencia de diarrea y es que, conforme a lo indicado por el perito, cuando el cuadro de dolor abdominal persiste, como en el caso de la menor, se debía realizar una ecografía abdominal, la cual no fue ordenada y en caso de haberse ordenado pero la misma no determinaba la causa del dolor, debía realizarse una tomografía abdominal, examen que tampoco fue ordenado. No obstante, considera que como el manejo de esa patología es inminentemente quirúrgico, los profesionales de salud debieron ordenar la remisión de la paciente a una institución de mayor nivel de complejidad, con personal médico idóneo y necesario para garantizar la atención eficiente.

Como punto final en su argumento, la parte apelante hace referencia a lo manifestado por el Dr. Iván Darío Molina cuando se refiere a la pregunta formulada en respuesta a la pregunta “XI” formulada por la demandada, en la que se cuestionaba si el manejo dado a la paciente una vez se diagnosticó la APENDICITIS CON PERITONITIS fue el adecuado y aunque la respuesta fue afirmativa, el apelante reprocha el hecho que el tratamiento de la apendicitis en este caso no debería ser el enfoque, sino el hecho de no haber dado un manejo adecuado a la sintomatología de la paciente. Maxime, cuando a su juicio, no debía descartarse la presencia de una peritonitis, por ende, los médicos son conscientes de que el diagnóstico tardío de la mencionada patología es una enfermedad grave que afecta el estado clínico del paciente, especialmente en menores de edad.

Concluye que a la menor no se le brindó un diagnóstico oportuno ni la atención adecuada para el diagnóstico de apendicitis perforada con peritonitis y, en su lugar, se generó un perjuicio tanto a la menor como a su señora madre, en tanto los testigos afirmaron que la afectación y el grado de sufrimiento experimentado por las demandantes, la indebida prestación del servicio generó en ellas angustia, dolor y

Expediente: 41-001-33-31-003-2012-00072-01
Demandante: Juana Liscano Salazar y Otro
Demandado: ESE Hospital Laura Perdomo de García de Yaguará (H) y SaludCoop EPS
Acción: Reparación Directa

SIGCMA

congoja ante el inminente riesgo del fallecimiento de una niña a causa de un proceso infeccioso ante la perforación del apéndice.

- ALEGACIONES

Dentro del término de traslado, la parte demandante, SALUDCOOP E.P.S. HOY LIQUIDADADA y la ESE HOSPITAL LAURA PERDOMO DE GARCÍA DE YAGUARÁ, allegaron escrito de alegatos de conclusión.

Se deja expresa constancia que el Ministerio Público no emitió concepto alguno que deba ser tenido en cuenta.

- PARTE DEMANDANTE

El apoderado judicial de la parte demandante se limita a reproducir íntegramente los argumentos expuestos en el memorial contentivo del recurso de apelación.

En ese orden de ideas, este Despacho sintetizará los mismos de la siguiente manera:

Destaca el hecho de que la atención recibida por la menor en la ESE HOSPITAL LAURA PERDOMO DE GARCÍA DE YAGUARÁ fue negligente, en la medida que no se emitió un diagnóstico oportuno, acarreando una serie de consecuencias y perjuicios sobre la vida de la menor y su señora madre, los cuales no estaban llamadas a soportar y que, a su juicio, eran totalmente previsibles dado el cuadro clínico prestando por la menor desde el día 1, esto es, desde aquel 13 de agosto de 2011 cuando ingresa por primera vez al servicio de urgencia de la mencionada entidad hospitalaria.

El apoderado de la parte demandante reprocha la validación dada por el A-quo al peritazgo rendido por el Médico Cirujano Pediatra, Iván Darío Molina quien rindió el Dictamen pericial decretado dentro del presente asunto, de manera que, tanto el Despacho como el mencionado perito coinciden en afirmar que los síntomas presentes en un cuadro de apendicitis aguda consisten en dolor abdominal continuo,

Expediente: 41-001-33-31-003-2012-00072-01
Demandante: Juana Liscano Salazar y Otro
Demandado: ESE Hospital Laura Perdomo de García de Yaguará (H) y SaludCoop EPS
Acción: Reparación Directa

SIGCMA

localizado en cuadro inferior derecho acompañado de vómitos, fiebre y con irritación peritoneal. Sintomatología que, conforme a la historia clínica, presentaba la menor durante sus consultas a la E.S.E.

Reitera que el manejo instaurado por parte de la entidad demandada no fue el adecuado y se aleja de los principios que rigen la *lex artis*, permitiendo que la patología denominada apendicitis progresara al punto de perforarse y ocasionar un cuadro de peritonitis, lo que supuso un grave riesgo a la salud e integridad de la menor.

- SALUDCOOP EPS OC EN LIQUIDACIÓN HOY LIQUIDADO

La apoderada de la Empresa Promotora de Salud SALUDCOOP, allega de forma oportuna sus alegatos de conclusión, solicitando la confirmación de la sentencia de primer nivel conforme a las consideraciones expuestas en su recurso de apelación y que el Despacho se permite sintetizar de la siguiente forma:

Las obligaciones de las EPS se encuentran definida y determinada, esencialmente, en la responsabilidad de la afiliación y registro de sus afiliados al Sistema de Salud, así como el recaudo y administración de las cotizaciones. Agrega que también son responsables, entre otras cosas, el organizar y garantizar de forma directa o indirecta, la prestación de los servicios autorizados por el POS a sus afiliados; esto, según indica, se encuentra consagrado en el artículo 177 de la Ley 100 de 1993.

Bajo ese precepto, afirma que entre las funciones de las EPS no se encuentra la prestación directa de los servicios de salud, en la medida que, la obligación de la EPS es la disponer de instalaciones (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud), profesionales calificados y los medios necesarios para lograr la prestación de los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud conforme a los criterios científicos de las instituciones y los médicos tratantes.

Para dar mayor peso a su argumento, afirma que la prestación de servicios médicos es una obligación de medios y no de resultados; por ende, el compromiso “nuclear”

Expediente: 41-001-33-31-003-2012-00072-01
Demandante: Juana Liscano Salazar y Otro
Demandado: ESE Hospital Laura Perdomo de García de Yaguará (H) y SaludCoop EPS
Acción: Reparación Directa

SIGCMA

de la relación no va más allá de brindar asistencia médica de forma adecuada, diligente y oportuna, brindando los cuidados médicos necesarios según la necesidad de cada paciente.

En el caso de la menor, afirma con total certeza el haber cumplido con los deberes primeros y secundarios que estuvieren a cargo de dicha entidad, lo cual desvirtúa cualquier tipo de responsabilidad en contra de SALUDCOOP. De ahí que, a la menor se le brindaron, además, todos los servicios médicos y los procedimientos adoptados, fueron determinados conforme al cuadro clínico presentado, pues, tal como se registra en la historia clínica y el debate probatorio, los galenos actuaron de forma idónea, ceñidos a los procedimientos médicos delimitados en la *lex artis*.

Atendiendo a la anterior argumentación, asevera que las complicaciones padecidas por la paciente estuvieron enmarcadas en una situación inherente a la patología presentada y no, al hecho de haber cercenado su posibilidad de acceder a los servicios de salud, los cuales fueron recibidos por esta durante el tiempo que su sintomatología y diagnóstico lo requirieron.

En este punto, la togada hace especial énfasis en el hecho que SALUDCOOP no llevó a cabo la materialización de los actos y servicios médicos suministrados a la menor y que hoy, son el argumento principal de la parte demandante para alegar la ocurrencia de los perjuicios pretendidos; además, resalta que su protegida no prestó de manera directa o material, los servicios médicos, hospitalarios, asistenciales y/o quirúrgicos requeridos por la paciente. Al contrario, dicha prestación fue realizada a través de los profesionales de la salud seleccionados y contratados por la IPS.

- LA ESE HOSPITAL LAURA PERDOMO DE GARCÍA DE YAGUARÁ

La apoderada judicial del Hospital de LAURA PERDOMO DE GARCÍA, luego de reproducir apartes de la sentencia, pretende sea conformada, destaca que no se acreditó ninguna falla médica y que el asunto bajo estudio se enmarca bajo la óptica del régimen de imputación subjetiva, esto, la falla del servicio, la cual no fue acreditada.

Expediente: 41-001-33-31-003-2012-00072-01
Demandante: Juana Liscano Salazar y Otro
Demandado: ESE Hospital Laura Perdomo de García de Yaguará (H) y SaludCoop EPS
Acción: Reparación Directa

SIGCMA

Lo anterior, teniendo en cuenta que dentro del acervo probatorio la parte actora no logró demostrar: i) la ocurrencia del daño, ii) el nexos causal, siendo que no existe negligencia o impericia medica que produzca un año atribuible a la E.S.E, en consecuencia, iii) no se acredita la falla del servicio, pues, aunque dicha entidad prestó los servicios médicos, estos fueron suministrados en debida forma.

- ACTUACIÓN PROCESAL

El cuatro (4) de junio de dos mil veintiuno (2021), el Juzgado Noveno Administrativo Oral del Circuito de Neiva, profirió sentencia.

La parte demandante interpuso dentro de la oportunidad procesal correspondiente recurso de apelación contra la sentencia de primera instancia.

Mediante auto de fecha quince (15) de mayo de dos mil veintitrés (2023), el Tribunal Administrativo del Huila, admitió el recurso de apelación. A su vez, dispuso que, una vez ejecutoriado el auto en mención, se corriera traslado a las partes por el término de 10 días para alegar de conclusión y, al Ministerio Público para que, si a bien lo tuviere, emitiera el respectivo concepto, oportunidad de la que hicieron uso las partes.

En desarrollo de lo dispuesto en materia de descongestión según el Acuerdo No. PCSJA23-12903 del 3 de octubre de 2023, proferido por el Consejo Superior de la Judicatura, se remitió el expediente al Tribunal Administrativo del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

Mediante auto N.º 094 de fecha treinta y uno (31) de octubre de dos mil veintitrés (2023), esta Corporación, avocó el conocimiento del presente proceso.

III. CONSIDERACIONES

La Sala se limitará únicamente a conocer de los puntos a los cuales se contrae el recurso de apelación debidamente presentado por la parte demandante, puesto que

son estos - en el caso del apelante único – los que definen el marco de la decisión que ha de adoptarse en esta instancia, todo de conformidad con la competencia del superior según lo establecido en el artículo 328 del Código General del Proceso.

- Competencia

El Tribunal Administrativo es competente para conocer en segunda instancia de las apelaciones de sentencias dictadas en primera instancia por los Jueces Administrativos, de conformidad con el numeral 1º del artículo 133 del C.C.A., modificado por la Ley 446 de 1998 art. 41.

Ahora bien, el Tribunal Contencioso Administrativo de San Andrés, Providencia y Santa Catalina es competente, en atención a lo dispuesto en materia de descongestión en el artículo 2º del Acuerdo No. PCSJA21-11814 del 16 de julio de 2021, proferido por el Consejo Superior de la Judicatura.

- Problema Jurídico

En los términos del recurso de apelación interpuesto, el problema jurídico en el caso sub-lite se contrae a determinar sí las entidades demandadas son administrativamente responsables de los perjuicios ocasionados a la menor MARIA ALEJANDRA TOVAS LIZCANO y su familia, por la presunta falla en la prestación del servicio médico y, en caso positivo, establecer sí las demandadas deberán ser condenadas a pagar solidariamente, a título de resarcimiento de los daños y perjuicios en la modalidad de perjuicios inmateriales y materiales, subjetivos y objetivados, actuales y futuros conforme lo pedido en el libelo introductorio de demanda.

Así las cosas, procede la Sala a examinar de fondo el material probatorio que obra en el expediente, no obstante, antes de entrar al análisis, resulta oportuno formular algunas consideraciones relacionadas con (i) los elementos de la responsabilidad del Estado; y posteriormente, se analizara (ii) el régimen de imputabilidad derivado de la actividad médica, (iii) los elementos constitutivos de la pérdida de oportunidad, (iv) para descender al caso concreto.

- Tesis

La Sala confirmará la sentencia de primera instancia, por cuanto no es factible atribuir la responsabilidad del daño sufrido en el presente asunto a las entidades demandadas.

MARCO NORMATIVO Y JURISPRUDENCIAL

- Elementos de Responsabilidad Extracontractual del Estado

La responsabilidad del Estado encuentra sustento jurídico en el artículo 90 constitucional, cláusula general de responsabilidad extracontractual del Estado, que al efecto es perentorio en afirmar que *“El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas”*.

Según el precitado artículo de la Constitución Política, todo daño antijurídico que pueda ser imputado a una autoridad pública por acción u omisión compromete su responsabilidad patrimonial, así pues, para que la responsabilidad de la administración surja, se requiere que exista un daño antijurídico, esto es, una lesión de bienes jurídicos que el sujeto determinado no está en la obligación de soportar, daño este que debe ser cierto, presente o futuro, determinado o determinable, anormal y que se trate de una situación jurídicamente protegida; aunado a ello, se requiere que ese daño antijurídico sea imputable al Estado, lo que es lo mismo, que haya un nexo o vínculo de causalidad entre la acción u omisión de la autoridad pública y el daño antijurídico.

En cuanto al daño antijurídico, el H. Consejo de Estado¹ ha señalado que éste se define como *“La lesión de un interés legítimo, patrimonial o extrapatrimonial, que la víctima no está en la obligación de soportar, que no está justificado por la ley o el derecho”*, en otros términos, *aquel que se produce a pesar de que “el ordenamiento*

¹ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencias de 11 de noviembre de 1999. C.P. Alier Eduardo Hernández Enríquez. Exp. 11499 y del 27 de enero de 2000. C.P. Alier Eduardo Hernández Enríquez. Exp. 10867, entre otras. *Cfr.* Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Aclaración de voto de Enrique Gil Botero de 30 de julio de 2008. Exp. 15726.

Expediente: 41-001-33-31-003-2012-00072-01
Demandante: Juana Liscano Salazar y Otro
Demandado: ESE Hospital Laura Perdomo de García de Yaguará (H) y SaludCoop EPS
Acción: Reparación Directa

SIGCMA

jurídico no le ha impuesto a la víctima el deber de soportarlo, es decir, que el daño carece de causales de justificación.”

A su vez en relación con la naturaleza del daño antijurídico, dicha Corporación² ha sostenido reiteradamente que *“ha de corresponder al juez determinar si el daño va más allá de lo que, normalmente y sin compensación alguna, debe soportar una persona por el hecho de vivir en una comunidad jurídicamente organizada y comportarse como un sujeto solidario. En este sentido se ha señalado que: “en cada caso concreto deberá establecerse si el daño sufrido es de tal entidad que el afectado no está en la obligación de soportarlo, y resulta, en consecuencia, antijurídico.”*

Así las cosas, cuando resulte probado el daño antijurídico por parte de quien lo alega, se hace necesario determinar el criterio de imputabilidad del daño a la administración, por lo que, en este sentido, el H. Consejo de Estado³, señaló:

(...)

“En lo relativo a la imputación, se entiende que se trata de la “atribución de la respectiva lesión” en consecuencia, “la denominada imputación jurídica (imputatio iure o subjetiva) supone el establecer el fundamento o razón de la obligación de reparar o indemnizar determinado perjuicio derivado de la materialización de un daño antijurídico, y allí es donde intervienen los títulos de imputación que corresponden a los diferentes sistemas de responsabilidad que tienen cabida tal como lo ha dicho la jurisprudencia en el artículo 90 de la Constitución Política”(...

De conformidad con lo planteado en precedencia, para endilgar responsabilidad al Estado, debe acreditarse la existencia de un daño antijurídico, y que dicho daño pueda ser imputable al Estado, bajo cualquiera de los títulos de atribución de responsabilidad, la falla del servicio, el daño especial, el riesgo excepcional, entre otros, los cuales deben analizarse de acuerdo con las circunstancias de cada caso concreto.

²Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia de 27 de septiembre de 2000. C.P. Alir Eduardo Hernández Enríquez. Exp. 11601.

³ Consejo De Estado - Sala de Lo Contencioso Administrativo - Sección Tercera - SUBSECCION C - Consejera ponente: OLGA MÉLIDA VALLE DE LA HOZ - Bogotá D. C., veintidós (22) de octubre de dos mil doce (2012) - Radicación número: 52001-23-31-000-1997-08790-01(24776) Actor: JOEL MACÍAS CATUCHE Y OTROS; Ddo: CAJANAL Y OTRO, Referencia: APELACION DE SENTENCIA. ACCION DE REPARACION DIRECTA.

- Régimen de imputación derivado de la actividad médica

Respecto del régimen de imputación de la actividad médica, el H. Consejo de Estado, tiene abundante jurisprudencia que ilustra el tema, razón por la cual, esta Corporación trae a colación el análisis efectuado por la misma, en tanto que deberá ser tenido en cuenta para resolver el asunto sub iudice⁴:

“(…)

Régimen de imputación derivado de la actividad médica

Ahora bien, en cuanto al régimen de responsabilidad derivado de la actividad médica, en casos como el presente la Sección ha establecido que el régimen aplicable es el **de falla del servicio**, realizando una transición entre los conceptos de falla presunta y falla probada, en la actualidad la posición consolidada de la Sala en esta materia la constituye aquella según la cual es la **falla probada del servicio** el título de fundamento bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria⁵.

En el mismo sentido, partiendo del análisis del caso en el marco de la falla probada del servicio como título de imputación⁶, “... en la medida en que el demandante alega que existió una falla del servicio médico asistencial que produjo el daño antijurídico por el cual reclama indemnización...”⁷.

Dicho título de imputación opera, como lo señala la jurisprudencia de la Sección Tercera no sólo respecto de los daños indemnizables derivados de la muerte o de las lesiones corporales causadas, sino que también comprende:

“... los que se constituyen por la vulneración del derecho a ser informado; por la lesión del derecho a la seguridad y protección dentro del centro médico hospitalario y, como en este caso, por lesión del derecho a recibir atención oportuna y eficaz”⁸.

Cuando la falla probada en la prestación del servicio médico y hospitalario se funda en la *“lesión al derecho a recibir atención oportuna y eficaz”*, se debe observar que esta produce como efecto la vulneración de la garantía constitucional que recubre el derecho a la salud, especialmente en lo que hace referencia al respeto del principio de integridad en la prestación de dicho servicio, el cual según el precedente jurisprudencial constitucional:

⁴ CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCIÓN TERCERA. SUBSECCIÓN C. Consejero ponente: JAIME ORLANDO SANTOFIMIO GAMBOA. Bogotá D.C., veintisiete (27) de noviembre de dos mil diecisiete (2017). Radicación número: 66001-23-33-000-2013-00147-01(52993). Actor: RUBIEL MONSALVE CARDONA Y OTROS. Demandado: E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA.

⁵ Consejo de Estado – Sección Tercera, sentencia de 12 de mayo de 2011, Exp. 19.835.

⁶ Sentencias de agosto 31 de 2006. Exp. 15772; octubre 3 de 2007. Exp. 16.402; 23 de abril de 2008, Exp.15.750; 1 de octubre de 2008, Exp. 16843 y 16933; 15 de octubre de 2008, Exp. 16270; 28 de enero de 2009, Exp. 16700; 19 de febrero de 2009, Exp. 16080; 18 de febrero de 2010, Exp. 20536; 9 de junio de 2010, Exp. 18.683.

⁷ Sentencia de 23 de septiembre de 2009, Exp. 17.986.

⁸ Sentencia de 7 de octubre de 2009. Exp. 35656.

“La protección al derecho fundamental a la salud no se limita simplemente al reconocimiento de los servicios que se requieren con necesidad; sino que comprende también su acceso de manera oportuna, eficiente y de calidad. La prestación del servicio de salud es oportuna cuando la persona lo recibe en el momento que corresponde para recuperar su salud sin sufrir mayores dolores y deterioros. En forma similar, el servicio de salud se considera eficiente cuando los trámites administrativos a los que se somete al paciente para acceder a una prestación requerida son razonables, no demoran excesivamente el acceso y no imponen al interesado una carga que no le corresponde asumir. Por otro lado, el servicio de salud es de calidad cuando las entidades obligadas a prestarlo actúan de manera tal “que los usuarios del servicio no resulten víctimas de imponderables o de hechos que los conduzcan a la desgracia y que, aplicando con razonabilidad los recursos estatales disponibles, pueden ser evitados, o su impacto negativo reducido de manera significativa para la persona eventualmente afectada”⁹.(Negrilla de la Sala)

Dicho principio de integralidad del servicio exige considerar, según el precedente jurisprudencial constitucional, que

“Todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud”¹⁰.

A lo que se agrega, según el precedente jurisprudencial constitucional:

“Se considera por tanto que hay un daño, cuando se produce un dolor intenso, cuando se padece la incertidumbre y cuando se vive una larga e injustificada espera, en relación con la prestación de servicios médicos, la aplicación de medicamentos o la ejecución de procedimientos que no llegan o que se realizan de manera tardía o incómoda.

“Al respecto cabe destacar que el derecho a la salud de conformidad con la jurisprudencia de la Corte Constitucional:

-Debe ser integral:

“(…) la atención y el tratamiento a que tienen derecho los pertenecientes al sistema de seguridad social en salud cuyo estado de enfermedad esté afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas, son integrales; es decir, deben contener todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento¹¹, así como todo otro

⁹ Corte Constitucional, sentencia T-104 de 2010.

¹⁰ Corte Constitucional, sentencia T-1059 de 2006.

¹¹ Que comprende, a su vez, diversas obligaciones: a) de habilidad y diligencia, referida la primera a aquellos supuestos en los que produzca un daño antijurídico como consecuencia de un diagnóstico, intervención o atención médica en un campo para el que el profesional, o la institución médica no tenga la aptitud o el personal idóneo en la especialidad necesaria, o de no consultar con un especialista, o de incumplirse el deber de aconsejar la remisión del paciente; b) obligación de medio técnicos, consistente en la existencia del material adecuado

componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente¹² o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud¹³.

En ese sentido, la Sala ha manifestado en decisiones precedentes que dicha falla se circunscribe a una consideración básica:

“La obligación de prestar asistencia médica es compleja, es una relación jurídica total, compuesta por una pluralidad de deberes de conducta (deber de ejecución, deber de diligencia en la ejecución, deber de información, deber de guardar secreto médico, etc.). Ese conjunto de deberes conforma una trama, un tejido, una urdimbre de la vida social responde a la idea de organización – más que de organismos- en punto a la susodicha relación jurídico total (...) Por tanto, aquel deber jurídico principal supone la presencia de otros deberes secundarios de conducta, como los de diagnóstico, información, recepción de la voluntad jurídica del enfermo –llamada comúnmente consentimiento del paciente-, prescripción, guarda del secreto profesional, satisfacción del plan de prestación en su integridad (actividad que supone no abandonar al enfermo y cuidar de él hasta darlo de alta)¹⁴ (subrayado fuera de texto).

(...)

7.- Oportunidad de sanar como parte del derecho a la salud – pérdida de la oportunidad¹⁵

Debe preverse que la prestación del servicio de salud protege, principalmente, el derecho a la vida y a la integridad psicofísica del paciente, así como el mismo derecho a la salud y a su recuperación, lo cual quedó ampliamente conceptualizado en los acápites precedentes.

En este entendido deben observarse los derechos a la salud y a la recuperación de la salud, que bajo las voces del artículo 49 constitucional¹⁶ se promocionan y protegen mediante la garantía del servicio público de salud, que a su vez resguardan los derechos a la vida y la integridad psicofísica del paciente.

De manera que en aquellos casos en que no logre acreditarse, fehacientemente, que la falla en la prestación del servicio de salud fue causa directa de la muerte del paciente, porque éste ya se encontraba en una precaria condición de salud, lo importante será determinar que el servicio de salud a que dicho paciente tenía derecho se prestó en condiciones de integralidad para garantizar los derechos adicionales de protección y recuperación de la salud, contenidos en el artículo 49 constitucional.

“para que el trabajo a realizar pueda efectuarse en condiciones normales de diagnóstico y tratamiento”; así como en el “mantenimiento en correcto estado de funcionamiento de los aparatos”, ámbito en el que cabe incluir la profilaxis necesaria, y; c) obligación de continuidad en el tratamiento”. FERNANDEZ HIERRO, José Manuel. Sistema de responsabilidad médica., ob., cit., pp.257 a 269.

¹² En este sentido se ha pronunciado la Corporación, entre otras, en la sentencia T- 136 de 2004 MP Manuel José Cepeda Espinosa

¹³ Corte Constitucional, sentencias T- 1059 de 2006; T- 062 de 2006; T- 730 de 2007; T- 536 de 2007; T- 421 de 2007.

¹⁴ Sección Tercera, sentencia de 18 de febrero de 2010. Exp. 17655.

¹⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera – Subsección C, sentencia de 18 de mayo de 2017, Exp. 37.504.

¹⁶ **Artículo 49.** La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

En este sentido, el H. Consejo de Estado ha considerado:

(...)

*“...Debe señalarse que la mayor parte de los desarrollos relacionados con este tópico han tenido lugar, siguiendo la línea que se evidencia en otras latitudes —a lo cual se hizo alusión precedentemente— en el derecho de daños y, más puntualmente, en el ámbito de la responsabilidad médica; es, entonces, en este terreno, aquél en el cual principalmente puede referirse la existencia de pronunciamientos en los cuales **la Sala ha reconocido algunos de los elementos de la figura de la pérdida de chance, como la combinación de elementos de certeza y de incertidumbre que comporta, su aparente proximidad —que no identificación— con la antes mencionada causalidad probabilística, así como la distinción —también referida previamente en este proveído— entre la relación causal del hecho considerado dañino con la ventaja finalmente perdida o con el detrimento a la postre padecido por la víctima, de un lado y con la desaparición de la probabilidad de alcanzar dicho provecho o de evitar el deterioro patrimonial, de otro, como modalidades de daño claramente diferenciables:***

*“Ahora bien, la Sala se pregunta: **¿ese cúmulo de deficiencias, fue la causa exclusiva del deceso del paciente? o fue causa de la pérdida del chance para la recuperación del paciente?***

*- En cuanto al primer punto: **“la muerte” del paciente tiene su causa en la negligencia administrativa?***

*Al respecto no existe prueba que conduzca a la Sala a afirmar lo uno o lo otro y, en esa medida, no puede sostenerse, por ejemplo, que la falta de valoración oportuna por un especialista de neurología haya sido la causa que concurrió con la patología del enfermo al desenlace fatal. Tampoco puede concluirse que la no práctica oportuna del scanner tenga la suficiente eficacia causal para comprometer la responsabilidad demandada. **Pero lo que, si resulta absolutamente claro, es que las omisiones en que incurrió el grupo médico o la organización institucional en la prestación del servicio de salud, excluyen la idea de diligencia y cuidado, de regularidad y eficaz prestación del servicio público.***

(...).

*En cuanto al otro punto: **¿la negligencia administrativa fue causa de la pérdida de “chance” u oportunidad para la recuperación del paciente.***

Para la Sala no es claro que aún si la Administración hubiera actuado con diligencia el señor Franklin habría recuperado su salud; pero sí le es claro, con criterio de justicia, que si el demandado hubiese obrado con diligencia y cuidado no le habría hecho perder al paciente el chance u oportunidad de recuperarse”.

La jurisprudencia ya trató antes ese punto. En sentencia dictada el día 26 de abril de 1999 se dijo:

‘Si bien es cierto que no existe certeza en cuanto a que de haberse realizado un tratamiento oportuno el paciente no hubiera muerto pues nunca se tuvo un diagnóstico definitivo de la enfermedad que padecía, sí lo es en cuanto a que

el retardo de la entidad le restó oportunidades de sobrevivir. Se trata en este caso de lo que la doctrina ha considerado como una 'pérdida de una oportunidad'. Al respecto dice Ricardo de Ángel Yaguez:

'Es particularmente interesante el caso sobre el que tanto ha trabajado la doctrina francesa, esto es, el denominado la perte d'une chance, que se podría traducir como 'pérdida de una oportunidad'.

'CHABAS ha hecho una reciente recapitulación del estado de la cuestión en este punto, poniendo, junto a ejemplos extraídos de la responsabilidad médica (donde esta figura encuentra su más frecuente manifestación), otros como los siguientes: un abogado, por negligencia no comparece en un recurso y pierde para su cliente las oportunidades que éste tenía de ganar el juicio; un automovilista, al causar lesiones por su culpa a una joven, le hace perder la ocasión que ésta tenía de participar en unas pruebas para la selección de azafatas.

'Este autor señala que en estos casos los rasgos comunes del problema son los siguientes: 1. Una culpa del agente. 2. Una ocasión perdida (ganar el juicio, obtención del puesto de azafata), que podía ser el perjuicio. 3. Una ausencia de prueba de la relación de causalidad entre la pérdida de la ocasión y la culpa, porque por definición la ocasión era aleatoria. La desaparición de esa oportunidad puede ser debida a causas naturales o favorecidas por terceros, si bien no se sabrá nunca si es la culpa del causante del daño la que ha hecho perderla: sin esa culpa, la ocasión podría haberse perdido también. Por tanto, la culpa del agente no es una condición sine qua non de la frustración del resultado esperado.

'En el terreno de la Medicina el autor cita el caso de una sentencia francesa. Una mujer sufría hemorragia de matriz. El médico consultado no diagnostica un cáncer, a pesar de datos clínicos bastante claros. Cuando la paciente, por fin, consulta a un especialista, es demasiado tarde; el cáncer de útero ha llegado a su estado final y la enferma muere. No se puede decir que el primer médico haya matado a la enferma. Podría, incluso tratada a tiempo, haber muerto igualmente. Si se considera que el perjuicio es la muerte, no se puede decir que la culpa del médico haya sido una condición sine qua non de la muerte. Pero si se observa que la paciente ha perdido ocasiones de sobrevivir, la culpa médica ha hecho perder esas ocasiones. El mismo razonamiento se puede aplicar a un individuo herido, al que una buena terapia habría impedido quedar inválido. El médico no aplica o aplica mal aquella terapéutica, por lo que la invalidez no puede evitarse. El médico no ha hecho que el paciente se invalide, sólo le ha hecho perder ocasiones de no serlo'. (RICARDO DE ANGEL YAGUEZ. Algunas previsiones sobre el futuro de la responsabilidad civil (con especial atención a la reparación del daño). Madrid, Ed. Civitas S.A., 1995, págs. 83-84).

En conclusión la falla del servicio de la entidad demandada que consistió en la falta de diligencia para realizar un diagnóstico oportuno de la enfermedad sufrida por el paciente e iniciar de manera temprana el tratamiento adecuado, implicó para éste la pérdida de la oportunidad de curación y de sobrevivir¹⁷.

¹⁷ Nota original de la sentencia citada: Sección Tercera. Consejero Ponente: Dr. Ricardo Hoyos Duque. Exp. 10.755. Actor Elizabeth Bandera Pinzón. Demandado: I.S.S.

Expediente: 41-001-33-31-003-2012-00072-01
Demandante: Juana Liscano Salazar y Otro
Demandado: ESE Hospital Laura Perdomo de García de Yaguará (H) y SaludCoop EPS
Acción: Reparación Directa

SIGCMA

La pérdida por parte de Franklin, de esa oportunidad para recuperarse sí tiene nexo directo con la falencia administrativa.

El elemento de responsabilidad, nexo de causalidad, se estableció indiciariamente: ...” (negrillas en el texto original).

En otra ocasión la Sala formuló consideraciones que mediante el presente pronunciamiento se reiteran en punto de la naturaleza jurídica de la noción de pérdida de oportunidad, de su ubicación en la estructura del juicio de responsabilidad por fuera del examen de la causalidad —de modo que la figura en cuestión mal podría considerarse como un sucedáneo de la acreditación del vínculo causal, mismo que, no obstante, se recalcó que puede probarse valiéndose de la demostración de una probabilidad determinante o suficiente, con apoyo en prueba indiciaria¹⁸—, de la necesidad de cuantificar científica y estadísticamente la probabilidad de acceder a una ventaja o de evitar un perjuicio que desapareció como consecuencia de la acción o de la omisión del demandado y, especialmente, la insoslayable exigencia de que entre el hecho dañino y la pérdida de chance como daño a reparar se acredite —como no podría ser de otro modo— la existencia del correspondiente ligamen causal, por manera que si dicha relación entre la falla del servicio y la pérdida de oportunidad cuya reparación se procura no queda debidamente probada, deben denegarse las pretensiones de la demanda¹⁹:

“También ha señalado la Sala que para que haya lugar a la reparación no es necesario acreditar que una adecuada prestación del servicio médico asistencial hubiera impedido el daño, porque bastaría con establecer que la falla del servicio le restó al paciente oportunidades de sobrevivir o de curarse.

Se trata en este caso de lo que la doctrina ha considerado como la “pérdida de una oportunidad”, cuya aplicación, a pesar de la simplicidad en su formulación

¹⁸ En relación con este extremo la Sala sostuvo lo siguiente:

“En cuanto a la prueba del vínculo causal, ha considerado la Sala que cuando resulte imposible esperar certeza o exactitud en esta materia, no sólo por la complejidad de los conocimientos científicos y tecnológicos en ella involucrados sino también por la carencia de los materiales y documentos que prueben dicha relación, “el juez puede contentarse con la probabilidad de su existencia” — Cfr. RICARDO DE ANGEL YAGÜEZ. Algunas previsiones sobre el futuro de la responsabilidad civil (con especial atención a la reparación del daño), Ed. Civitas S.A., Madrid, 1995, p. 42.—, es decir, que la relación de causalidad queda probada “cuando los elementos de juicio suministrados conducen a ‘un grado suficiente de probabilidad”, que permita tenerlo por establecido.

De manera más reciente se precisó que la exigencia de “un grado suficiente de probabilidad”, no implicaba la exoneración del deber de demostrar la existencia del vínculo causal entre el daño y la actuación médica, que hiciera posible imputar a la entidad que prestara el servicio, sino que esta era una regla de prueba, con fundamento en la cual el vínculo causal podía ser acreditado de manera indirecta, mediante indicios — Ver, por ejemplo, sentencias de 14 de julio de 2005, exps: 15.276 y 15.332.—. Cfr. Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 31 de agosto de 2006; Consejera ponente: Ruth Stella Correa Palacio; Radicación número: 68001-23-31-000-2000-09610-01(15.772).

¹⁹ Como de hecho fueron denegadas en el caso concreto resuelto mediante el pronunciamiento en cita, en el cual el análisis se centró en establecer si existía, o no, vínculo causal entre la producción del paro cardiorrespiratorio que sufrió un menor de edad en fase de pos operatorio y la prestación del servicio médico que la parte demandante calificaba como negligente y errada en todas sus etapas; por el contrario, el Hospital demandado adujo en su defensa que el referido paro fue una consecuencia natural e inevitable de la grave enfermedad que aquejaba al paciente. La Sala consideró que si bien las pruebas testimonial y documental recaudadas en el proceso hacían evidente la ocurrencia de irregularidades en la prestación del servicio médico, no existía elemento acreditativo alguno que permitiera construir un indicio en torno de la existencia de nexo causal entre el paro cardiorrespiratorio que sufrió el menor en el pos operatorio y la irregular atención que se le brindó desde su llegada al Hospital y en el acto quirúrgico propiamente dicho. Al contrario, la Sala estimó que obraban pruebas en el expediente que confirmaban que el daño constituyó una secuela natural de la propia enfermedad, la cual no pudo ser evitada por los médicos que lo asistieron y, en consecuencia —como se ha dicho— fueron denegadas las pretensiones de la demanda, para lo cual se argumentó que la noción de pérdida de oportunidad no puede ser empleada como sucedáneo de la prueba del vínculo causal entre la falla y el daño a reparar.

ofrece grandes dificultades, pues el daño en tales eventos estaría en los límites entre el daño cierto y el eventual, dado que la oportunidad que puede tener un enfermo de recuperar su salud es aleatoria, regularmente difícil de establecer en términos porcentuales.

Se destaca que la determinación de la pérdida de la oportunidad no puede ser una mera especulación, es necesario que de manera científica quede establecido cuál era la posibilidad real del paciente de recuperar su salud o preservar su vida, y que esa expectativa real haya sido frustrada por omisiones o erradas acciones en la actuación médica. En este aspecto hay que prestar la máxima atención y no resolver como pérdida de oportunidad eventos en los cuales lo que se presentan son dificultades al establecer el nexo causal.

(...)

*Ahora bien, se afirma que el hecho de que no se hubiera realizado un diagnóstico más temprano de la enfermedad, o de que la cirugía no se le hubiera practicado, al menos, en la fecha en que lo recomendó el cardiólogo, hicieron perder al paciente la oportunidad de obtener el restablecimiento pleno de su salud. Sin embargo, esas afirmaciones se quedan en el marco de la mera especulación pues no existe ninguna prueba directa ni indiciaria que acredite que el paciente tenía posibilidades reales de recuperar su salud, sin que la enfermedad le dejara secuelas, siempre que la cirugía se le hubiera practicado en los primeros días de su ingreso al Hospital demandado, **y menos, que en el evento de existir tales posibilidades se pudiera establecer cuáles eran éstas en términos porcentuales**^{20,21,22}.*

Así las cosas, de lo que se trata es de proteger la oportunidad que el paciente tiene de recuperar la salud y evitar la concreción del desenlace fatal – muerte, por lo cual la garantía constitucional que recubre el derecho a la salud otorga a los pacientes el derecho a recibir atención oportuna y eficaz - integridad en la prestación del servicio – acceso de manera oportuna, eficiente y de calidad.

- CASO CONCRETO

Previo a resolver, es menester de esta Sala de Decisión, recordar que el juez de primera instancia denegó las pretensiones elevadas en el petitum, por cuanto considera que la actuación desplegada por el personal médico de la ESE Hospital Laura Perdomo de García de Yaguará (Huila) en el mes de agosto de 2011, fueron satisfactorias, sin incurrir en un diagnóstico defectuoso, precipitado, ni mucho

²⁰ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 31 de agosto de 2006; Radicación número: 68001-23-31-000-2000-09610-01(15772).

²¹ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 7 de julio de 2011. Exp. 20.139.

²² Consejo de Estado, sentencia de 14 de marzo de 2013, Exp. 23.632,

Expediente: 41-001-33-31-003-2012-00072-01
Demandante: Juana Liscano Salazar y Otro
Demandado: ESE Hospital Laura Perdomo de García de Yaguará (H) y SaludCoop EPS
Acción: Reparación Directa

SIGCMA

menos rutinario y, por tanto, no le corresponde resarcir los perjuicios causados con el mismo.

En cuanto a la EPS SALUDCOOP, se acogieron los argumentos expuestos desde la contestación de la demanda y esto es, que cuando la menor requirió los servicios médicos ante la a ESE Hospital Laura Perdomo de García, era precisamente esta última quien fungía como una Institución Prestadora de Servicios de Salud, de manera que, SALUDCOOP como Entidad Promotora de Servicios de Salud, se limitaba únicamente a garantizar – al menos en este caso – el acceso a los servicios de salud.

Así las cosas, al verificar el material probatorio que reposa en el plenario, el Juez primigenio consideró que no existió restricción, limitación o negativa en la prestación de los servicios de salud requeridos por la menor durante las consultas.

En el curso de la apelación, el demandante centra su reproche contra la sentencia de primera instancia, señalando que a la infanta no le fue emitido un diagnóstico oportuno, ni se le prestó una la atención adecuada y, en su lugar, se desconocieron los síntomas presentados por la paciente, lo que conllevó a la emisión de un diagnóstico errado.

Asimismo, señala que en el proceso se demostró que la menor debió concurrir al servicio de urgencias de la E.S.E demandada en seis (6) ocasiones, en las cuales, no se emitió un diagnóstico acorde a las patologías presentadas, pues, en las observaciones de la historia clínica, se evidencia la referencia de dolor abdominal difuso asociado a náuseas y vomito. Síntomas que – *según indica* – son señales inequívocas de una apendicitis aguda, como quiera que dicha patología se desarrolla con presencia de dolor abdominal continuo localizado en cuadro inferior derecho acompañado de vomito y fiebre con signos de irritación peritoneal.

Advierte que, el hecho de solo haberse obtenido el diagnóstico de apendicitis aguda perforada con peritonitis hasta el día 21 de agosto de 2021, es una clara muestra de que *“el manejo instaurado por parte de la entidad demandada no se adecuo a lo*

SIGCMA

preceptuado por la lex artis, lo que permitió que la enfermedad apendicitis progresara al punto de perforarse y ocasionar un cuadro de PERITONITIS, el cual supuso un grave riesgo para su integridad y vida.”; afirmación que pretende reforzar haciendo referencia a lo indicado por el perito Iván Darío Molina, Médico Cirujano Pediatra, así: “Al responder al primer interrogante realizado por la parte actora, respecto de si ante la presencia de dolor abdominal resultaba pertinente considerar el diagnóstico de apendicitis; el perito refirió: ‘es importante considerar el diagnóstico de apendicitis en los niños con dolor abdominal en el cuadrante inferior derecho continuo, vómito y fiebre ellos pueden cursar con una apendicitis entre el 20 – 30 de los casos.’”

Arguye, que de haber existido tratamiento médico desde el preciso instante en que la menor ingresó por primera vez a la E.S.E, es decir, desde el día 13 de agosto de 2011, la suerte hubiese sido otra, pero luego de ocho (8) días de haberse iniciado los síntomas, los galenos tuvieron como presunción diagnóstica el cuadro de apendicitis, el cual, según su consideración, ya se había perforado, derivando en cuadro de peritonitis. De ahí que, sea más que suficiente con revisar la historia clínica y verificar el motivo de consulta, el cual consistía en un cuadro clínico de nueve (9) horas de dolor abdominal difuso asociado a náuseas u vómito en cuatro (4) ocasiones, palidez mucocutánea generalizada, sin diarrea, ni síntomas urinarios, por lo que, resultaba procedente emitir un diagnóstico orientado hacia una apendicitis y adoptar el único tratamiento efectivo en este tipo de casos, esto es, el quirúrgico.

Agrega, que la paciente debió ingresar a la Unidad de Cuidados Intensivos debido al grave compromiso de su estado general, en tanto, la perforación del apéndice representa una mayor incidencia de complicaciones y cita, lo indicado por el perito al momento de dar respuesta al segundo interrogante planteado, así: “En la respuesta al segundo interrogante, respecto a la importancia de un diagnóstico oportuno de la apendicitis, se refirió: ‘...la perforación del apéndice puede ocasionarse dentro de las 24 o 48 horas luego de iniciados los síntomas; a lo cual deberá tenerse en cuenta que la paciente acudió cuando solo habían transcurrido 9 horas de instaurado el cuadro clínico, es decir, la paciente consulto de manera oportuna...’.”; en ese orden,

rechaza las primeras impresiones diagnosticas bajo el cuadro de gastroenteritis, alegando un indebido manejo e interpretación de la sintomatología de la menor, lo que conllevó a que, cuando se emitió el diagnostico real, esta se encontrara en estado séptico con un grave compromiso de su estado general. En consecuencia – reitera- no existían soportes clínicos que permitieran la realización del diagnóstico denominado gastroenteritis.

Frente al ya referido diagnóstico, afirma que el manejo para un paciente que presenta dolor abdominal no especificado, es la realización de unos exámenes clínicos de laboratorios, los cuales fueron realizados, pero, reportaron un cuadro de leucocitos con neutrofilia; que si bien, obligaba a pensar en una patología de carácter infeccioso, no necesariamente debía ser del tipo de la gastroenteritis al no haber presencia de síntomas diarreicos.

Insiste en que el manejo de la patología no fue el adecuado y debió darse tratamiento quirúrgico de forma oportuna, lo cual, implicaba un diagnóstico a tiempo que evitara las complicaciones derivadas de la apendicitis perforada con peritonitis que generó perjuicios a la menor y a su señora madre.

- Análisis de las pruebas - Hechos relevantes probados

Hechas las anteriores precisiones, procede la Sala a verificar las pruebas allegadas al proceso:

- Registro Civil de Nacimiento de la menor MARIA ALEJANDRA LISCANO TOVAR.²³

- Historia Clínica de la menor MARIA ALEJANDRA LISCANO TOVAR, donde constan los antecedentes, diagnósticos, orden de medicamentos y el manejo dado a la sintomatología presentada por la paciente.²⁴

²³ Visible a folios 21 del cuaderno principal No. 1

²⁴ Visible a folios 22 al 34 cuaderno principal No. 1 y del 380 al 411 del cuaderno principal No. 1

Expediente: 41-001-33-31-003-2012-00072-01
Demandante: Juana Liscano Salazar y Otro
Demandado: ESE Hospital Laura Perdomo de García de Yaguará (H) y SaludCoop EPS
Acción: Reparación Directa

SIGCMA

- Notas de enfermería de la menor MARIA ALEJANDRA LISCANO TOVAR.²⁵

- Orden Remisión de Pacientes expedida por la E.S.E. Hospital Laura Perdomo de García.²⁶

- Informe Resultado de Laboratorio Clínico, cuadro hemático, uroanálisis, parasitología de fecha 13/08/2011 realizados a la menor.²⁷

- Guía de manejo médico de urgencia para pacientes con dolor abdominal no traumático de la E.S.E Hospital Laura Perdomo de Gracia.²⁸

- Informe Resultado de Laboratorio Clínico, cuadro hemático y parasitología de fecha 18/08/2011 realizados a la menor.²⁹

- Testimonio rendido por María de los Ángeles Cuenca, concuñada de la señora Juana Liscano Salazar.³⁰

- Testimonio rendido por Blanca Nubia Rojas, quien refiere amistad de larga data con la señora Juana Liscano Salazar.³¹

- Testimonio rendido por Flavio Tovar Trujillo, cuñado de la señora la señora Juana Liscano Salazar.³²

- Historia clínica completa de la menor María Alejandra Tovar Liscano, expedida por la E.S.E Hospital Laura Perdomo de García donde constan los antecedentes, diagnósticos, orden de medicamentos, ayudas diagnósticas, el manejo dado a la

²⁵ Visible a folios 36 del principal No. 1

²⁶ Visible a folios 37 al 39 del cuaderno principal No.1 y en el folio 405 al 406 del del cuaderno principal No.1

²⁷ Visible a folios 40 al 42 del cuaderno principal No. 1

²⁸ Visible a folios 44 al 51 del cuaderno principal No. 1

²⁹ Visible a folios 52 a 53 del cuaderno principal No. 1

³⁰ Visible a folios 266 a 272 del cuaderno principal No. 1

³¹ Visible a folios 272 a 276 del cuaderno principal No. 1

³² Visible a folios 277 a 280 del cuaderno principal No. 1

Expediente: 41-001-33-31-003-2012-00072-01
Demandante: Juana Liscano Salazar y Otro
Demandado: ESE Hospital Laura Perdomo de García de Yaguará (H) y SaludCoop EPS
Acción: Reparación Directa

SIGCMA

sintomatología presentada por la paciente y la orden de remisión de la paciente a otro centro asistencial.³³

- Concepto médico – Dictamen emitido por el Médico Iván Darío Molina, especialista de la Unidad de Cirugía Pediátrica – Departamento de Cirugía de la Universidad Nacional de Colombia, contenido en el oficio UCPED-095-14 del 24 de noviembre de 2014.³⁴

Dilucidado lo anterior, y como quiera que el demandante en el recurso de alzada alega la existencia de fallas en la prestación del servicio brindada al infante fallecido, este Cuerpo Colegiado se ocupará de a determinar si las pruebas descritas en líneas atrás acreditan cada uno de los elementos necesarios para declarar la responsabilidad de las demandadas.

- El daño antijurídico en el caso concreto

En el asunto sometido a análisis, dentro del plenario se encuentra probado que la menor María Alejandra Liscano Tovar, padeció apendicitis aguda, patología que al momento de ser diagnosticada se encontraba perforada.

Bajo este contexto se entiende que el daño que se reclama lo constituye el deterioro de la salud de la paciente María Alejandra Liscano Tovar, fruto de la perforación del apéndice, que condujo a una peritonitis, la cual desencadenó una serie de secuelas derivadas de la complicación padecida y la angustia y dolor por el insuceso, tanto para la víctima directa como para sus familiares, específicamente, la señora Juana Liscano Salazar (madre de la infanta).

Ahora bien, en el expediente reposa copia auténtica de la historia clínica de la menor María Alejandra Liscano Tovar, en la cual se evidencia que, el 13 de agosto de 2011 a las 09:27 a.m., acudió al servicio de urgencias de la E.S.E Hospital Laura Perdomo de Gracia refiriendo dolor ABDOMINAL DIFUSO.

³³ Visible a folios 380 a 411 del cuaderno principal No. 1

³⁴ Visible a folios 47 al 49 del cuaderno principal No. 2

Expediente: 41-001-33-31-003-2012-00072-01
Demandante: Juana Liscano Salazar y Otro
Demandado: ESE Hospital Laura Perdomo de García de Yaguará (H) y SaludCoop EPS
Acción: Reparación Directa

SIGCMA

En dicha historia clínica se consignó:

“PACIENTE FEMENINA CON CUADRO CLÍNICO DE 9 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN EPISODIOS EMETICOS.NUMERO4 VECES CONTENIDO ALIMENTICIO, NO FIEBRE, ASOCIADO A DOLOR ABDOMINAL DIFUSO, NIEGA FIEBRE, SIEGA SINTOMAS URINARIOS NO DEPOSICIONES DIARREICAS.” (sic)³⁵

Así mismo, en la mencionada epicrisis se consignó como diagnostico lo siguiente:

“DIAGNOSTICOS PROGRAMA RIESGO CVC: 13/08/2011 PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 9 HORAS DE EVOLUCION DE EMESIS, AL EXAMEN FISICO PALIDEZ MUCOCUTANE Y HEPATOMEGALIA LEVE NO DOLOROSA BIEN HIDRATADA. SE DECIDE SOLICITAR CUADRO HEMATICO Y PARCIAL DE ORINA. VALORACION CON RESULTADOS.

13/08/2011 PACIENTE CON CUADRO DE 8 HORAS DE EVOLUCION ASOCIADO A FEBRICULA 37.8 AHORA, CON MULTIPLES EPIDOSIO EMTICOS, SIN CAMBIO EN EL HABITO INTESTINAL O URIANRIO. SIN PRESENIA DE DOLOR ABDOMINAL ACTUALMENTE O SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. RECIBIO VIA ORAL CON ADECAUDA TOLERANCIA, PARACLINICOS CON CH LEVE LEUCOCITOSISI Y NEUTROFILIA, HB 11.8, PLAQUEAS NORMALES. PARCIAL DE ORINA NO SUGESTIVO DE IVU. SE CONSIDERA CUADRO COMPATIBLE CON PRODROMOS DE GASTROENTERITIS, SE CONSIDERA DAR MANEJO CON METOCLOPRAMIDA 6MH AHORA. MANEJO AMBULATORIO CON METOCLOPRAMIDA 5MG CADA 8 HORAS, SALES DE REHIDRAATACION ORAL PLAN A, ACETAMINOFEN SOLO POR FIEBRE, NO ANALGESIA SI HAY DOLOR. SE EXPLICA CUADRO NATURAL DE LA ENFERMEDA.D SE DAN RECOMENDACIONE SY IGNOS DE ALRMA, Y DE RECONSULTA INMEDIATAS POR URGENCIAS.”(sic) (Subrayado y Negrilla de la Sala)

³⁵ Visible a folios 22 al 34 cuaderno principal No. 1

Expediente: 41-001-33-31-003-2012-00072-01
Demandante: Juana Liscano Salazar y Otro
Demandado: ESE Hospital Laura Perdomo de García de Yaguará (H) y SaludCoop EPS
Acción: Reparación Directa

SIGCMA

El médico tratante ordenó manejo ambulatorio con metoclopramida 5Mg cada 8 horas, sales de rehidratación oral, acetaminofén solo en caso de presentar fiebre y no analgesia si hay dolor.

El día 13 de agosto de 2011 siendo las 07:04 p.m., la menor reingresa al servicio de urgencias acompañada de su progenitora *“POR PERSISTENCIA DE MULTIPLES EPISODIOS EMETICOS DE CONTENIDO ALIMENTARIO, NIEGA PRESENCIA DE NUEVOS PICOS FEBRILES, REFIERE DOLOR EPIGASTRICO TIPO PICADA, NO ASOCIADO A CAMBIOS EN EL HABITO INTETSINAL O URINARIO, CON INTOLERANCIA A LA VIA ORAL, NIEGA OTROS SINTOMAS ASOCIADOS”*.

En dicha ocasión el diagnostico principal fue consignado de la siguiente manera: *“DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR Dx Relacionado Proc.: NAUSEA Y VOMITO”*

En re-consulta posterior, esto es, el 14 de agosto de 2011 se tuvo como diagnostico presuntivo *“GASTROENTERITIS VIRAL. CON ANTECEDENTE DE FIEBRE ASOCIADA A INTOLERANCIA A LA VIA ORAL”* y, como diagnostico final *“COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS, NO ESPECIFICADAS”*.

No pasa por alto la Sala que en el récord médico de fecha 21 de agosto de 2011, se consigna la siguiente información: *“EL DIA 19/08/2011 SE REABRE HISTORIA CLINICA, MADRE DE PACIENTE ASISTE CON RESULTADO DE COPROLOGICO QUE ELLA TOMA DE MANERA VOLUNTARIA Y PARTICULAR EL CUAL ES COMPATIBLE CON GASTRONETERITIS BACTERIANA. REFIERE MADRE QUE PACIENTE PRESENTA DEPOSICIONES DIARREIAS CON MOCO SIN SANGE, OCASIONALES EPISODIOS EMETICOS, FIEBRE NO CUANTIFICADA OCASIONAL AL, EXAMEN FISICO PACIENTE ALERTA, HIDRATADA, AFEBRIL EN BUEN ESTRADO GENERAL, EF: C/C: CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS MUCOSA ORAL HUMEDA, OROFARINGE NO CONGESTIVA, NO ERITEMATOSA, SIN PLACAS, SIN ESCURRIMIENTO POSTERIOR BLAQUECINO.*

Expediente: 41-001-33-31-003-2012-00072-01
Demandante: Juana Liscano Salazar y Otro
Demandado: ESE Hospital Laura Perdomo de García de Yaguará (H) y SaludCoop EPS
Acción: Reparación Directa

SIGCMA

OTOSCOPIA SIN ERITEMA PERITIMPANICO, NO SUPRACION, MEMBRANA TIMPANICA INTEGRAL BILATERAL CUELLO MOVIL, SIN ADENOMEGALIAS. TORAX SIMETRICO, SIN SDR. C/P: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS SIMETRICOS SIN SOBREGREGADOS, NO MOVILIZACION DE SECRECIONES, ABD: RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, NO DISTENDIDO, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO PALPO MASAS. PUÑO PERCUSION BILATERAL NEGATIVA, EXTRE: SIMETRICAS, SIN EDEMAS, ADECUADA PERFUSION DISTAL, PULSOS PEDIOS SIMETRICOS, NO LIMITACION.”; se indica manejo con TMP/SMX 80/400 cada 12 horas por 5 días y se consigna como diagnostico final “DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO”

No obstante, a las 12+15 se registra en las observaciones médicas *“PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 8 DIAS DE EVOLUCION DADO POR PRESENCIA DE FIEBRE Y MULTIPLES EPISODIOS EMETIOS CON DEPOSICIONES DIARREICAS COMPATIBLE CON GASTROENTERITIS BACTERIANA, SE INTERPRETO CUADRO DE ESTA MANERA Y SE DIO MANEJO ANTIBIOTICO SIN MEJORIA, EL DIA DE HOY ES TRAJIDA POR LA MADRE POR PERSISTENCIA DEL CUADRO CON POBRE TOLERANCIA A LA VIA ORAL. SE CONSIDERA DADO NO MEJORIA CLINICA SOLICITAR CH, PARCIAL DE ORINA, COPROLOGICO Y VALORAR CON RESULTADOS. MEDICAMENTOS PROGRAMA RIESGO CVC: -“(sic)*

Finalmente, el día 21 de agosto de 2011 a las 15+00, se indicó cuadro de dolor abdominal con signos de irritación peritoneal, respuesta inflamatoria sistémica, considerando cuadro clínico probable *“PLASTRON APENDICULAR”* y se inician los tramites de remisión prioritaria urgente. La menor es aceptada en la Clínica SaludCoop, se remite en ambulancia sin médico a bordo.

Así las cosas, se observa que, desde el 13 al 21 de agosto de 2011, a la menor María Alejandra Liscano Tovar se le dio el siguiente tratamiento médico:

SIGCMA

- Realización de Paraclínicos (Uroanálisis, Hematología, parasitología – coprológico).
- Metoclopramida Tb. 10Mg ½ tableta cada 8 horas antes de cada comida por 3 días.
- Sales de rehidratación oral, 1 tasa luego de cada deposición o vomito
- Acetaminofén Tb.500 Mg, 1 tableta cada 6 horas.
- Dipirona Amp. 1G intravenoso.

En la nota de turno del 21/08/2011 a las 12+15, se deja consignado que la paciente presentaba cuadro clínico de 8 días de evolución con presencia de fiebre y múltiples episodios eméticos con deposiciones diarreicas que resultaban compatibles con gastroenteritis bacteriana, así se interpretó y se procedió con manejo antibiótico sin signos de mejoría. Adicional se indica que la paciente fue ingresada por la madre ante la persistencia del cuadro clínico.

Al cuestionario formulado por el Abogado de la parte demandante, Dr. Carlos Eduardo Llanos Cuellar, el doctor Iván Darío Molina, especialista de la Unidad de Cirugía Pediátrica – Departamento de Cirugía de la Universidad Nacional de Colombia señaló (se transcribe como obra en el expediente, incluso los errores):

“1. Es importante considerar el diagnóstico de apendicitis en los niños con dolor abdominal en el cuadrante inferior derecho continuo, vómito y fiebre ellos pueden cursar con una apendicitis entre el 20-30% de los casos.

2. La clasificación actual de la apendicitis es si está perforada o no perforada, esta última con peritonitis localizada o generalizada. Esta perforación puede presentarse en las siguientes 24 a 48 horas después de iniciarse el cuadro clínico. La apendicitis perforada presenta mayor incidencia en complicaciones postoperatorias como de infección del sitio operatorio y sepsis.

3. Dolor abdominal continuo localizado en cuadrante inferior derecho acompañado de vómito y fiebre. Al examen físico hay deshidratación, dolor a la palpación

SIGCMA

abdominal en cuadrante inferior derecho y signos de irritación peritoneal, en casos avanzados en posible palpar masa correspondiente a plastrón apendicular

4. Dolor abdominal difuso tipo cólico acompañado de vomito fiebre y diarrea.

5. El paciente pediátrico con dolor abdominal de etiología no clara debe mantenerse en observación, tomar exámenes paraclínicos como hemograma, uroanálisis y croproscópico si lo amerita el cuadro clínico En una segunda valoración, si el cuadro clínico no varía y no se determina la causa del dolor, debe tomarse una ecográfica abdominal. Si posterior a este estudio no hay claridad en el diagnóstico se procederá a tomar Tomografía abdominal o laparoscopia diagnóstica si el caso lo amerita.”

Al cuestionario formulado por la Abogada de la parte demandada, Dra. Alexandra Serrano Calderón, el perito indicó (se transcribe como obra en el expediente, incluso los errores):

“L. Para el 13 de agosto de 2011 a las 9:27

- 1. Tiene vómito y está pálida.*
- 2. Vómito de 9 horas de evolución y dolor abdominal difuso. Hepatomegalia leve dolorosa.*
- 3. Muchas*
- 4. Nausea y vómito.*
- 5. Tolerancia a la vía oral e hidratación*
- 6. No habla dolor abdominal ni irritación peritoneal tolero la via oral exámenes*

II. Revaloración el 13 de agosto de 2011 a las 9:27.

- 1. Tiene vómito y está pálida.*
- 2. vómito de 9 horas de evolución y dolor abdominal difuso. Hepatomegalia leve dolorosa*
- 3. Muchas*
- 4. Prodromos de gastroenteritis.*
- 5. Tolerancia a la vía oral, hidratación y metroclopramida.*

6. No habla dolor abdominal ni irritación peritoneal tolero la vía oral exámenes leucocitosis de 12500. Neutrofilia del 91%

III. Para el 13 de agosto de 2011 a las 7.04

- 1. vómito y dolor en el epigastrio.*
- 2. Deshidratación, vómito y dolor abdominal leve intermitente en fosa iliaca derecha sin irritación peritoneal.*
- 3. Muchas.*
- 4. Dolor Abdominal localizado en la parte superior*
- 5. Observación hidratación y tolerancia a la vía oral.*

IV. Para el 14 de agosto de 2011 a las 10:48.

- 1. Gastroenteritis*
- 2. Tolera la vía oral sin vómito y deposición blanda.*
- 3. No puedo dar posibilidades diagnósticos con este cuadro clínico. Al examen físico hay leve dolor abdominal sin irritación peritoneal.*
- 4. Colitis y gastroenteritis no infecciosa, no especificadas.*
- 5. Si había mejoría sin dolor abdominal sin vomito sin fiebre y tolerancia adecuada a la vía oral, era posible dar recomendaciones y control estricto de ante los signos de alarma.*
- 6. En estos casos de cuadro clínico atípico ayuda una ecografía abdominal.*

V. El paciente no consultó entre el 14 y el 18 de agosto de 2011.

VI. En paciente no consulto el día 18 de agosto de 2011

VII. Para el 19 de agosto de 2011

- 1. Deposiciones diarreicas, vómito y fiebre.*
- 2. Diarrea sin dolor abdominal sin signos de irritación peritoneal.*
- 3. Con un cuadro clínico tan atípico según lo registrado en la historia clínica no es posible enfocar el diagnostico*

4. *Gastroenteritis bacteriana*

5. *Para la gastroenteritis bacteriana manejo antibiótico.*

6. *Al igual que en la consulta del día 14 de agosto, en estos casos de cuadro clínico atípico ayuda una ecografía abdominal.*

VIII. *Para el 21 de agosto de 2011.*

1. *Vómito, diarrea y fiebre*

2. *Dolor a la palpación abdominal inferior con signos de irritación peritoneal.*

3. *Abdomen agudo de origen infecciosos la primera posibilidad apendicitis aguda.*

4. *Apendicitis aguda perforada con peritonitis.*

5. *Hidratación, iniciar antibiótico y realizar cirugía, para ese diagnóstico apendicetomía con drenaje de peritonitis.*

6. *No.”*

IX. *No creo que el antecedente de dengue clásico influya en el diagnostico posterior de un paciente con vómito, diarrea y dolor abdominal.*

X. *No hubo restricción, limitación o negación de servicios durante las consultas.*

XI. *Fue acertado porque el tratamiento de la apendicitis aguda con peritonitis requiere manejo en una institución que cuente con Cirujano Pediatra.*

XII. *La apendicitis como cuadro clínico de dolor abdominal en el cuadrante inferior derecho constante acompañado de vómito y fiebre que al examen físico se encuentra un paciente deshidratado con dolor a la palpación abdominal con signos de irritación peritoneal no es compatible con el cuadro clínico de un dengue.*

XIII. *Según los hallazgos registrados en la historia clínica en donde hay consultas en que el paciente no tiene dolor abdominal y tolera la vía oral pero tiene un cuadro clínico infecciosos habría ayudado una ecografía abdominal si la institución cuenta con un servicio de radiología.”*

Conforme a lo anterior, la Sala considera que si bien, de conformidad con las pruebas que obran en el proceso, la apendicitis padecida por la menor era una enfermedad de difícil diagnóstico por la forma en que se presentó la sintomatología, lo cierto es que, si se evidencia la presencia de un daño antijurídico que no debía ser soportado por la pequeña en violación directa a su salud, alteración que ostenta un carácter cierto y personal.

Dicho lo anterior, procede la Sala a establecer si esto le es o no imputable a las entidades demandadas, como consecuencia de las presuntas fallas alegadas en la prestación del servicio.

- De la imputación del daño antijurídico en el caso concreto

En cuanto a las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las cuales se produjo el daño, por el error en el diagnóstico de la patología acaecida sobre la vida de la menor María Alejandra Tovar Liscano.

Entendiendo así que, conforme a las atenciones brindadas y el manejo diagnóstico dado por el equipo médico adscrito a la E.S.E Hospital Laura Perdomo de García, es posible para la sala determinar si es viable o no, realizar la atribución jurídica del componente de responsabilidad contenido en el daño antijurídico y que, en principio, estaría en cabeza de la entidad estatal y su consiguiente obligación, sería la de repararlo, siempre y cuando se configuren los presupuestos para ello.

Se pudo constatar que la menor fue llevada por su madre al servicio de urgencias de la E.S.E Hospital Laura Perdomo de García el día 13 de agosto de 2011 y luego, en diferentes ocasiones, se realizan re-consultas en el ese hospitalario en virtud de la persistencia de los síntomas que han descrito de forma previa.

Seguidamente, se observa que la menor presenta un cuadro de 8 días de evolución con dolor abdominal difuso, episodios eméticos de contenido alimentario, intolerancia a la vía oral, palidez, sin presencia constante de picos febriles, con signos de irritación peritoneal, por lo que, conforme al tratamiento y los resultados de los

Expediente: 41-001-33-31-003-2012-00072-01
Demandante: Juana Liscano Salazar y Otro
Demandado: ESE Hospital Laura Perdomo de García de Yaguará (H) y SaludCoop EPS
Acción: Reparación Directa

SIGCMA

exámenes paraclínicos, se consideró de forma presuntiva un diagnóstico compatible a pródromos de gastroenteritis y posteriormente, interpretación de gastroenteritis bacteriana, diagnóstico que se ve reforzado por el resultado de examen coprológico realizado de forma particular y voluntaria por la madre de la menor.

De acuerdo con el diagnóstico presuntivo consignado en la historia de la menor, el personal médico y de enfermería inició el tratamiento correspondiente con metoclopramida, rehidratación oral, exámenes paraclínicos, acetaminofén 500Mg, por lo que, al momento de efectuar el diagnóstico real, se ordenó la remisión inmediata de la pequeña a un centro con cirugía pediátrica.

En el Formato de Remisión de Pacientes, la E.S.E Hospital Laura Perdomo de García, dejó constancia el cuadro clínico de la menor y la prioridad de la remisión a Cirugía Pediátrica con diagnóstico apendicitis aguda con peritonitis generalizada.

Luego de describir los procedimientos adelantados por el personal médico de la E.S.E Hospital Laura Perdomo de García, contrarrestado con el dictamen médico que cursa en el expediente, el cual, resulta coincidente con las publicaciones científicas en la materia y en ausencia de un dictamen que permita esclarecer características propias de la patología, permite de manera razonable concluir que la sintomatología de la apendicitis puede confundirse con un sin número de enfermedades como en efecto aconteció en el presente asunto.

La Sala considera pertinente traer a colación lo indicado por el H. Consejo de Estado respecto a errores en el diagnóstico de enfermedades, en la sentencia de 23 de junio de 2010, exp. 19.101, C.P. Ruth Stella Correa Palacio

“Tal como lo ha señalado la Sala en oportunidades anteriores⁶, la falla médica involucra, de una parte, el acto médico propiamente dicho, que se refiere a la intervención del profesional en sus distintos momentos y comprende particularmente el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, incluidas las intervenciones quirúrgicas, y de otra, todas aquellas actuaciones previas, concomitantes y posteriores a la intervención profesional, que operan desde el

SIGCMA

momento en que la persona asiste o es llevada a un centro médico estatal, actividades que están a cargo del personal paramédico o administrativo. Todas estas actuaciones integran el “acto médico complejo”, que la doctrina, acogida por la Sala⁷ clasifica en: (i) actos puramente médicos; (ii) actos paramédicos, que corresponden a las acciones preparatorias del acto médico, que por lo general son llevadas a cabo por personal auxiliar, en la cual se incluyen las obligaciones de seguridad, y (iii) los actos extramédicos, que corresponden a los servicios de alojamiento y manutención del paciente⁸, clasificación que tuvo relevancia en épocas pasadas para efectos de establecer frente a los casos concretos el régimen de responsabilidad aplicable y las cargas probatorias de las partes⁹, pero de acuerdo con los criterios jurisprudenciales que hoy han sido adoptados por la Sala, conforme a los cuales el régimen de responsabilidad aplicable en materia de responsabilidad médica es el de la falla del servicio probada, dicha distinción sólo tiene un interés teórico.

En relación con el acto médico propiamente dicho, que es el tema de interés para la solución del caso concreto, se señala que los resultados fallidos en la prestación de ese servicio, tanto en el diagnóstico, como en el tratamiento o en las intervenciones quirúrgica, no constituyen una falla del servicio, cuando esos resultados son atribuibles a causas naturales, como aquéllos eventos en los cuales el curso de la enfermedad no pudo ser interrumpido con la intervención médica, bien porque el organismo del paciente no respondió como era de esperarse a esos tratamientos, o porque en ese momento aún no se disponía de los conocimientos y elementos científicos necesarios para encontrar remedio o paliativo para esas enfermedades, o porque esos recursos no están al alcance de las instituciones médicas del Estado.

Por lo tanto, frente a tales fracasos, la falla del servicio se deriva de la omisión de utilizar los medios diagnósticos o terapéuticos aconsejados por los protocolos médicos; por no prever, siendo previsibles, los efectos secundarios de un tratamiento; por no hacer el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, bien para modificar el diagnóstico o el tratamiento y, en fin, de todas

Expediente: 41-001-33-31-003-2012-00072-01
Demandante: Juana Liscano Salazar y Otro
Demandado: ESE Hospital Laura Perdomo de García de Yaguará (H) y SaludCoop EPS
Acción: Reparación Directa

SIGCMA

aquellas actuaciones que demuestren que el servicio fue prestado de manera diferente a como lo aconsejaba la lex artis”

Ahora bien, según los estudios publicados en la materia, el dolor abdominal que se presenta en edad pediátrica es relativamente común, siendo una de las causas más frecuentes de consulta en el servicio de urgencias y, en general, resulta asociable a patologías gastrointestinales; por lo que, la determinación de sus causas resulta ostensiblemente difícil, pues, conforme a la historia clínica y el examen físico, podría encausarse alguna de las variables sin que permita determinar a ciencia cierta, la presencia de una apendicitis.

No obstante, se conoce que la perforación en pacientes con síntomas asociados a la apendicitis se presenta en el 30% de los casos y conlleva una serie de complicaciones, las cuales, deben determinarse de manera previa con la realización de laboratorios y/o ayudas diagnósticas (imágenes) que puedan contribuir a un diagnóstico preciso antes de tomar la determinación y practicar un procedimiento quirúrgico.

En ese orden de ideas, para la Sala cobra relevancia el peritazgo rendido dentro del presente asunto, pues, resulta coincidente con los estudios y publicaciones sobre la materia, armonizan en afirmar que *“es ampliamente conocida la dificultad para realizar un diagnóstico clínico de apendicitis, por lo que varios sistemas de puntuación, laboratorios e imágenes han sido estudiados, en búsqueda de lograr una mayor exactitud diagnóstica antes de decidir el manejo quirúrgico.”*³⁶; entre esos sistemas y escalas clínicas para determinar a partir de un puntaje, el diagnóstico más cercano a la apendicitis, esto, partiendo de los síntomas presentados en el examen físico, los signos de alarma o aparentes que muestre el paciente y los hallazgos de laboratorio. Respecto de este último, se han empleado varias pruebas de laboratorio para la evaluación de los niños con sospecha de apendicitis, de las cuales ninguna de ellas es muy sensible o específica para apendicitis, pero en conjunto pueden afectar el nivel de sospecha y la toma de decisiones para el manejo

³⁶ González Vélez Claudia Liliana y Salamanca Gallo Edgar en “DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA EN LA EDAD PEDIÁTRICA EN LA FUNDACIÓN CARDIO INFANTIL: UTILIDAD DE LA ULTRASONOGRAFIA”. FUNDACIÓN CARDIO INFANTIL, Universidad del Rosario, Facultad de Pediatría. Bogotá, D.C., mayo 15 de 2009. Pag. 14.

de estos pacientes. Dentro de los paraclínicos más usados en la práctica clínica están:

- Cuadro hemático.
- PCR - Reacción en cadena de la polimerasa.
- Parcial de orina.
- Ayudas diagnosticas (Rayos X de abdomen, Ecografía Abdominal, TC Abdominal; RNM Abdominal)

Una vez que el médico tratante realice todos o la mayoría de los exámenes descritos anteriormente, puede aplicar los criterios ponderativos conforme a la siguiente tabla:

Tabla 1: Escala de Alvarado para diagnóstico de apendicitis aguda³⁷.

Tabla 1. Síntomas y signos de la apendicitis.		Puntuación
Síntomas	Migración del dolor abdominal desde el epigastrio al cuadrante inferior derecho	1
	Anorexia	1
	Náusea/ vómito	1
Signos	Dolor a la palpación del cuadrante inferior derecho	2
	Dolor al rebote	1
	Elevación de la temperatura	1
Investigación	Leucocitosis	2
	Desviación a la izquierda	1
Puntaje total posible		10

Los valores que arrojen un Score de 5 a 6 es compatible con el diagnóstico de apendicitis, un Score de 7 a 8 indica una probable apendicitis y un Score de 9 a 10 indica una muy probable apendicitis.

En el caso sub examine se evidencia que el personal médico, realizó los exámenes de paraclínicos propios para determinar este tipo de diagnóstico, excepto las ayudas diagnósticas y el PCR. Sin embargo, la Sala no puede pasar por alto el hecho que, en las observaciones de la historia clínica de los servicios de urgencia de la ESE Hospital Laura Perdomo de García de Yaguará, del día 19/08/2011, se reporta:

³⁷ Escala de Alvarado en la que se detallan los signos y síntomas descritos como variables predictivas en diagnóstico de apendicitis aguda, y puntuación posible

Expediente: 41-001-33-31-003-2012-00072-01
Demandante: Juana Liscano Salazar y Otro
Demandado: ESE Hospital Laura Perdomo de García de Yaguará (H) y SaludCoop EPS
Acción: Reparación Directa

SIGCMA

“19/08/2011 SE REABRE HISTORIA CLINICA, MADRE DE PACIENTE ASISTE CON RESULTADO DE COPROLOGICO QUE ELLA TOMA DE MANERA VOLUNTARIA Y PARTICULAR EL CUAL ES COMPATIBLE CON GASTRONETERITIS BACTERIANA. REFIERE MADRE QUE PACIENTE PRESENTA DEPOSICIONES DIARREIAS CON MOCO SIN SANGE, OCASIONALES EPISODIOS EMETICOS, FIEBRE NO CUANTIFICADA OCASIONAL. A EXAMEN FISICO PACIENTE ALERTA, HIDRATADA, AFEBRIL EN BUEN ESTRADO GENERAL. EF: C/C: CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS. MUCOSA ORAL HUMEDA, OROFARINGE NO CONGESTIVA, NO ERITEMATOSA, SIN PLACAS, SIN ESCURRIMIENTO POSTERIOR BLAQUECINO. OTOSCOPIA SIN ERITEMA PERITIMPANICO, NO SUPRACION, MEMBRANA TIMPANICA INTEGRAL BILATERAL CUELLO MOVIL, SIN ADENOMEGALIAS, TORAX SIMETRICO, SIN SDR. C/P: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS SIMETRICOS SIN SOBREGREGADOS, NO MOVILIZACION DE SECRECIONES. ABD: RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, NO DISTENDIDO, BLANDO, DEPRESIBLE, M DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO PALPO MASAS, PUÑOPERCUSION BILATERAL NEGATIVA. EXTRE: SIMETRICAS, SIN EDEMAS, ADECUADA PERFUSION DISTAL, PULSOS PEDIOS SIMETRICOS, NO LIMITACION PARA LOS ARCOS DE MOVILIDAD. NEUR: ALERTA, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS, SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO.

A: PACIENTE CON EVOLUCION HACIA LA MEJORIA, SIN SIRS, HIDRATADA TOLERADO VIA ORAL CON COPROLOGICO SUGESTIVO DE GASTROENTERITIS BACTERINA POR LO QUE SE INICIA MANEJO CON TMP/SMX 80/400 PCADA 12 HORAS POR 5 DIAS. RESTO DE MANEJO MEDICO IGUAL. SE DAN RECOMENDACIONES Y SIN SIGNOS DE ALERGIAS.” (Se transcribe tal cual como se consigna en la historia clínica, el resaltado y la negrilla son propias de la Sala)

Expediente: 41-001-33-31-003-2012-00072-01
Demandante: Juana Liscano Salazar y Otro
Demandado: ESE Hospital Laura Perdomo de García de Yaguará (H) y SaludCoop EPS
Acción: Reparación Directa

SIGCMA

Dicho lo anterior, es viable indicar que incluso, el resultado del examen coprológico tomado de manera particular y que fue aportado por la demandante al momento de ingresar al servicio de urgencias el día 19/08/2011, era coincidente con el diagnóstico gastroenteritis bacteriana, así mismo, la paciente presentaba síntomas distractores como la diarrea o la evolución prolongada de la sintomatología (dos días), las cuales resultan poco características de la apendicitis.

Tampoco se pierde de vista que, si bien se presentó una discrepancia en el diagnóstico patológico inicial la menor, por parte del equipo médicos, puesto que finalmente la paciente fue intervenida quirúrgicamente por Apendicitis Aguda Perforada, ello no es suficiente para reputarse la falla en el servicio médico planteado en la demanda, toda vez que en el momento de la atención, dadas las características específicas presentadas por el paciente, era dable concluir una patología diferente como la gastroenteritis viral y/o bacteriana, tal como se precisó en el diagnóstico presuntivo. Maxime si se tiene en cuenta que la historia clínica da fe de la valoración y tratamiento para el diagnóstico establecido por el médico tratante.

De conformidad con lo expuesto, la Sala considera que el personal médico examinó al menor de acuerdo con los parámetros fisiológicos que exige la medicina para la atención de pacientes con este tipo de patologías, ordenando el tratamiento correspondiente y la remisión del paciente a un hospital de mayor nivel, tal como lo exige el protocolo médico.

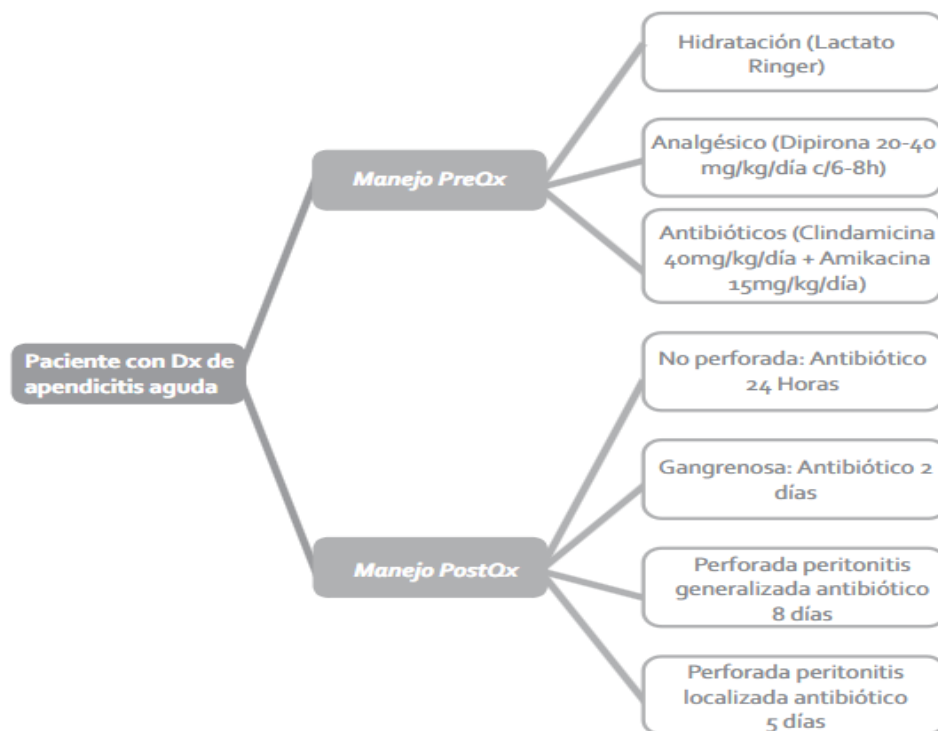
Bajo este entendido, no se observa que la ESE Hospital Laura Perdomo de García de Yaguará haya incurrido en fallas médicas al momento de prestar el servicio, pues, por el contrario, se observa que, en virtud del diagnóstico presuntivo encontrado, al paciente se le ofrecieron los servicios médicos asistenciales, hospitalarios y diagnósticos, conforme a la competencia de primer nivel de complejidad en la atención.

Frente al protocolo de atención, la literatura médica publicada, entre otras en la Revista Desafíos - Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Tolima

SIGCMA

(Colombia) bajo el título “*Protocolo de apendicitis aguda cirugía pediátrica*”³⁸, ha establecido una serie de parámetros o pasos a seguir en el manejo de pacientes con un posible cuadro de apendicitis aguda, previa valoración de la escala descrita con anterioridad, los cuales se resumen en la siguiente imagen, así:

Figura 2



De conformidad con la información expuesta, y los procedimientos médicos desplegados por el personal médico de la E.S.E demandada, se ajustó al protocolo establecido en la *lex artis*, razón suficiente para considerar que no es factible atribuir responsabilidad a las demandadas, y bajo estas consideraciones, los cargos encaminados a demostrar las presuntas fallas en la prestación del servicio médico devienen imprósperas.

Igual análisis habrá de hacerse frente la atención brindada en la Clínica SaludCoop EPS, destacando el hecho de que en este asunto, Empresa Promotora de Servicios de Salud interviene por la afiliación de la menor a dicha entidad y no, porque se considere que esta cometió actos contrarios a la *lex artis*, pues, la paciente fue intervenida con éxito y en el escrito de demanda no se enrostra algún tipo de omisión en la prestación del servicio de salas, así como tampoco se imputan de forma directa

³⁸ La publicación puede ser consultada en: <https://revistas.ut.edu.co/index.php/desafios/article/view/459/385>

actos que vulneraran la integridad física de la menor. Siendo así, que la infanta fue intervenida quirúrgicamente y se logró salvaguardar su vida e integridad personal, lo que a la postre descarta una omisión en la atención o en el diagnóstico que hicieran posible configurar la falla en el servicio médico.

Ahora bien, en cuanto a la **pérdida de oportunidad o chance**, el recurrente señala que **i)** de haberse diagnosticado a la menor desde el instante en que su madre realizó el primer ingreso al servicio de urgencia, la apendicitis no se hubiere perforado afirmando además que **ii)** la tardanza en la emisión de un diagnóstico certero de la menor generó, a su juicio, fallas en la prestación del servicio.

En primer lugar, debe indicarse que esta teoría es clara en señalar que la determinación de la pérdida de oportunidad no puede ser una mera especulación, pues es necesario que de manera científica quede establecido cuál era la posibilidad real del paciente de recuperar su salud o preservar su vida, y que esa expectativa real haya sido frustrada por omisiones o erradas acciones en la actuación médica.

Respecto del primer ítem, considera esta Corporación que no podría afirmarse que de haberse diagnosticado de forma oportuna la apendicitis, esta no se hubiere perforado, pues, es realmente improbable considerando el hecho que la apendicitis se presenta en varias fases o etapas a saber: Fase congestiva o edematosa, ase supurativa, Fase gangrenosa y, por último, la Fase perforada, la cual, puede evolucionar en los siguientes cuadros:

“Peritonitis localizada: Colección purulenta perpendicular que se puede extender hacia la gotera cólica derecha o hacia la pelvis. El resto de la cavidad no se encuentra comprometida.

-Peritonitis generalizada: Presencia de material purulento en toda la cavidad abdominal (interasas, goteras cólicas y espacios subfrénicos).

Expediente: 41-001-33-31-003-2012-00072-01
Demandante: Juana Liscano Salazar y Otro
Demandado: ESE Hospital Laura Perdomo de García de Yaguará (H) y SaludCoop EPS
Acción: Reparación Directa

SIGCMA

- *Plastrón apendicular: El epiplón y las asas adyacentes envuelven el apéndice perforado para limitar la extensión del proceso inflamatorio y evitar la contaminación de la cavidad abdominal.*³⁹

Visto lo anterior, resultaba bastante difícil identificar la fase o etapa de la apendicitis, incluso, al momento del ingreso por primera vez al servicio de urgencia, si es que en gracia de discusión se aceptara la tesis planteada por el recurrente, pues tal como se aprecia en la historia clínica, los galenos auscultaron a la menor sin encontrar signos de alerta a una posible apendicitis.

En cuanto al segundo planteamiento, esto es que, de haberse realizado un diagnóstico temprano, la menor no se habría visto en la necesidad de sobrellevar un dolor y una afectación a su integridad que no estaba llamada a soportar, tampoco puede acogerse tal planteamiento, por cuanto, la parte demandante tenía la obligación de demostrar la existencia esa carga excesiva en la vida de la menor, sin embargo, en las testimoniales recaudadas, la preocupación se centra en temas estéticos y no en afectaciones funcionales, orgánicas, psicológicas y/o motrices, así como tampoco se habló de secuelas que comprometan en tal medida la vida de la menor o que la imposibiliten para llevar una vida en condiciones sanas.

Por consiguiente, en este escenario judicial no es viable afirmar que existe pérdida de oportunidad o chance respecto de la vida del menor fallecido, en tanto que no se logró conocer a ciencia cierta la posibilidad real del paciente en recuperar su salud o preservar su vida, dada la ausencia del elemento que así lo demuestre, por lo que este cargo igualmente deviene impróspero.

En consecuencia, esta Sala acoge los planteamientos esbozados por la Juez de instancia, y por tal motivo confirmará la sentencia apelada, pero atendiendo las precisas razones expuestas en esta instancia, es decir partiendo de la estructuración del daño antijurídico, el cual sin embargo no puede ser imputable a las demandadas.

³⁹ Aparte o explicación tomada de la Revista Desafíos - Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Tolima (Colombia) bajo el título "Protocolo de apendicitis aguda cirugía pediátrica". Pág. 2.

Expediente: 41-001-33-31-003-2012-00072-01
Demandante: Juana Liscano Salazar y Otro
Demandado: ESE Hospital Laura Perdomo de García de Yaguará (H) y SaludCoop EPS
Acción: Reparación Directa

SIGCMA

- **Costas**

En lo atinente a la condena en costas, de manera sumaria habrá de decirse que a partir de la vigencia de la Ley 1437 de 2011, obedecen a un criterio objetivo, recayendo sobre el sujeto procesal vencido, sin necesidad de realizar análisis de tipo subjetivo para su imposición, de acuerdo con el artículo 188 del CPACA.

En mérito de lo expuesto, **EL TRIBUNAL CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DEL ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA**, en nombre de la República y por autoridad de la ley,

IV. FALLA

PRIMERO: CONFÍRMESE la sentencia de la sentencia adiada cuatro (4) de junio de dos mil veintiuno (2021), proferida por el Juzgado Noveno Administrativo Oral de Neiva, por las razones expuestas en precedencia.

SEGUNDO: A cargo de la parte demandante por no resultar avante.

TERCERO: Por Secretaría devuélvase el expediente al Tribunal Contencioso Administrativo del Huila. Desanótese en los libros correspondientes y archívese una copia de esta providencia en los copiadores de este Tribunal.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

JOSÉ MARÍA MOW HERRERA

Expediente: 41-001-33-31-003-2012-00072-01
Demandante: Juana Liscano Salazar y Otro
Demandado: ESE Hospital Laura Perdomo de García de Yaguará (H) y SaludCoop EPS
Acción: Reparación Directa

SIGCMA

NOEMÍ CARREÑO CORPUS

**JESÚS GUILLERMO GUERRERO
GONZÁLEZ**

(en uso de permiso)

(Las anteriores firmas hacen parte del proceso con radicado No. 41-001-33-31-003-2012-00072-01)

Firmado Por:

Jose Maria Mow Herrera
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Contencioso 002 Administrativa
Tribunal Administrativo De San Andres - San Andres

Noemi Carreño Corpus
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Contencioso 003 Administrativa
Tribunal Administrativo De San Andres - San Andres

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **b1026c1c35cce298630fc119265d5261e2ceba73b1a8a890f64011b7e09490da**

Documento generado en 19/12/2023 05:54:23 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>