



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO OCTAVO ADMINISTRATIVO ORAL DE TUNJA

Tunja, tres (3) de marzo de dos mil diecisiete (2017).

REFERENCIA: ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTE: NOHORA SILVA DE SANCHEZ Y OTROS
DEMANDADO: E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE TUNJA Y OTROS
Radicado: 2012-00032

I. ANTECEDENTES

La señora NOHORA SILVA DE SANCHEZ, identificada con la C.C. No. 24.039.438 y otros por medio de apoderado judicial y en ejercicio de la acción prevista en el artículo 86 del C.C.A. demanda a la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA y OTROS, con el objeto de que se acceda a las siguientes:

- Las pretensiones.

1. Declarar Administrativamente responsable al **HOSPITAL REGIONAL SAN JOSE DE MONIQUIRA E.P.S.** y el **HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**, de los perjuicios materiales y morales causados a la señora **NOHORA SILVA DE SANCHEZ**, en calidad de esposa supérstite; **LUIS FERNANDO SANCHEZ SILVA**, en calidad de hijo; **HENRY SANCHEZ SILVA**, en calidad de hijo; **MARTHA MAYOLI SANCHEZ SILVA**, en calidad de hija; **ELSA ESPERANZA SANCHEZ SILVA**, en calidad de hija; **GERMAN ALBERTO SANCHEZ HERNANDEZ**, en calidad de nieto; la menor **MARIANA ISABEL SANCHEZ HERNANDEZ**, en calidad de nieta; el menor **IVAN ALEJANDRO SANCHEZ CRUZ** en calidad de nieto; la menor **JHIN MANUELA RAMIREZ CASTAÑEDA** en calidad de bisnieta; **ANA INES HERNANDEZ HERNANDEZ**, en calidad de nuera y **ANTONIO JOSE RESTREPO NAVARRO**, en calidad de yerno; por la muerte del señor **LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA**, como consecuencia de la culpa, falta y falla en el servicio médico y Administrativo de dichas instituciones.
2. Como consecuencia de la anterior declaración, se condene al **HOSPITAL REGIONAL SAN JOSE DE MONIQUIRA E.P.S.** y el **HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA** a pagar a los actores los siguientes perjuicios:

DAÑO EMERGENTE

- Al pago de la suma de cuatro millones seiscientos mil en forma indexada (\$4.600.000) correspondiente al valor de los **daños emergente** sufrido por la señora **NOHORA SILVA DE SANCHEZ** en lo correspondiente a gastos hospitalarios y funerarios.

- Al pago de la suma en forma indexada de (\$3.230.000) correspondiente al valor de los **daños emergente** sufrido por el señor **HENRY SANCHEZ SILVA**. En lo correspondiente a gastos de tiquete aéreo de Estados Unidos a Colombia.
- Al pago de la suma en forma indexada de (\$4.560.000) correspondiente al valor de los **daños emergente** sufrido por la señora **ELSA ESPERANZA SANCHEZ SILVA** En lo correspondiente a gastos de tiquete aéreo de Estados Unidos a Colombia.

PERJUICIOS MORALES

- Al pago de **300 salarios mínimos legales mensuales** correspondiente al **Daño o Perjuicio Moral**; a la señora; **NOHORA SILVA DE SANCHEZ**, en su condición de esposa del causante.
- Al pago de **150 salarios mínimos legales mensuales** correspondiente al **Daño o Perjuicio Moral**; al señor **LUIS FERNANDO SANCHEZ SILVA**, en su condición de Hijo del causante.
- Al pago de **150 Salarios mínimos legales mensuales** correspondiente al **Daño o Perjuicio Moral**; al señor **HENRY SANCHEZ SILVA**, en su condición de hijo del causante.
- Al pago de **150 Salarios mínimos legales mensuales** correspondiente al **Daño o Perjuicio Moral**; a la señora **MARTHA MAYOLI SANCHEZ SILVA**, en su condición de hija del causante.
- Al pago de **150 salarios mínimos legales mensuales** correspondiente al **Daño o Perjuicio Moral**, a la señora **FLSA ESPERANZA SANCHEZ SILVA**, en su condición de hija del causante.
- Al pago de **100 Salarios mínimos legales mensuales** correspondiente al **Daño o Perjuicio Moral**; a **GERMAN ALBERTO SANCHEZ HERNANDEZ**, en su condición de nieto del causante.
- Al pago de **100 Salarios mínimos legales mensuales** correspondiente al **Daño o Perjuicio Moral**; a la menor **MARIANA ISABEL SANCHEZ HERNANDEZ**, en su condición de nieta del causante.
- Al pago de **150 Salarios mínimos legales mensuales** correspondiente al **Daño o Perjuicio Moral**; a la menor **JHIN MANUELA RAMIREZ CASTAÑEDA** en calidad de bisnieta del causante.
- Al pago de **100 Salarios mínimos legales mensuales** correspondiente al **Daño o Perjuicio Moral**; a **ANA INES HERNANDEZ HERNANDEZ**, en su

condición de nuera del causante.

- Al pago de **100 Salarios mínimos legales mensuales** correspondiente al **Daño o Perjuicio Moral**; al menor **IVAN ALEJANDRO SANCHEZ CRUZ**, en su condición de nieto del causante.
 - Al pago de **100 Salarios mínimos legales mensuales** correspondiente al **Daño o Perjuicio Moral**; a **ANTONIO JOSE RESTREPO NAVARRO**, en su condición de yerno del causante.
3. La condena respectiva será actualizada de conformidad con lo previsto en el artículo 178 del C.C.A., aplicando en la liquidación la variación promedio mensual del índice de precios al consumidor, desde la fecha de ocurrencia de los hechos hasta la de ejecutoria del correspondiente fallo definitivo.
 4. La parte demandada dará cumplimiento a la sentencia, en los términos de los artículos 176 y 177 del C.C.A..

- **Los Fundamentos de hecho.**

El Despacho procede a resumir los fundamentos facticos de la siguiente manera:

- Relata que el señor Luis María Sánchez Aranda, solicitó los servicios médicos del centro de Salud de Santana Boyacá, el día 10 de noviembre del 2009, por presentar dolor abdominal, y fue atendido por el médico Néstor Salazar Noguera, quien lo remitió al Hospital Regional de Moniquira, en donde es hospitalizado y dado de alta el 14 de noviembre de 2009 con diagnóstico de egreso de "Gastritis no especificada"; donde fue atendido por los médicos AVILA BARON MONICA, ALBARRACIN DIAS JEHIMI, BELTRAN LOPEZ OSCAR JAVIER, OSORIO ADRIANA DEL PILAR.
- Refiere que el señor Luis María Sánchez, ingresa nuevamente a la ESE Centro de Salud de Santana por el mismo dolor abdominal el día 04-12-2009; paciente es remitido ese mismo día al hospital Regional de Moniquira y recibido en dicha Institución por la médica cirujana ADRIANA DEL PILAR OSORIO, quien ordeno su hospitalización, la cual se prolonga hasta el 06 de diciembre de 2009.
- Relata que el 20 de diciembre de 2009, ingresa nuevamente al centro de Salud de Santana por el mismo dolor abdominal, y es atendido en dicho centro por el médico NESTOR JULIAN SALAZAR NOGUERA, quien lo remite al Hospital de Moniquira, institución que lo atiende por urgencia con diagnóstico de "cuadro de dos horas de dolor abdominal en el hemiabdomen derecho tipo punzada de intensidad moderado".

- El día 21 de diciembre del 2009, es valorado el paciente por el Dr. CONTRERAS, quien ordena una toma de ecografía y otros exámenes; también es valorado por el medico anestesiólogo de turno, quien considera que el paciente debe ser remitido a Hospital de tercer nivel.
- El día 22 de diciembre del 2009 aproximadamente a las 03:00 am, es recibo en el hospital San Rafael de Tunja, con un cuadro clínico de dolor abdominal y valorado por Medicina Interna del hospital San Rafael de Tunja, y remitido a urgencias a cirugía y trasladado a la UCI.
- Que de acuerdo al diagnóstico encontrado por los galenos que practicaron la cirugía, se determinó que el paciente ingresa en pop inmediato de la paratoma exploratoria encontrando quístron vesicular + PERITONTNTIS GENERALIZADA + pirocolecisto + vesícula coledocolonica, con drenaje de 4.000cc de líquido purulento.
- Una vez practicada la cirugía, según la epicrisis de la unidad de cuidado intensivos de fecha 24 de diciembre del 2009, el paciente se encuentra en pésimas condiciones generales, en choque séptico refractario, inestable hemodinamicamente con soporte cardiovascular elevado, con soporte ventilatorio para protección de vía aéreas en asidemia metabólica severa.
- Relata que el señor LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA el día 24 de diciembre del 2009, entra paro cardiorrespiratorio y fallece y se le informa a los familiares.

II. TRAMITE PROCESAL;

1. Presentación y admisión;

La demanda fue radicada el veintitrés (23) de febrero de dos mil doce (2012) (f.19) y admitida mediante auto de fecha 6 de junio de dos mil doce (2012), (ff.220 - 221) ordenándose la notificación personal al representante legal de las entidades demandadas y al Ministerio Publico.

Dentro del término de fijación en lista las entidades accionadas presentaron escrito de contestación así:

3. Contestación de la demanda

- **ESE Hospital San Rafael de Tunja ff. 248 a 264.**

Se opone a todas y cada una de las pretensiones y aduce que carecen las mismas de sustento factico, jurídico y probatorio.

Refiere que la atención prestada por el ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA correspondió a la pericia, diligencia y oportunidad del personal asistencial que desarrollan los diversos procesos y consecuentemente a la orden de remisión del paciente desde el Hospital Regional de Moniquira, el paciente en su estancia fue valorado por Medicina Interna, cirugía, llevado una atención integral y con la presencia de profesionales médicos especializados que lo único que buscaron fue recuperar su salud, agotando todos los tratamientos, ayudas o medios diagnósticos de acuerdo a la patología que presentaba, brindando todas las alternativas terapéuticas respaldadas por la evidencia científica con énfasis en minimización de riesgos.

Manifiesta que debe tenerse en cuenta que el paciente LUIS MARIA ARANDA paciente de 82 años de edad, (q.e.p.d) previo a su llegada a la ESE SAN RAFAEL DE TUNJA, estuvo en dos instituciones hospitalarias diferentes, ingresa al servicios de urgencias de la ESE de Tunja, siendo remitido por el Hospital Regional de Moniquira, con cuadro clínico de 2 días de evolución, consistente en dolor abdominal constante, localizado en el abdomen derecho de intensidad moderada, no refiere otra sintomatología.

Arguye que al paciente se le prestó la atención oportuna en la medida que su estado clínico lo requería, con la realización de los estudios diagnósticos adicionales pertinentes, para definir el tipo de tratamiento más beneficioso y requería confirmación con estudios complementarios como lo soporta la nota de cirugía del Hospital de Moniquira; destaca que la demanda cifra la falla del servicio en cabeza de una entidad diferente a la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA.

Propone las excepciones de Falla de servicio, inexistencia del nexo causal, caducidad de la acción, inexistencia de causa legal, ineptitud de la demanda, falta de legitimación en la causa por pasiva.

Expone que en el curso de la prestación medica brindada al señor SANCHEZ ARANDA, se contó con el consentimiento informado, el cual se trata de la autorización que brinda un paciente o las personas de quien depende, a los profesionales de la salud para la realización de procedimientos o administración de tratamientos con el previo conocimiento de la enfermedad o estado de salud y de los riesgos y posibles beneficios que implica los procedimientos o tratamientos que le deben ser suministrados, así como el pronóstico y los riesgos a que se enfrenta.

Finalmente refiere que el paciente para el momento de realizar su consulta ante personal médico del Centro de Salud de Santana y el Hospital Regional de Moniquira, presentaba una amplia gama de problemas de salud, por lo que considera que responder por este tipo de pacientes requiere de la ciencia, consciencia y la ética así como un modelo organizativo de la atención, centrado en el paciente, orientado a la

gestión de problemas de salud, múltiples, crónicos que ocurren simultáneamente y con un patrón de gravedad cambiante con el tiempo.

Considera que para el caso del señor SANCHEZ ARANDA se determina la existencia de dos días de evolución consistente en dolor abdominal constante, hipertensión arterial y diabetes mellitus, todo esto hacia que a pesar de la pertinencia de la atención prestada, el resultado no fuera el de una recuperación satisfactoria y que tenía un alto riesgo de morbilidad.

Llama en garantía a la Aseguradora La Previsora S.A. y a la Cooperativa De Trabajo Profesional Asociado De Cirujanos De Boyacá Cta.

- ESE Hospital Regional de Moniquira ff. 265 a 268

Manifiesta que se opone a la prosperidad de todas y cada una de las pretensiones formuladas en el escrito de la demanda por falta de respaldo factico y probatorio idóneo que permita su viabilidad por ser improcedentes, ilegales, ausentes e inconducentes al igual que exageradas en su cuantificación.

Arguye que los presuntos daños y perjuicios no se causaron por negligencia del Hospital de Moniquira, máxime cuando lo pretendido rebosa los límites de lo razonable, considera que hay ausencia total de elementos que permitan afirmar que hubo negligencia, propone como excepciones la Inexistencia de causa, ausencia de derecho para promover la acción, inepta demanda, por lo que solicita se declaren probadas las excepciones propuestas y negar las pretensiones de la demanda.

Postura de los Llamados en Garantía

- LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS ff. 317 a 323.

Refiere que la responsabilidad de la PREVISORA S.A deberá establecerse en el proceso en los términos del mismo contrato de Seguros, de acuerdo a los límites de cobertura, exclusiones y demás estipulaciones consagradas en las condiciones Generales de la Póliza que por haber sido entregadas al momento de la suscripción del contrato, se hallan en poder de la llamante en garantía. Propone como excepciones la inexistencia de relación de causalidad entre el servicio prestado y el daño afirmado.

Refiere que de la Historia Clínica se puede apreciar que el Hospital San Rafael de Tunja estuvo al cuidado del paciente fallecido en el periodo comprendido entre el 22 al 24 de diciembre de 2009 y que en este tiempo se le presto al paciente de manera diligente la atención que requería, teniendo en cuenta las circunstancias de su salud que al

momento del ingreso los médicos pronunciaron como críticas, por lo que le resulta evidente que el paciente ingreso al Hospital San Rafael de Tunja en condiciones de salud críticas y la atención brindada por este Hospital fue la apropiada para las condiciones de salud del paciente sin que se aprecie ni remotamente la existencia de causa para inculpar al Hospital en el desenlace natural de la patología que afecto al paciente.

- **COOPERATIVA DE TRABAJO PROFESIONAL ASOCIADO DE CIRUJANOS DE BOYACA CTA.**

Pese haber sido notificada, la entidad llamada en garantía no se pronunció.

4. Material Probatorio.

El plenario se enriquece de los siguientes medios de prueba:

- Copia de la Historia Clínica del señor LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA de la ESE hospital Regional de Moniquira ff. 20 a 55 y 694 a 695.
- Copia de la Historia Clínica del señor LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA de la ESE Centro de Salud de Santana ff. 96 a 109.
- Copia de la Historia Clínica del señor LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA de la ESE hospital San Rafael de Tunja ff. 110 a 159 y 558 a 564.
- Informe pericial ff. 160 a 181.
- Registro de Defunción del señor LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA, f. 182
- Registro Civil de nacimiento de LUIS FERNANDO SANCHEZ SILVA f. 183
- Registro Civil de nacimiento de MARTHA MAYOLLI SANCHEZ SILVA f. 184
- Registro Civil de nacimiento de HENRY SANCHEZ SILVA f. 185
- Registro Civil de nacimiento de ELSA ESPERANZA SANCHEZ SILVA f. 186
- Registro Civil de nacimiento de GERMAN ALBERTO SANCHEZ HERNANDEZ f. 187
- Registro Civil de nacimiento de MARIANA ISABEL SANCHEZ HERNANDEZ f. 188
- Registro Civil de nacimiento de IVAN ALEJANDRO SANCHEZ CRUZ f. 189
- Registro Civil de nacimiento de JIHN MANUELA RAMIREZ CASTAÑEDA f. 190
- Registro Civil de Matrimonio de SANCHEZ SILVA LUIS FERNANDO y ANA INES HERNANDEZ HERNANDEZ f. 191
- Registro Civil de Matrimonio de LUIS MARIA SANCHEZ y NOHORA SILVA GARCIA f. 192
- Oficio No. A003010000-1743 librado por AVIANCA, de noviembre 12 de 2013 ff. 351 a 353
- Oficio No. JCI-RB No. 01508-15 del 11 de diciembre de 2013 librado por La Junta Regional de Calificación de Invalidez de Boyacá f. 355
- Copia de Historia Clínica remitida por la ESE HOSPITAL DE MONIQUIRA ff. 358 a 454.

- Cd remitido por Hospital san Rafael de Tunja, el que contiene Guías de manejo f.465
- Testimonio rendido por URIEL GENARO SANCHEZ NUÑEZ ff. 474 a 476
- Copia de Notas de referencia librado por el HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ff. 508 a 516.
- Copia de Epicrisis (Unidad de cuidados intensivos), Hospital san Rafael de Tunja ff. 519 a 523 y 558 a 582
- Dictamen pericial practicado por el INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES DIRECCION SECCIONAL BOYACA ff. 553 a 554 vuelto, 702 a 703 y 732 a 733
- Informativo Hospital san Rafael de Tunja y copia de registro de morgue registros de diciembre de 2008 ff. 662 y 672
- Testimonio rendido por LUIS FERNANDO SANCHEZ SILVA ff. 59 a 61 anexo 1 hijo
- demandante

Respecto al testimonio del señor LUIS FERNANDO SANCHEZ SILVA, no obstante haber sido decretado por el Juzgado Segundo Administrativo de Descongestión, no será tenido en cuenta, toda vez que el mismo funge como demandante en el presente asunto, y no tercero circunstancia por la cual el medio probatorio se torna ilegal.

- Testimonio rendido por LIDA ESPERANZA SALAMANCA MOJICA ff. 68 a 69 anexo 1
- Testimonio rendido por FERNANDO TEJADA FLÓREZ ff. 51 a 53, anexo 2
- Testimonio rendido por OSCAR JAVIER BELTRAN LOPEZ ff.53 a 55 anexo 2
- Testimonio rendido por NESTOR JULIAN SALAZAR NOGUERA ff. 63 a 66, anexo 3

5. Alegatos de conclusión.

Se corrió traslado de alegatos mediante auto de fecha 18 de enero de 2017, conforme al artículo 210 del C.C.A., f. 738

5.1 . La parte demandante ff. 744 a 750

Arguye que dentro del presente proceso se encuentran probado la responsabilidad de los demandados y con mayor grado en los médicos y Administración del Hospital San José de Moniquira, quienes por el diagnóstico desatinado de los galenos por la mala y tardía atención del Hospital San José de Moniquira se dio la peritonitis, que si se hubiera actuado con diligencia se hubiera salvado la vida del señor Sánchez tal como está demostrado en las pruebas aportadas al proceso.

Refiere que los hechos dan plena certeza de la responsabilidad de los demandados para responder de los perjuicios sufridos tanto pecuniarios como morales por su negligencia e irresponsabilidad del personal médico y administrativo a los demandantes; ya que la falla en el protocolo médico y la mala atención administrativo en forma oportuna de estas entidades dieron origen a que evolucionara el cuadro clínico del paciente y se produjera la muerte.

Sostiene que si su atención hubiera sido diligente y oportuno el señor LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA hubiera sobrevivido a la peritonitis que se produjo, por cuanto en estos casos y tal como se vislumbra en los medios probatorios hubiera sido eficaz y oportuna la atención, la infección no hubiera alcanzado a evolucionar tanto como lo hizo, por cuanto la demora en el procedimiento médico y administrativo en que se incurrió se produjo el desarrollo y aceleramiento del cuadro clínico y la muerte del señor LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA por no haberse observado los protocolos médicos y no detectar a través de los exámenes pertinente la enfermedad que se estaba desarrollando, como era la muerte de tejidos blando en las paredes abdominales y que produjo plastrón vesicular + PERITONINTIS GENERALIZADA + picrocolecisto + vesícula coledocolonica, con drenaje de 4.000cc de líquido purulento; por otra parte, los galenos y el personal administrativo del Hospital San Rafael de Tunja no realizaron oportunamente la intervención quirúrgica.

Sostiene que la falta de atención y la prevención médica en el desarrollo de la atención del paciente LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA, fue la causa directa de su fallecimiento; ya que el tiempo transcurrido desde que fue remitido por primera vez el día 11 de noviembre del 2009 al Hospital de Moniquira y posteriormente el 20 de diciembre del mismo año, hasta la intervención quirúrgica efectuada en el Hospital San Rafael de Tunjo ocasionó el desenlace de la peritonitis y posterior muerte por las complicaciones que reposan en la historia clínica.

Solicita que de conformidad con las pruebas recaudadas se acojan las pretensiones de la demanda y de esa forma se condene a los Hospital Regional San Rafael de Tunja y Hospital Regional San José de Moniquira, por ERROR MEDICO Y ADMINISTRATIVO consistente en CULPA, FALTA, FALLAS EN EL SERVICIO MEDICO, y como consecuencia se condene a las entidades Demandadas al pago indexado de los perjuicios causados a los demandantes.

5.2. ESE Hospital San Rafael de Tunja ff. 742 a 743.

Manifiesta que de conformidad con lo dispuesto por el artículo 167 del C.G.P, por expresa remisión del artículo 211 del CPACA, incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas cuyos efectos jurídicos reclaman.

Que en este orden de ideas, estudió los elementos para establecer la responsabilidad extracontractual basada en la teoría subjetiva o teoría clásica de la culpa, a saber: el

daño, el actuar doloso o culposo del actor y la relación de causalidad entre el daño y el actuar doloso o culposo del sujeto generador del daño. Así, una vez constatada la presencia de estos tres elementos, se está en presencia de una responsabilidad la cual genera el deber de indemnizar los perjuicios por parte del agente generador del daño, en caso contrario deben despacharse negativamente las pretensiones de la demanda.

Respecto del daño, eventualmente estaría determinado por la afectación derivada del fallecimiento del señor LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA (Q.E.P.D).

Con relación al segundo elemento, actuar doloso o culposo del actor del daño (ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA), puntualiza que la presunta falla del servicio está determinada por un mal diagnóstico de quienes atendieron al paciente LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA (Q.E.P.D), los días del 10 de noviembre y 4 de diciembre de 2009, de conformidad con lo manifestado por el apoderado de los demandantes en el hecho 18 de su libelo introductorio y corroborado por las pruebas obrantes en el plenario.

Refiere que los servicios hospitalarios prestados por la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, al paciente LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA (Q.E.P.D) durante los días 22 al 24 de diciembre de 2009 conforme al material probatorio obrante en el proceso, fue prestado con oportunidad, eficiencia, diligencia, calidad y conforme a los protocolos que se manejan para ese tipo de patologías; así se evidencia en la historia clínica del paciente donde se consigna paso a paso la oportuna, eficiente y de calidad, atención brindada al paciente, considera que todo lo anterior es corroborado por los dictámenes médicos legales rendidos por el Dr. LUIS STERLING NEME ESPITIA profesional universitario forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses Dirección Seccional Boyacá, que se encuentran contenidos en el oficio No. DSB-DRO-03173-2016 del 16 de septiembre de 2016 y ratificado textualmente en el oficio DSB-DRO-04005-2016 del 21 de noviembre de 2016.

Arguye que basado en lo anterior, y teniendo en cuenta este marco de referencia, los antecedentes del paciente en cuestión, el cuadro clínico presentado, los estudios diagnósticos realizados, la conducta quirúrgica tomada, los hallazgos del informe quirúrgico, el manejo de las complicaciones pos operatorias y el manejo en área de cuidado crítico considera que la atención médica prestada al señor LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA (Q.E.P.D), en la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, fue adecuada, pertinente y oportuna a la luz de la *lex artis* vigente al momento de los hechos.

Manifiesta que en el dictamen médico legal del 21 de noviembre de 2016 en la página 3 se adiciona que *"de acuerdo a este concepto no encuentro elementos de juicio para determinar una supuesta negligencia médica, pues en las descripciones médicas relacionadas con la atención brindada al paciente, se observa que en todo momento se conservó el deber objetivo de cuidado."*

Concluye que con ello se establece con claridad que la atención médica hospitalaria prestada al señor LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA (Q.E.P.D) en la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA fue diligente, con oportunidad, pertinencia y calidad y por tanto se desvirtúa la supuesta negligencia médica endilgada por la parte actora en su demanda. Existiendo una total ausencia del elemento subjetivo de la responsabilidad, requisito sine qua non para el nacimiento de la obligación de indemnizar, por sustracción de materia, no es menester analizar la relación de causalidad; resultando forzoso que la sentencia de primera instancia niegue las pretensiones de la demanda y acoger en su totalidad las excepciones propuestas por el HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA.

5.3 ESE Hospital Regional De Moniquira ff. 739 a 741.

Solicita se nieguen las pretensiones de la demanda, teniendo en cuenta que quedo plenamente probado que el HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA, fue diligente con la atención que requería el señor LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA.

Señala que en el presente asunto la parte actora no acredita los elementos generadores de la responsabilidad médica, pues no existe nexo causal entre el daño reclamado y la actuación médica desplegada por los diferentes profesionales de la salud que atendieron al señor LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA, toda vez que se le brindo un tratamiento adecuado a la sintomatología que presentaba al momento de ingresar a la institución dando pleno cumplimiento a la praxis médica establecidos para el efecto.

Refiere que la prueba testimonial rendida por el médico que lo atendió en el hospital San Rafael de Tunja URIEL GENARO SANCHEZ NUÑEZ, fue muy concreto al afirmar que se le dio un el tratamiento indicado, realizando todo los exámenes necesarios al diagnóstico, también el informe pericial rendido por el perito forense, está ajustado a la realidad, y la praxis médica, donde se puede ver que no existe responsabilidad por parte de la Entidad.

Afirma que en relación con la conducta desplegada por la ESE. Hospital Regional de Moniquirá, está acreditado en el expediente con las pruebas obrantes que no existió una falla en la prestación del servicio médico a cargo de esta Entidad, dado que en la historia clínica se evidencia que el tratamiento dado fue expedito respetando siempre el objetivo de resguardar la eficacia del derecho a la salud consagrado en el artículo 49 de la Carta Política.

Sintetiza que la responsabilidad por falla médica ha variado a través de los años, pasando desde el régimen de falla probada del servicio, la falla presunta del servicio, la carga dinámica de la prueba y en el año 2006, mediante Sentencia del 31 de agosto,

volvió al régimen de falla probada, en razón de la complejidad de los temas médicos y la dificultad para las instituciones públicas en el ámbito probatorio, debido al tiempo que transcurre y la cantidad de casos que maneja.

Concluye que en la actualidad el Consejo de Estado ha mantenido la postura que el título de imputación por excelencia en los asuntos de responsabilidad es la falla probada del servicio, no obstante también ha indicado que nada obsta para que se puedan aplicar de manera residual o subsidiaria en este tipo de asuntos, otro tipo de títulos de imputación, dado que cuando se alega la falla en la prestación del servicio médico, es necesario que dentro del plenario se encuentre acreditado los elementos que comprometen la responsabilidad de la entidad demandada por la defectuosa prestación del servicio.

De acuerdo con lo anterior, considera que está plenamente demostrado que en el presente caso no se encuentra acreditada la falla en la prestación del servicio alegada por la parte actora, por el contrario del conjunto de pruebas allegadas en su integridad, se logra establecer que la atención brindada al señor LUIS MARIA SANCHEZ ARANADA, fue conforme a las dolencias por las cuales consultaba.

5. Llamados en garantía.

5.1. LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS. No presento alegatos

5.2. COOPERATIVA DE TRABAJO PROFESIONAL ASOCIADO DE CIRUJANOS DE BOYACA CTA. No presento alegatos

6. Ministerio Público. No conceptuó.

I. CONSIDERACIONES

1. PROBLEMA JURÍDICO

Consiste en determinar si las entidades demandadas, esto es la **ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**, la **E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA** y los **llamados en garantía** son administrativa y patrimonialmente responsables de la muerte del señor **LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA** con ocasión de los servicios médicos prestados por las entidades de salud demandadas. Para lo anterior, se debe establecer si se encuentran probados los supuestos fácticos de los cuales se pretende derivar la existencia de una falla en el servicio que comprometa su responsabilidad.

2. De la excepción propuesta.

Advierte el Despacho que la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, en su escrito de contestación a la demanda, propone la **excepción de caducidad**, excepción que no resulta probada, por las razones que pasan a explicarse.

El hecho dañoso (muerte del señor SUAREZ ARANDA) ocurrió el 24 de diciembre de 2009 y la demanda fue presentada en 23 de febrero de 2012, sin embargo la Parte demandante hizo solicitud de conciliación, ante la Procuraduría 121 Judicial II de Tunja para Asuntos Administrativos, el día veinticuatro (24) de noviembre de dos mil once (2011), tal como se verifica en el f.205 circunstancia por la cual, se suspende el termino de caducidad a partir de ese momento, tal como lo señala el Artículo 21 de la Ley 640 de 2001.

Por lo anterior, en el presente asunto la caducidad se encontraba suspendida hasta que fuera expedida por el Procurador la respectiva constancia, lo cual sucedió el día veintitrés (23) de febrero de dos mil doce (2012), f. 206; mismo día en el que fue presentada la demanda, razón por la que, en el caso bajo estudio el fenómeno de la caducidad no opero.

3. Resolución del caso.

3.1. Fundamento Jurisprudencial.

3.1.1. De la imputación fáctica en el juicio de responsabilidad.

En los procesos donde se solicita una declaratoria de responsabilidad extracontractual del Estado, de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 90 Superior, indefectiblemente habrá que acreditarse la existencia de un daño antijurídico y que aquel es imputable fáctica y jurídicamente a la Administración.

Tratándose del análisis de imputación de primer nivel (*imputatio facti*), la jurisprudencia ha explicado que es necesario efectuar para el caso concreto un estudio de *causalidad* con el fin de determinar cuál fue el origen de la lesión antijurídica, para lo cual se ha hecho uso de la *teoría de la causalidad adecuada*¹, según la cual la fuente del daño es

¹ "(...) Como se sabe, de tiempo a atrás, la jurisprudencia del Consejo de Estado viene aplicando la **teoría de la causalidad adecuada o causa normalmente generadora del resultado**, conforme a la cual, de todos los hechos que anteceden la producción de un daño solo tiene relevancia aquel que, según el curso normal de los acontecimientos, ha sido su causa directa e inmediata.

Al respecto, es menester traer a colación lo que la doctrina ha manifestado al respecto:

'Para explicar el vínculo de causalidad que debe existir entre el hecho y el daño, se han ideado varias teorías; las más importantes son: la 'teoría de la equivalencia de las condiciones' y 'la teoría de la causalidad adecuada'. De acuerdo con la primera, todas las causas que contribuyeron a la producción del daño se consideran, desde el punto de vista jurídico, como causantes del hecho, y quienes estén detrás de cualquiera de esas causas. A esta teoría se la rechaza por su inaplicabilidad práctica, pues

aquella que, según el curso normal de los acontecimientos y las reglas de la experiencia, es la que genera el resultado antijurídico.

Aunado a lo anterior, la jurisprudencia del Consejo de Estado ha señalado que la causa adecuada del daño no necesariamente coincide con la causa material inmediata del mismo -sin que deba caerse en el análisis correspondiente a la teoría de la equivalencia de las condiciones- ya que, aun cuando el estudio de la causalidad se enmarca en la faceta fáctica de la imputación, deben considerarse los factores que además posean cierta relevancia jurídica para que puedan identificarse como causa del resultado dañoso, lo cual cobra mayor importancia cuando el perjuicio ha sido producto de causas concurrentes².

Así las cosas, la inmediatez de la causa no debe examinarse desde el punto de vista físico sino jurídico (sin que sea adecuado hablar de *causas jurídicas*, como lo ha corregido recientemente la jurisprudencia³), sin perjuicio de que coincidan al momento de determinar la responsabilidad del resultado.

Igualmente debe precisarse que el análisis de causalidad adecuada, que se convierte en un criterio necesario con el fin de determinar cuál fue la génesis material del daño, debe ser complementado e integrado con el examen de figuras jurídicas, como la posición de garante, el riesgo permitido y el principio de confianza, entre otros, con el fin de establecer en cabeza de quién está la obligación de reparar (que en ciertos casos no será quien produjo físicamente la lesión), como lo ha explicado el Alto Tribunal acudiendo a la *teoría de la imputación objetiva* -que no debe confundirse con el régimen objetivo de responsabilidad⁴-:

deshumanizaría la responsabilidad civil y permitiría, abundantemente, buscar responsables hasta el infinito. Para suavizar este criterio, se ha ideado la llamada **teoría de la causalidad adecuada, según la cual no todos los fenómenos que contribuyeron a la producción del daño tienen relevancia para determinar la causa jurídica del perjuicio; se considera que solamente causó el daño aquel o aquellos fenómenos que normalmente debieron haberlo producido: esta teoría permite romper el vínculo de causalidad en tal forma, que solo la causa relevante es la que ha podido producir el daño (...)**" (Subraya y negrilla fuera del texto original)

² CE 3, 8 Mar. 2007, e25000-23-26-000-2000-02359-01 (27/34), M. Fajardo.

³ CE 3A, 26 Feb. 2015, e20001231000200001473 01 (30.885), H. Andrade: "(...) **resulta inconsistente, tanto desde el punto de vista terminológico, como -y especialmente- conceptual, sostener la existencia de la que ha dado en denominarse 'causalidad jurídica'**, como quiera que relación de causalidad y razonamiento jurídico, según se ha dicho, operan en planos diversos, cada uno gobernado por sus propias reglas. Y tal precisión no reviste interés meramente académico, como quizás podría pensarse, sino que pone de presente la conveniencia -y, probablemente, la necesidad- de remarcar que la pretensión de implicar la causalidad en el universo de lo jurídico puede traslucir la intención de hacer ver como inmutables -sin que realmente lo sean- los análisis que se efectúan por parte del operador jurídico, con el propósito de establecer si cabe, o no, atribuir a un determinado sujeto la producción de un daño a través de la realización de un juicio de imputación, en el cual, como igualmente se ha dicho, se encuentran implicadas las concepciones de justicia imperantes en cada momento y lugar (...)" (Subraya y negrilla fuera del texto original).

⁴ Pinzón Muñoz, Carlos Enrique. *El derecho de daños en la responsabilidad extracontractual del Estado*. Bogotá: Ediciones Doctrina y Ley Ltda., 2015, p. 22: "(...) resulta afín e inevitable solventar desde ya, frente a la casi supina apreciación generalizada, que **en materia alguna la imputación objetiva supone la idea de responsabilidad objetiva**; igualmente, que no se trata de una teoría causal. Finalmente que es una teoría capaz de dotar de

"(...) **la imputación fáctica supone un estudio conexo o conjunto entre la causalidad material y las herramientas normativas propias de la imputación objetiva que han sido delineadas precisamente para establecer cuándo un resultado, en el plano material, es atribuible a un sujeto.** De otro lado, la concreción de la imputación fáctica no supone por sí misma, el surgimiento de la obligación de reparar, ya que se requiere un estudio de segundo nivel, denominado imputación jurídica, escenario en el que el juez determina si además de la atribución en el plano fáctico existe una obligación jurídica de reparar el daño antijurídico; se trata, por ende, de un estudio estrictamente jurídico en el que se establece si el demandado debe o no resarcir los perjuicios bien a partir de la verificación de una culpa (falla), o por la concreción de un riesgo excepcional al que es sometido el administrado, o de un daño especial que frente a los demás asociados es anormal y que parte del rompimiento de la igualdad frente a las cargas públicas (...)"⁵ (Subraya y negrilla fuera del texto original)

En este orden de ideas, cuando la acción u omisión de la Administración adquiere tal relevancia causal o jurídica como para considerarse un *factor de atribución* desde el plano material, es menester desarrollar el análisis de imputación jurídica (*imputatio iure*), que consiste en determinar si es posible atribuir la responsabilidad del daño a la Administración por encuadrarse el asunto en alguno de los títulos de imputación decantados por la jurisprudencia, esto es, si existe algún fundamento jurídico que obligue a reparar.

3.1.2. Régimen de Responsabilidad del Estado Por Prestación de Servicio de Salud - naturaleza subjetiva.

La Sección Tercera del Consejo de Estado⁶ ha consolidado una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual aquella es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, de suerte que se exige acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste.

Se ha reiterado que en materia médica, para predicarse la existencia de una falla, es necesario **que se demuestre que la atención no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso.** Del mismo modo, deberá probarse

juridicidad al criterio de imputación que, desde el plano de la responsabilidad jurídica, no ha encontrado una explicación correcta desde el nudo examen científico y material que hasta ahora se ha dispuesto como su metodología, al menos en Colombia. (...)" (Negrilla fuera del texto original)

⁵ CE 3C, 28 Ene. 2015, e50001-23-15-000-2001-00233-01(32459), O. Valle.

⁶ CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCION TERCERA SUBSECCION A Consejero ponente: HERNAN ANDRADE RINCON Bogotá, D. C, veintiséis (26) de mayo de dos mil once (2011) Radicación: 19001-23-31-000-1998-03400-01(20097) Actor: FLORENTINO MUÑOZ PIAMBA Y OTROS Demandado: DIRECCION DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAUCA Referencia: ACCION DE REPARACION DIRECTA . Consultar sentencias de exp. 15772; octubre 3 de 2007, exp. 16402; 23 de abril de 2008, exp. 15750; 1 de octubre de 2008, exps. 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. 18683; 25 de febrero de 2009, exp. 17149 y de 11 de febrero de 2009, exp. 14

que el servicio médico no fue cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance.

3.1.2. Las Reglas Probatorias aplicables en Responsabilidad Médica a la Luz de la Jurisprudencia del Consejo de Estado.

El desarrollo inicial de la jurisprudencia estuvo orientado por el estudio de la responsabilidad estatal bajo un régimen subjetivo de falla probada del servicio. En este primer momento, se exigía al demandante aportar la prueba de la falla para la prosperidad de sus pretensiones, pues, al comportar la actividad médica una obligación de medio, de la sola existencia del daño no había lugar a presumir la falla del servicio.

El abandono de la presunción de falla como régimen general de responsabilidad y la aceptación de la carga dinámica de la prueba, al demandar de la parte actora un esfuerzo probatorio significativo, exige la aplicación de criterios jurisprudenciales tendientes a morigerar dicha carga. Por ejemplo, frente a la relación de causalidad entre la falla y el daño antijurídico, se ha señalado que cuando resulte imposible esperar certeza o exactitud en esta materia, no solo por la complejidad de los conocimientos científicos y tecnológicos involucrados sino también por la carencia de los materiales y documentos que prueben dicha relación, el nexo de causalidad queda acreditado "cuando los elementos de juicio suministrados conducen a un grado suficiente de probabilidad."⁷

En ese sentido, se han precisado ciertos criterios sobre la carga de la prueba en los casos de responsabilidad médica: **1.** por regla general, al demandante le incumbe probar la falla del servicio, salvo en los eventos en los que resulte "excesivamente difícil o prácticamente imposible" hacerlo; **2.** de igual manera, corresponde al actor aportar la prueba de la relación de causalidad, la cual podrá acreditarse mediante indicios en los casos en los cuales "resulte muy difícil -si no imposible- la prueba directa de los hechos que permiten estructurar ese elemento de la obligación de indemnizar"; **3.** en la apreciación de los indicios tendrá especial relevancia la conducta de la parte demandada, sin que haya lugar a exigirle en todos los casos que demuestre cuál fue la causa efectiva del daño; **4.** la valoración de esos indicios deberá ser muy cuidadosa, pues no puede perderse de vista que los procedimientos médicos se realizan sobre personas con alteraciones en su salud; **5.** el análisis de la relación causal debe preceder el de la falla del servicio.⁸

⁷ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 3 de mayo de 1999, rad. 11169, M.P. Ricardo Hoyos Duque.

⁸ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 28 de abril de 2005, rad. 14786, M.P. Ruth Stella Correa Palacio

Así, actualmente se considera que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el expediente todos los elementos que la configuran, esto es, el daño, la actividad médica y el nexo causal entre esta y aquel, sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados, falla de la entidad demandada, probabilidad que además fue reconocida por los médicos que laboraban en la institución; incluso de la prueba indiciaria.⁹

Así las cosas, en relación con la carga de la prueba tanto de la falla del servicio como del nexo causal, se ha dicho que incumbe exclusivamente al demandante, pero dicha exigencia se atenúa mediante la aceptación de la prueba indirecta de estos elementos de la responsabilidad a través de indicios¹⁰.

*"... La responsabilidad estatal por fallas en la prestación del servicio médico asistencial no se deriva simplemente a partir de la sola constatación de la intervención de la actuación médica, sino que debe acreditarse que en dicha actuación **no se observó la lex artis y que esa inobservancia fue la causa eficiente del daño**. Esa afirmación resulta relevante porque de conformidad con lo previsto en el artículo 90 de la Constitución, el derecho a la reparación se fundamenta en la antijuridicidad del daño, sin que sea suficiente verificar que la víctima o sus beneficiarios no estaban en el deber jurídico de demostrarlo para que surja el derecho de indemnización dado que se requiere que dicho daño sea imputable a la administración **y solo será imputable cuando la intervención hubiere sido la causa eficiente de ello**.*

⁹ "... De manera reciente la Sala ha recogido las reglas jurisprudenciales anteriores, es decir, las de **presunción de falla médica, o de la distribución de las cargas probatorias de acuerdo con el juicio sobre la mejor posibilidad de su aporte, para acoger la regla general que señala que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el proceso todos los elementos que la configuran, para lo cual se puede echar mano de todos los medios probatorios legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indiciaria que pueda construirse con fundamento en las demás pruebas que obren en el proceso, en especial para la demostración del nexo causal entre la actividad médica y el daño.**

Se acoge dicho criterio porque además de ajustarse a la normatividad vigente (art. 90 de la Constitución y 177 del Código de Procedimiento Civil), resulta más equitativa. La presunción de la falla del servicio margina del debate probatorio asuntos muy relevantes, como el de la distinción entre los hechos que pueden calificarse como omisiones, retardos o deficiencias y los que constituyen efectos de la misma enfermedad que sufra el paciente.

La presunción traslada al Estado la carga de desvirtuar una presunción que falló, en una materia tan compleja, donde el álea constituye un factor inevitable y donde el paso del tiempo y las condiciones de masa (impersonales) en las que se presta el servicio en las instituciones públicas hacen muy compleja la demostración de todos los actos en los que éste se materializa. En efecto, no debe perdersé de vista que el sólo transcurso del tiempo entre el momento en que se presta el servicio y aquél en el que la entidad debe ejercer su defensa, aunado además a la imposibilidad de establecer una relación más estrecha entre los médicos y sus pacientes, hace a veces más difícil para la entidad que para el paciente acreditar las circunstancias en las cuales se prestó el servicio.

(...)

La desigualdad que se presume del paciente o sus familiares para aportar la prueba de la falla, por la falta de conocimiento técnicos, o por las dificultades de acceso a la prueba, o su carencia de recursos para la práctica de un dictamen técnico, encuentran su solución en materia de responsabilidad estatal, gracias a una mejor valoración del juez de los medios probatorios que obran en el proceso, en particular de la prueba indiciaria, que en esta materia es sumamente relevante, con la historia clínica y los indicios que pueden construirse de la renuencia de la entidad a aportarla o de sus deficiencias y con los dictámenes que rindan las entidades oficiales que no representan costos para las partes⁹ (negritas del Despacho).

¹⁰ Consejo de Estado sala de lo contencioso administrativo Sección Tercera Subsección c Consejera Ponente: Olga Melida valle de la hoz Bogotá ,D.E ., veinte (20) de octubre de dos mil catorce (2014) radicación número: 25000-23-26-000-2001-01792-01(30166)

(...)

Así, se ha acudido a reglas como *res ipsa loquitur*, desarrollada en el derecho anglosajón; o de la culpa virtual elaborada por la doctrina francesa, o la versión alemana e italiana de la prueba *prima facie* o probabilidad estadística, que tienen como referente común el deducir la relación causal y/o la culpa en la prestación del servicio médico a partir de la verificación del daño y de la aplicación de una regla de experiencia, conforme a la cual existe nexo causal entre un evento dañoso y una prestación médica cuando, según las reglas de la experiencia (científica, objetiva, estadística), dicho daño, por su anormalidad o excepcionalidad, sólo puede explicarse por la **conducta negligente del médico y no cuando dicha negligencia pueda ser una entre varias posibilidades, como la reacción orgánica frente al procedimiento suministrado o, inclusive, el comportamiento culposo de la propia víctima.**

Cabe destacar que la aplicación de esas reglas probatorias, basadas en reglas de experiencia guardan armonía con el criterio adoptado por la Sala en relación con la teoría de la causalidad adecuada o causa normalmente **generadora del resultado, conforme a la cual, de todos los hechos que anteceden la producción de un daño sólo tiene relevancia aquel que, según el curso normal de los acontecimientos, ha sido su causa directa e inmediata. De manera más reciente se precisó que la exigencia de "un grado suficiente de probabilidad", no implica la exoneración del deber de demostrar la existencia del vínculo causal entre el daño y la actuación médica, que haga posible imputar responsabilidad a la entidad que presta el servicio, sino que esta es una regla de prueba, con fundamento en la cual el vínculo causal puede ser acreditado de manera indirecta, mediante indicios....**¹¹ (negrillas del Despacho).

3.1.3. Del Error en el Diagnóstico

La literatura médica¹² ha señalado que el diagnóstico es uno de los momentos de mayor relevancia en la prestación de servicio médico como quiera que sus resultados determinan toda la actividad posterior que corresponde al tratamiento. Existen dos fases o etapas que componen el diagnóstico: la primera, caracterizada por la valoración del paciente y la segunda, por el análisis e interpretación de los datos obtenidos durante la etapa anterior.

Cronológicamente el diagnóstico es el primer acto que debe realizar el profesional, para con posterioridad emprender el tratamiento adecuado. Por ello bien podría afirmarse que la actividad médica curativa comprende dos etapas. La primera constituida por el diagnóstico y la segunda por el tratamiento.

Aquí entran todo el conjunto de tareas que realiza el profesional y que comienzan con un simple interrogatorio, tanto del paciente como de quienes lo acompañan y que van hasta las pruebas y análisis más sofisticados, tales como palpación, auscultación, tomografía, radiografías, olfatación, etc. Aquí el profesional debe agotar en la medida de lo posible el conjunto de pruebas que lo lleven a un diagnóstico acertado. Tomar esta

¹¹ Ver, por ejemplo, sentencias de 14 de julio de 2005, rad. 15276 y 15332, [M.P. Ruth Stella Correa Palacio].

actividad a la ligera, olvidando prácticas elementales, es lo que en más de una oportunidad ha llevado a una condena por daños y perjuicios.

En una segunda etapa, una vez recolectados todos los datos obtenidos en el proceso anterior, corresponde el análisis de los mismos y su interpretación, "coordinándolos y relacionándolos entre sí, siendo también precisa su comparación y contraste con los diversos cuadros patológicos y conocidos por la ciencia médica; es decir, se trata en suma, una vez efectuadas las correspondientes valoraciones, de emitir un juicio"

La jurisprudencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado ha señalado que solo el error de diagnóstico que es consecuencia de una deficiente prestación del servicio médico hospitalario puede llegar a comprometer la responsabilidad extracontractual de la administración. Se ha considerado, entonces, que lo decisivo en estos casos no es establecer si el médico se equivocó, sino si empleó los recursos adecuados para llegar a un diagnóstico acertado, veamos

*(...) no olvida la Sala la advertencia hecha anteriormente sobre lo relativamente fácil que puede resultar el juzgamiento ex post de la conducta de los médicos, quienes se encuentran siempre, al efectuar el diagnóstico, ante un panorama incierto. Se impone, entonces, concluir que al médico no le es cuestionable el error en sí mismo, sino el comportamiento inexcusable que lo llevó a cometerlo. Al respecto, autores como Ataz López y Lorenzetti, citados por Vázquez Ferreyra, han expresado, refiriéndose a la responsabilidad civil de los médicos, que el error que exime de responsabilidad no ha de ser una anomalía en la conducta, **sino una equivocación en el juicio, por lo que se hace necesario investigar si el galeno adoptó todas las previsiones aconsejadas por la ciencia para elaborar el diagnóstico.***

Y dadas las limitaciones de la medicina, debe aceptarse que, en muchos casos, habiendo claridad sobre la imputabilidad del daño a la acción u omisión de los profesionales que tuvieron a su cargo la atención del paciente, éste puede resultar obligado a soportarlo.

*De acuerdo con lo anterior, puede afirmarse que para imputar responsabilidad a la administración por daños derivados de un error de valoración, **es necesario demostrar que el servicio médico no se prestó adecuadamente porque, por ejemplo, el profesional de la salud omitió interrogar al paciente o a su acompañante sobre la evolución de los síntomas que lo aquejaban; no sometió al enfermo a una valoración física completa y seria; omitió utilizar oportunamente todos los recursos técnicos a su alcance para confirmar o descartar un determinado diagnóstico; dejó de hacerle el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, o simplemente, incurrió en un error inexcusable para un profesional de su especialidad.***

El juez, por su parte, deberá hacer un análisis riguroso y completo de los medios a su alcance para establecer si hubo o no falla. En especial, deberá examinar la información consignada en la historia clínica con el

¹² Fernández Costales, Responsabilidad civil médica y hospitalaria, p. 116.

fin de establecer qué acciones se llevaron a cabo para orientar el diagnóstico de la enfermedad.

Examinada la anterior reseña jurisprudencial, el Despacho procederá al análisis de las pruebas decretadas en el plenario, para determinar si existió falla en la prestación de los servicios médicos por un error en el diagnóstico emitido por los galenos que atendieron al señor LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA en los Centros Hospitalarios demandados.

4. Análisis Probatorio.

4.1. De los Testimonios relacionados con los Servicios Médicos prestados al señor LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA.

- Testimonio del médico **Néstor Julián Salazar Noguera**, Centro de Salud de Santana, f.63 a 66 cuaderno anexo 5.

"...PREGUNTADO: Informe al despacho si usted atendió al señor antes mencionado y en qué estado de salud lo encontró. **CONTESTO:** Si, yo hice la atención inicial del paciente, el paciente consultaba por cuadro de dolor abdominal con la sospecha de Una patología abdominal quirúrgica por lo cual lo remití a segundo nivel a Moniquira. **PREGUNTADO:** Indique al despacho si antes de la remisión al paciente en mención, ordeno algún procedimiento en el cual le indicara la gravedad en la que se encontraba dicho paciente. **CONTESTO:** Se le dio la atención inicial, acceso venoso, el caso es que como éramos centro de salud no teníamos laboratorio disponible por lo cual se derivó al segundo nivel para atención y valoración especializada. **PREGUNTADO:** Indique al despacho como fue la remisión hecha por el centro de salud al hospital de Moniquira. **CONTESTO:** Después de mi diagnóstico se comenta por vía telefónica con el médico de urgencias de Moniquira para ponerlo al tanto del caso y de que lo vamos a enviar, el paciente sale remitido, vivo estable, obviamente con dolor abdominal y ahí es traslado por personal de ambulancia, auxiliar y conducido hacia el Hospital. **PREGUNTADO:** Manifiéstele a este despacho si usted al comunicarse con el médico de urgencia de Moniquira y en la remisión que hace explica el síntoma que usted pudo haber observado del diagnóstico del paciente, de su cuadro clínico. **CONTESTO:** Si, yo en la remisión pongo en claro la impresión diagnóstica, el manejo inicial y el motivo por el cual se hizo la remisión, el diagnóstico fue dolor abdominal, no sé si en ese caso específicamente coloque dolor abdominal solamente o abdomen agudo. **PREGUNTA:** Manifieste si usted tuvo conocimiento de las causas por las cuales falleció el señor LUIS MARIA SÁNCHEZ, persona que atendió usted inicialmente en el centro de salud de Santana Boyacá., **CONTESTO:** Tengo entendido que fue una peritonitis. **PREGUNTA:** Manifiéstele a este despacho según su conocimiento médico, cual es el tiempo que debe durar una persona con este cuadro clínico para que sea atendido y se les preste las atenciones quirúrgicas necesarias para evitar su fallecimiento. **CONTESTO:** Idealmente un periodo menos de 24 horas, porque a partir de ahí comienza un proceso de infección sistémica, falla orgánica múltiple, pudiendo terminar en la muerte del paciente. **PREGUNTA:** De acuerdo a su respuesta anterior usted considera que una persona con este cuadro clínico al pasar las 24 horas es probable que no sobreviva a una peritonitis que se le pueda presentar. **CONTESTO:** Es probable.... **PREGUNTA:** manifiéstele al despacho si la segunda vez que usted remitió al señor LUIS MARIA SÁNCHEZ a Moniquira del cual es trasladado a la ciudad de Tunja donde fallece por peritonitis, usted tuvo

¹³ Sentencia 2005-00026/36517 de mayo 2 de 2016 CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA SUBSECCION B Rad.:65001-2013-01-000-2005-00026-01(36517)Consejero ponente: Dr. Danilo Rojas Betancourth

conocimiento de esa evolución hasta el momento del paciente. **CONTESTO:** Lo que tuve conocimiento es que el paciente consulto nuevamente al centro de salud donde yo lo atendí nuevamente por cuadro de dolor abdominal y sospecha de abdomen agudo por lo cual lo remití nuevamente por no tener el nivel de complejidad adecuado, sin saber el proceso de ahí en adelante. **PREGUNTA:** Manifiéstele al despacho si en esta segunda oportunidad en la que usted atiende al paciente, es la misma que usted ha mencionado desde el principio de la cual manifiesta de tener conocimiento que fallece posteriormente en la ciudad de Tunja por peritonitis. **CONTESTO:** Si es sobre la segunda consulta donde vuelvo y lo remito. **PREGUNTADO:** En respuestas anteriores usted manifestó haber atendido al señor por segunda vez en el centro de salud de Santana, manifieste al despacho el lapso de tiempo entre la primera y segunda valoración hecha por usted y cuál fue el diagnóstico en la primera consulta. **CONTESTO:** El diagnóstico dolor abdominal y no recuerdo si puse en la historia clínica solo dolor abdominal, abdomen agudo, no recuerdo exactamente cuántos días en las que vuelve para ser valorado. **PREGUNTADO:** Informe al despacho cuando un diagnóstico de abdomen agudo o dolor abdominal se presentan son síntomas de mayor importancia para que se considere que detrás de dicho diagnóstico puede llegar una peritonitis. **CONTESTO:** Se sospecha, existe una sospecha clínica y el procedimiento a seguir es toma de para clínicos complementarios, es decir, cuadro hemático, parcial de orina y la valoración por cirujano...."

- Testimonio del médico **FERNANDO TEJADA FLOREZ**, Hospital regional de Moniquira, f.51 53 cuaderno 2".

PREGUNTADO: Diga al Despacho si conoció al señor Luis María Sánchez Arando en caso afirmativo cuando lo conoció y bajo que circunstancias? **CONTESTO:** lo conocí en ese momento cuando vino a consulta al hospital Regional de Moniquirá, **un paciente de edad avanzada, creo que tenía como 82 años, con unos antecedentes de enfermedades que deterioran mucho la salud como son la diabetes, creo que sufría de epoc, enfermedad pulmonar crónica, hipertensión arterial, la diabetes produce un deterioro de todo el organismo, cuestión que tiene que tener uno muy en cuenta. El paciente se quejaba de dolor abdominal localizado en la fosa iliaca derecha y con oxígeno, sin signos de irritación peritoneal y se encontró con estertores en las bases pulmonares como consecuencia de la radiografía de abdomen simple la cual se le ordenó se hizo una impresión diagnóstica de una obstrucción intestinal parcial interrogada, segunda carcinoma de ciego interrogado, tercero diabetes insulina dependiente, cuarto neumonía basal bilateral, quinto, hipertensión arterial, se le explica a la familia sobre la necesidad de aclarar el diagnóstico con un tac abdominal y probable tratamiento quirúrgico. Se les informa que es un alto riesgo quirúrgico por la neumonía, la diabetes, y que es prudente trasladar al paciente a tercer nivel. Se inician los trámites de traslado. PREGUNTADO:**, Dígame al despacho si la impresión diagnóstica que usted señaló en la atención dada al paciente LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA, el día 20 de diciembre de 2009, requería de exámenes o ayudas diagnósticas que se pudieran practicar en el hospital de Moniquirá, o de no ser así en donde se podrían practicar. Era necesario aclarar las impresiones diagnósticas, con tac abdominal, examen que no se practica en el hospital de Moniquirá, razón por la cual se ordena el traslado o remisión del paciente a un tercer nivel de atención donde sí cuentan con esta tecnología. **PREGUNTADO.-** Teniendo en cuenta la historia clínica del paciente, se tiene que el señor LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA, había tenido dos ingresos anteriores del día 20 de noviembre del mismo año y 4 de diciembre, en los cuales se señala que ingresa por dolor abdominal... **PREGUNTADO.-** Indica usted en la nota que reposa en la historia clínica que le informó a la familia sobre una eventual cirugía y el riesgo que esta traía debido a las condiciones del paciente, indíquele al despacho doctor TEJADA, a que clase de cirugía se refería usted y cuales son las complicaciones de la misma.- **CONTESTO.** Al no tener el diagnóstico exacto por no tener la ayuda diagnóstica pertinente, no se podía precisar que tipo de cirugía podría necesitar el paciente pero en el evento que así fuere, constituiría un alto riesgo quirúrgico estuviera en cualquier nivel de atención, en este caso el hospital regional de Moniquirá, es un hospital de segundo nivel que no cuenta con una unidad de cuidado intensivo a la cual probablemente podría salir el paciente de una cirugía. **PREGUNTADO.** Indíquele al despacho de acuerdo a la historia clínica en que condiciones estuvo el paciente desde el momento de su ingreso el día 20 de diciembre hasta el momento que salió remitido para el hospital san Rafael. **CONTESTO.-** De acuerdo con la historia clínica, puesto que mi

obligación con el hospital se terminaba a las siete horas del 21 de diciembre, o sea al día siguiente, me permito referir que según la nota de uno de los médicos que atendieron a este paciente, el día que fue remitido se encontraba estable. **PREGUNTADO.** Dígame al despacho si teniendo en cuenta la impresión diagnóstica suya la remisión del paciente se puede considerar como una urgencia vital o si podía esperar el tiempo en que se consiguieran las condiciones y la autorización de recibo en el hospital de nivel de atención superior. **CONTESTO.** Teniendo en cuenta la historia clínica en la cual se informa que el paciente estaba estable en el momento de su salida del hospital considero que no se trataba de una urgencia vital. **PREGUNTADO.-** Se señala en la demanda que al señor LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA, en varias oportunidades sin observar los protocolos médicos y no detectar a través de los exámenes pertinentes, la enfermedad que se estaba desarrollando como era la muerte de tejidos blandos en las paredes abdominales y que produjo plastrón vesicular, mas peritonitis generalizada, mas pirocolecisto, más vesícula coledocolónica, con drenaje de 4000 centímetros cúbicos de líquido purulento, que tiene que decir al respecto de esa afirmación.- **CONTESTO.-** En las consultas iniciales que se hicieron un mes antes, el paciente consulto por dolor abdominal de localización epigástrica, lo cual hizo pensar al médico consultante que podría tratarse de una enfermedad gástrica, pero no refiere la historia que el paciente hubiere consultado por dolor en el hipocondrio derecho. La segunda parte respecto de los tejidos necróticos eso fue un diagnóstico post quirúrgico, no pre quirúrgico, y en el hospital de Moniquirá, se hicieron impresiones diagnósticas pre quirúrgicas, puesto que no se operó en Moniquirá. Respecto de "vesícula coledocolónica es un hallazgo quirúrgico". **PREGUNTADO.-** de acuerdo con su experiencia médica, indíqueme al despacho si la actividad realizada en el Hospital de Moniquirá, por parte del equipo médico fue la adecuada frente a los síntomas que presentó el señor SANCHEZ, en su ingreso al hospital. **CONTESTO.** Creo que si fue la adecuada y en su última consulta u Hospitalización se obro de acuerdo con los protocolos establecidos.."

- Testimonio del médico Oscar Javier Boitrán López, Hospital regional de Moniquira, f.53 cuaderno 2.

PREGUNTADO: Diga al Despacho si conoció al señor Luis María Sánchez Arando en caso afirmativo cuando lo conoció y bajo que circunstancias? **CONTESTO:** Si lo atendí, en diciembre del 2009, lo atendí en urgencias el 20 de diciembre del 2009, que venia remitido del hospital de Santana, con un diagnóstico de dolor abdominal, en efecto el día que lo atendí que fue a la madrugada refería el dolor abdominal de varias horas de evolución, que en el momento del examen clínico estaba estable me refiero que tenia los signos vitales estables, no era paciente crítico, el cual en el momento se le sospechaba un abdomen quirúrgico, me refiero con eso que la patología en el momento el dolor que refería podría necesitar tratamiento quirúrgico, de etiología a determinar, para tener un diagnóstico claro se solicitaron exámenes para clínicos de urgencias como son examen de sangre, radiografía de abdomen, y valoración por el cirujano, además que se le inició tratamiento de soporte con líquidos endovenosos, protección gástrica y antihipertensivos por que el paciente en ese momento llegó con la tensión alta, que es el protocolo de manejo de urgencias para un dolor abdominal, luego que llegaron los exámenes para clínicos el cuadro hemático no mostraba leucocitosis, que significa que no había una infección en el momento, la radiografía mostraba signos de una probable obstrucción intestinal, el paciente tenia como antecedente que era diabético el cual en el momento estaba controlada, se le solicitó la interconsulta al cirujano que en el momento asistió a urgencias y lo valoró, el determinó que el diagnóstico era probablemente quirúrgico que posiblemente era una obstrucción intestinal, y que debía tomarse un examen de tercer nivel, tac abdominal aparte él consideraba la comorbilidad es decir por las enfermedades asociadas al paciente que era diabetes, hipertensión arterial, y neumonías recurrentes que eso esta en la historia clínica, debía remitirse a un tercer nivel para la toma del examen y el manejo de su patología quirúrgica, en ese momento se iniciaron los trámites de remisión del paciente a un tercer nivel, el paciente estuvo en el hospital dos días mientras se gestionaba la remisión a un sitio a un centro asistencial que tuviera UCI, para manejo post quirúrgico, yo lo volví a ver en la noche del veintiuno gestionándole los tramites de remisión, porque los tramites los inicia el médico pero hay una persona encargada de esos trámites específicamente, en la valoración médica que yo le hice al día siguiente el paciente permanecía estable hemodinamicamente con manejo antiobiótico, antihipertensivo y pendiente del traslado a

tercer nivel... **PREGUNTADO.**- De acuerdo a la primera respuesta indica usted que se iniciaron los trámites de remisión del paciente una vez se tuvo la impresión diagnóstica debido a la necesidad de la práctica de un examen especializado, y un eventual tratamiento quirúrgico que necesitaría UCI, indíqueme al despacho cual es el procedimiento que se realiza en un hospital para hacer la remisión del paciente y de que depende que sea recibido en otra institución; sumado ello explíqueme al despacho si el examen requerido por el especialista se podía practicar en el hospital de Moniquirá, o en que nivel de atención se practica ese examen. **CONTESTO.** Cuando un paciente necesita ser remitido a un tercer nivel, o a un nivel superior, la orden de traslado la hace el médico ya sea el especialista o el médico de urgencias y es el mismo médico el que realiza por escrito una hoja de remisión y se comentan con la hoja de remisión el paciente al nivel superior, ya sea hospital de Tunja. Y enviar el fax de la remisión, luego esa hoja de remisión se le entrega a una persona encargada para hacer esos trámites, que es la que está llamando constantemente a preguntar si aceptan al paciente, o lo niegan por diferentes motivos y el traslado se realiza cuando el paciente es aceptado en el nivel superior no antes, a menos que el paciente se torne un paciente crítica e inestable que necesita irse de urgencia vital. **PREGUNTADO.**- De acuerdo a la historia clínica el paciente ingresa el día veinte de diciembre en horas de la madrugada y es remitido el día veintidós en horas de la madrugada, durante su estadía en el hospital regional de acuerdo a la historia clínica indíqueme al despacho cuales fueron las condiciones del paciente y en el momento de su remisión en que estado salió el paciente del hospital. **CONTESTO.** Durante la estancia en el hospital el paciente llegó estable hemodinámicamente ... **PREGUNTADO.**- De acuerdo con lo señalado en la demanda "la posible causa del fallecimiento del paciente ocurrió por un mal diagnóstico de los médicos del hospital de Moniquirá, ahondado en la demora de la intervención quirúrgica que se prolongó del 20 de diciembre de 2009, hasta el 24 de diciembre del mismo año por tanto protocolo administrativo para ser remitido a un hospital de tercer nivel, situación que dio como resultado; una peritonitis, frente a tal afirmación que tiene que decir **CONTESTO.- No fue un mal diagnóstico todo lo contrario se hizo un diagnóstico rápido de una probable obstrucción intestinal, una colesistitis, y se iniciaron los trámites rápidos y oportunos para darle manejo a tal patología, como son traslado a un tercer nivel para manejo quirúrgico de acuerdo a las comodidades del paciente. El paciente se traslado requiriendo una UCI post quirúrgica y un tac., porque igual el traslado fue rápido y el paciente estuvo estable y no influyó en el resultado final.** **PREGUNTADO.** De acuerdo a su experiencia técnica y científica indíqueme al despacho si las actividades desplegadas por el equipo de salud en el hospital regional de Moniquirá, fueron adecuadas y se ajustaron a las guías y protocolos propios de los motivos de consulta en cada una de las oportunidades que consultó. **CONTESTO.-** Si, el manejo que se le hizo al paciente tanto en urgencias como en observación es el estipulado en las guías de manejo del hospital y las guías de manejo en la literatura médica..."

- Testimonio del médico General del Hospital san Rafael de Tunja **URIEL GENARO SANCHEZ NUÑEZ**, ff. 474.

PREGUNTADO: Describa brevemente la condición clínica en la que ingresó el señor LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA de conformidad con lo que usted puede observar de la Historia Clínica. **CONTESTO.** De acuerdo a la historia clínica que estoy revisando teniendo sus signos vitales encuentro paciente en buenas condiciones generales. Teniendo en cuenta la condición clínica es un paciente de 83 años remitido de Moniquirá **con dolor abdominal de dos días de evolución con antecedentes patológicos que aumentan la comorbilidad dados por hipertensión, diabetes, dislipidemia, epoc, gastritis, apendicetomía y farmacológicos actuales con insulina captopril y baja adherencia al medicamento. Hospitalizado hace 15 días en Moniquirá por el mismo cuadro clínico y como toxico estaba un fumador crónico hasta hace 28 años.** Vuelvo y ratifico a que sumado con la edad hace que exista mayor riesgo de muerte del paciente. De acuerdo a la historia clínica el paciente ingresa con taquicardia, es decir, frecuencia cardíaca elevada, un abdomen con ruidos intestinales disminuidos con abundante panículo adiposo es decir muy gordo y doloroso a la palpación de fosas iliacas. Dejó una impresión diagnóstica **una coledocistitis más una colecistitis aguda (cálculos en la vesícula e inflamación de la vesícula) una obstrucción intestinal secundaria, una hipertensión y diabetes por historia clínica. Inicio manejo con hidratación protección gástrica y solicito paraclínicos para descartar sepsis de origen abdominal, pido una radiografía de abdomen simple para descartar**

obstrucción y solicito el concepto del cirujano general. Verifico exámenes y encuentro aumento de los glóbulos blancos (las células que se aumentan cuando hay infección) y diagnostico un paciente con sepsis de origen abdominal cambiando de condición de buen estado general a regular estado general. Continúa la solicitud para valoración de cirugía general. Dejo constancia que la historia clínica fue suscrita por mí. **PREGUNTADO.** Explíqueme al Despacho si en un adulto mayor la respuesta inmunológica la percepción del dolor y la aparición de manifestaciones clínicas son diferente de la de un adulto joven. **CONTESTO.** Hasta los 65 años toda la semiología de las patologías es decir toda la evolución clínica de las patologías es típica, por encima de los 65 años se convierte en una semiología totalmente atípica. **PREGUNTADO.** Explíqueme al Despacho si patologías como la diabetes mellitus en enfermedad obstructiva crónica e insuficiencias vasculares pueden modificar la aparición de los síntomas de la colecistitis aguda o generar situaciones que hagan más difícil su diagnóstico. **CONTESTO.** Sí, como lo menciona la edad sumada a las patologías crónicas aumentan el riesgo de mortalidad y enmascaran o complican el diagnóstico de las patologías. **PREGUNTADO.** Explíqueme al Despacho si en un paciente adulto mayor de 83 años de edad con los antecedentes ya descritos se debe tomar alguna precaución antes de llevar a salas de cirugía. **CONTESTO.** Sí, todo paciente antes de llevar a quirófano debe tener un concepto por especialidades que nos clasifiquen el riesgo de modalidad durante el procedimiento, además se requiere descartar muchas otras patologías propias de la edad y ubicadas dentro del abdomen. **PREGUNTADO.** Explíqueme al Despacho si en un paciente con las características mencionadas la perforación de una víscera con peritonitis generalizada más sepsis de origen abdominal que probabilidad de muerte tiene. **CONTESTO.** Aclaro que el concepto que doy desde el punto de vista de médico de urgencias con la experiencia propia del tiempo trabajando en esta área, más no adjuntando científicamente el dato, de todos los pacientes que uno ve a diario durante muchos años, los pacientes adultos mayores con patologías quirúrgicas abdominales sumados a los antecedentes patológicos el riesgo de muerte es muy elevado si lo comparo 4 que entran al quirófano tan solo 1 puede llegar a salir vivo. **PREGUNTADO.** Considera usted que en el Hospital San Rafael de Tunja se le hubiese podido prestar una mejor atención o diferente brindada al señor LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA. **CONTESTO.** Dentro de lo que puedo revisar de la historia clínica la especialidad de cirugía general inicia el manejo propio de la patología y solicita los estudios con los cuales contábamos para concretar el diagnóstico, por lo demás no conozco el procedimiento adelantado. **PREGUNTADO.** Considera usted que si el señor ARANDA se hubiese remitido a otra institución de salud hubiese podido recibir un manejo diferente. **CONTESTO.** Si hubiese llegado el paciente con un diagnóstico diferente al que ingreso la conducta había sido diferente propia a la patología de ese momento.... **PREGUNTADO:** Teniendo en cuenta que el señor SANCHEZ ARANDA fallece como consecuencia de una peritonitis en el Hospital San Rafael de Tunja y de acuerdo a su exposición en las preguntas anteriores ha manifestado que uno de los síntomas para la evolución de la peritonitis puede ser la pro-colecistitis como infección que se presenta en la inflamación de la colecistitis aguda, determinele al Despacho cuál es el tiempo de evolución para que esta pueda originar en la peritonitis. **CONTESTO.** Desde el inicio de los síntomas hasta perforación de visera estamos hablando de 32 horas. **PREGUNTADO.** Manifiésteme al Despacho en su experiencia como médico de urgencia y cuando un paciente llega con las características como la que usted menciona en su exposición en la cual llegó al Hospital San Rafael y que usted lo recibió de primera mano, cuál es el protocolo que se debe optar para determinar y diagnosticar el tratamiento a seguir frente al hallazgo de esta clase de colecistitis aguda. **CONTESTO.** Hidratación, manejo del dolor y protección gástrica, eso durante las primeras 2 horas que ingresa. Se ordenan los paraclínicos en sangre para identificar los biomarcadores de proceso inflamatorio e infeccioso, estamos hablando de las primeras 6 horas. Luego de acuerdo a lo que encontramos en los resultados de sangre, solicitamos una ecografía epatobiliar. Dependiendo del hallazgo que encuentra el radiólogo, y no aclara el diagnóstico se solicita un tac abdominal con doble contraste, este tac debe cumplir la preparación para que su resultado sea concluyente. De acuerdo a lo que se encuentra en los estudios radiológicos sumados a los resultados en sangre y teniendo en cuenta la edad del paciente y los antecedentes patológicos se ordena una interconsulta por medicina interna y/o anestesiología para así poder ser llevado a quirófano. **PREGUNTADO.** De acuerdo a su respuesta anterior, una vez verificado un paciente con esta sintomatología y tratado adecuadamente es posible que se pueda presentar una peritonitis. **CONTESTO.** Sí, porque dentro de la fisiología humana y la fisiopatología propia de la enfermedad no hay una regla de oro ni hay un 100% de respuesta a dichas patologías, el comportamiento de todos los cuerpos son totalmente diferentes, las guías que se establecen para el manejo de las patologías es teniendo en

cuenta metanálisis pero con apartes o anexos de lo atípico es decir, no hay una camisa de fuerza en lo esperado de la patología **PREGUNTADO**. Teniendo en cuenta que la peritonitis es la ruptura de un órgano que irradia todo el cuerpo produciendo infecciones, es factible detectar a tiempo esa ruptura con relación al caso de pacientes con coleditiasis, seguida la colecistitis aguda y posterior la piro-colecistitis. **CONTESTO**. Todo proceso inflamatorio de vísceras puede terminar en peritonitis si no se controla, se puede detener la evolución natural de esta enfermedad. **PREGUNTADO**. Manifieste al Despacho si un paciente con esa sintomatología detectada a tiempo es previsible que no se llegue a una peritonitis. **CONTESTO**. Al realizar la intervención de la evolución natural de la enfermedad se puede llegar al prevenir una peritonitis, sin llegar a decir que un 100% de los pacientes que se intervengan a tiempo no termine en peritonitis. **PREGUNTADO**. En los casos extremos en que se dé la ruptura y esta se detecta oportunamente por los médicos puede ser tratada satisfactoriamente y evitar la muerte del paciente. **CONTESTO**. Un gran porcentaje de los pacientes que se intervienen tempranamente con peritonitis evoluciona satisfactoriamente.”

4.2. Del Dictamen Pericial rendido por el Medico Forense LUIS STERLING NEME ESPITIA profesional adscrito al INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES – Dirección Seccional Boyacá, obrante a ff. 553 a 554 y 702 a 703 y

El Médico que abordó el dictamen contestó a los siguientes interrogantes:

- 1. Existía comorbilidad en el paciente LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA (Q.E.P.D.) al momento de consultar atención médica en el Hospital Regional de Moniquirá y al momento de ser remitido a la ESE Hospital San Rafael de Tunja?** Con la Historia Clínica aportada del Centro de Salud de Santana, Boyacá, de la ESE Hospital Regional de Moniquirá y la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos del Hospital San Rafael de Tunja, se pudo establecer que el señor SANCHEZ ARANDA, en el año 2009, era portador de Diabetes Mellitus tipo 2 insulino-requiriente, Hipertensión Arterial, Dislipidemia, Gastritis. También antecedente de fumador pesado por 35 años y varias hospitalizaciones en el año 2009 por Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC), f.553
- 2. ¿Existe factor de riesgo en un paciente, por cuestión de edad, hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia, enfermedad pulmonar, obstructiva crónica (EPOC)?** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) un factor de riesgo es "cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene"... Sin embargo es de anotarse que el factor de riesgo no es una variable independiente sino que se trata de una condición que sujeta o relacionada con otra es capaz de modificarla o modificarse a si mismo. Por tanto la pregunta en cuestión requiere mayor delimitación en cuanto a precisar si las enfermedades descritas son factor de riesgo para que situación en particular. (Según OMS: "una primera pregunta clave al evaluar el impacto de un riesgo para la salud es ¿en comparación con qué?. En conclusión, todas las enfermedades incluidas en su pregunta pueden ser factor de riesgo cada una de ellas o en conjunto para diferentes situaciones clínicas o problemas de salud. f. 553
- 3. ¿Cuál fue la causa de la remisión del paciente LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA (Q.E.P.D.) desde el Hospital Regional de Moniquirá a la ESE Hospital San Rafael de Tunja?** Según lo aportado en copia de la Historia Clínica Hospital Regional de Moniquirá folio numerado en lápiz con el número 95 borde superior derecho, a nombre

del señor LUIS MARIA SANCHEZ del cual se extracta: Informe de Anestesia, fecha 21-12-2009...Diagnóstico: Colecistitis, Colelitiasis, Píocolocisto, Operación propuesta: colecistectomía... paciente en regulares condiciones TA (sic) 170/100, FC (sic) 110x mto (sic), FR (sic) 22xmto, BOCA AO > (sic) 3 cm, DMT 7cm, Mallampati prótesis total superior... ASA 111/IV (u). Se debe remitir a un Hospital de tercer nivel para su manejo posoperatorio (Dr Euclídes Hernández, RM 17141730, firma ilegible, sin sello)"
"se establece que la causa de la remisión es una patología de posible manejo quirúrgico tipo Colelitiasis, colecistitis y Píocolocisto y que dado el riesgo quirúrgico de Anestesia según el Sistema de clasificación de la Sociedad Americana de Anestesia era necesario su atención en un Institución Prestadora de Salud (IPS) de mayor complejidad que la que lo atendía en ese momento, f. 553

4. ¿Cuál fue el diagnóstico de ingreso del paciente LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA (Q.E.P.D.) a la ESE Hospital San Rafael de Tunja?

En la información aportada no se pueda constatar cual fue el servicio o área de la IPS mencionada por la cual ingreso el señor Sánchez Aranda ni sus diagnósticos de ingreso o los estudios o conceptos que sustentan tales diagnósticos. En lo aportado se encuentra que en folio numerado en esfero con el número 2 borde superior derecho, a nombre del señor LUIS MARIA SANCHEZ de cual se extracta:"... Epicrisis Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos del Hospital San Rafael de Tunja... fecha de ingreso: 23/12/2009... ingreso...pasan a sala de cirugía... Diagnóstico: Shock séptico de etiología abdominal, POP (sic) inmediato de laparotomía exploratoria colecistectomía subtotal hemicolecotomía derecha + ileostomía + drenaje de peritonitis (sic) generalizada, Píocolocisto + plastrón vesicular + fístula colecistocolónica??, HIA, DM tipo 1, EPOC por HC (sic)", pero esta información corresponde a su ingreso al área de cuidado crítico y no necesariamente a su ingreso primario a la IPS ESE Hospital San Rafael de Tunja, f. 554

EI señor LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA (Q.E.P.D.), ingresó al Hospital San Rafael de Tunja, por el servicio de Urgencias de esta IPS, remitido de la ESE Hospital Regional de Moniquirá. Al ingreso se determinaron los diagnósticos de Colelitiasis, Colecistitis aguda, Obstrucción intestinal??, Hipertensión Arterial por HC (sic), Diabetes Mellitus por HC (sic) según firma del doctor Uriel Genaro Sánchez, RM ilegible, firma ilegible, quien realiza la historia de admisión a Urgencias, f. 503

5. ¿Qué tipo de exámenes y apoyos diagnósticos le fueron practicados al paciente con el fin de confirmar su diagnóstico en la ESE Hospital San Rafael de Tunja?

En la historia clínica aportada del señor LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA (Q.E.P.D.) se encuentran entre otras las siguientes ayudas diagnosticas: LECTURA DE ECOGRAFÍA ABDOMINAL TOTAL HOSPITAL DE MONIQUIRÁ (21/12/2009): CONCLUSIÓN: colecistitis crónica agudizada, colelitiasis, posible píocolocisto". Firma ilegible Dr Prada, sin RM; sin sello.

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA: LECTURA DE RX DE ABDOMEN SIMPLE (22/12/2009): Importante distensión de asas intestinales sin evidencia de niveles hidroaéreos. Abundante material propio principalmente en el recto sigmoide y la ampolla recta (sic). Pseudo obstrucción intestinal baja. Firma ilegible Dr Carlos Barragán López, Médico Radiólogo, RM 7561/83. LECTURA DE ECOGRAFÍA ABDOMINAL TOTAL (22/12/2009): Estudio ecográfico técnicamente limitado por la interposición de gases. Se alcanzó a apreciar tan solo la vesícula hidrópica con Importante presencia de barro biliar y múltiples imágenes ecogénicas que se movilizan con los cambios de posición y que corresponde a litos. Se sugiere complementar el presente estudio con TAC abdominal. Firma ilegible Dr Carlos Barragán López, Médico Radiólogo, RM 7561/83. LECTURA DE TAC ABDOMINAL TOTAL CONTRASTADO (22/12/2009): CONCLUSIÓN: aumento de tamaño de la vesícula que plantea descartar cambios inflamatorios e hidrocolecisto. Íleo,

ateromatosis aórtica, cambios de espondilo artrosis en columna lumbar. Firma ilegible Dr César Alberto Franco, Médico Radiólogo. RM 5-18, f. 703

6. ¿En que consistió el tratamiento instaurado por la ESE Hospital San Rafael de Tunja al paciente, durante los días que duró hospitalizado en dicha entidad?

En la información aportada solo se puede constatar que al ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos del Hospital San Rafael de Tunja se ordenó monitoria continua, líquidos endovenosos, manejo antibiótico no precisado, protección gástrica no precisada, profilaxis para TVP (sic) no precisada, TEP (sic) no precisada, Insulina, a dosis no precisada, soporte vasopresor, no precisado, analgésico, no precisado, antiemético, no precisado, electrolitos, no precisados, f.554

Durante el tiempo de hospitalización en la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, el señor LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA (Q.E.P.D.) recibió tratamiento médico y quirúrgico. El tratamiento médico consistió en tratamiento farmacológico para rutina integral de la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos, con soporte cardiovascular (noradrenalina, vasopresina, dobutamina, líquidos endovenosos con electrolitos), sedación (fentanyl, midazolam), terapia antimicrobiana (ampicilina sulbactam), tratamientos profilácticos (furosemida, metoclopramida, ranitidina). El tratamiento quirúrgico consistió en colecistectomía + hemicolectomía derecha + drenaje de peritonitis generalizada y Laparotomía exploratoria, según los informes quirúrgicos aportados, f. 703

7. ¿ La atención médica prestada en ESE Hospital San Rafael de Tunja, fue adecuada, pertinente y oportuna?

El análisis de la atención prestada al señor LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA (Q.E.P.D.) se corresponde con las Guías para manejo de Urgencias del Ministerio de Salud de Colombia años 2009, y de la cual se extracta: "... La colecistitis aguda es la más común de las complicaciones de la coledocistitis, y con frecuencia ocurre en pacientes que se mantuvieron asintomáticos por años, a pesar de albergar cálculos en la vesícula, cálculos previamente conocidos o desconocidos. El diagnóstico de colecistitis se fundamenta en el engrosamiento de la pared vesicular y la presencia de líquido perivesicular. Universalmente la colecistitis aguda es motivo común de consulta en los servicios de urgencias. En los hombres de edad avanzada, la entidad es particularmente grave, por la comorbilidad que usualmente se halla asociada: Hipertensión, diabetes, enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar crónica. La colecistitis aguda puede ser de carácter leve e involucrar en forma espontánea o progresar hacia la necrosis y gangrena con perforación del órgano y peritonitis biliar, lo cual se asocia con una elevada tasa de mortalidad, hasta de 20%. Muy grave es la infección en una colecistitis aguda, el empiema de la vesícula biliar, lo que en Colombia se conoce como "piocolecisto". **La ultrasonografía (ecografía) es el método diagnóstico por excelencia, no invasor, fácilmente asequible y poco costoso. En la absoluta mayoría de los casos la ultrasonografía es el único examen necesario para establecer el diagnóstico con un alto grado de certeza...**

Teniendo en cuenta este marco de referencia, los antecedentes del paciente en cuestión, el cuadro clínico presentado, los estudios diagnósticos realizados, la conducta quirúrgica tomada, los hallazgos del informe quirúrgico, el manejo de las complicaciones posoperatorias y el manejo en área de cuidado crítico se considera que la atención médica prestada al señor LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA (Q.E.P.D.) en la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA fue adecuada, pertinente y oportuna a la luz de la lex artis vigente al momento de los hechos, ff. 703 y vuelto (subrayado del Despacho).

Otras Conclusiones del Dictamen:

"... En cuanto a la atención brindada al señor LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA (Q.E.P.D.), por parte

del Hospital Regional de Moniquirá, se encuentra que en dicha Institución se inició el estudio del motivo de su consulta a ese Centro asistencial, de acuerdo a los recursos disponibles y que corresponden a su nivel de complejidad y en concordancia con el diagnóstico de Dolor Abdominal con el que ingresó. Es evidente en los documentos aportados que muy prontamente al ingreso del paciente, se estableció un Diagnóstico Clínico y un plan terapéutico por parte de un Especialista de Cirugía General, que incluía una probable opción quirúrgica. También es claro que el mencionado Especialista explicó el cuadro clínico a los familiares presentes, el riesgo del paciente al ser tratado con cirugía, justificándolo en sus comorbilidades y les informó de la necesidad de su traslado a un nivel superior por lo cual inició tempranamente los correspondientes trámites. Es claro, según la bitácora de Remisión, que el aparato Institucional del Sistema de Referencia y Contrareferencia del Hospital Regional de Moniquirá, dedicó ingente esfuerzo en la comunicación con entidades de salud y el Centro Regulador de Urgencias de Boyacá, CRUB, (hoy día denominado CRUE), para que se lograra el objetivo de remitir al señor SANCHEZ RANDA (Q.E.P.D.) a un nivel superior. El contenido de la historia clínica revela que el señor LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA (Q.E.P.D.) fue sometido a la realización de estudios paraclínicos en sangre y orina y también a la realización de imágenes diagnósticas, a tratamiento medico con líquidos endovenosos, medicamentos antihipertensivos y antibioticoterapia sistémica. Consta también que fue valorado periódicamente por profesionales de Medicina y Enfermería, mostrando estabilización inicial de su estado general con los tratamientos instaurados. Todos los manejos realizados se corresponden con las Guías para manejo de Urgencias del Ministerio de Salud de Colombia años 2009. Teniendo en cuenta estos elementos considero que atención médica prestada al señor LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA (Q.E.P.D.) en la ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA fue adecuada, pertinente y oportuna a la luz de la evidencia que al momento de los hechos y a los recursos disponibles en su nivel de complejidad, observándose el deber objetivo de cuidado en la atención médica prodigada. En este caso tampoco encuentro elementos de juicio para sustentar la negligencia médica." f. 733 y vuelto. (Subrayo del Despacho).

5. Análisis del caudal probatorio y del caso concreto

En el caso que nos ocupa, pretende la parte actora que se declare Administrativa y patrimonialmente responsables al HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA y a la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, por las presuntas fallas y faltas en los servicios médicos prestados al señor LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA y que según la demanda ocasionaron su muerte; igualmente se busca indemnización por los presuntos perjuicios de orden moral a los aquí demandantes.

Como se dijo en precedencia, según el artículo 90 de la Constitución Política, para que exista responsabilidad del Estado, se requiere la configuración de dos elementos: el daño antijurídico, y la imputabilidad del daño a la entidad del Estado llamado a la Litis.

Ahora bien, jurisprudencialmente se considera que en materia de responsabilidad médica¹⁴ deben estar acreditados en el expediente "...todos los elementos que la configuran, esto es, el daño, la actividad médica y el nexa causal entre esta y aquel, sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados, falla de la entidad demandada, probabilidad que además fue reconocida por los médicos que laboraban en la institución; incluso de la prueba indiciaria...". Con base, en lo anterior, y en al

¹⁴ 14 Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 31 de agosto de 2006, rad. 15772, M.P. Ruth Stella Correa Palacio; sentencia del 28 de septiembre de 2012, rad. 12424, M.P. Stella Conto Díaz del Castillo. Expediente: 31182

análisis de las pruebas practicadas en el presente asunto, procede el Despacho a verificar la existencia de los mencionados elementos, para determinar si se configura la responsabilidad de las entidades demandadas y de ser así, la correspondiente indemnización.

5.1. Del daño.

En el presente asunto, **la muerte** del señor **LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA** constituye el daño, plenamente demostrado mediante el registro civil de defunción f. 182.

5.2. De la imputabilidad del daño

Según lo ha entendido y explicado la Sección Tercera del Consejo de Estado, "imputar - para nuestro caso - es atribuir el daño que padeció la víctima al Estado, circunstancia que se constituye en condición *sine qua non*, para declarar la responsabilidad patrimonial de este último; la imputación del daño al Estado depende, en este caso, de que el mismo, es decir el deceso del señor SANCHEZ ARANDA obedezca a la acción u omisión de las aquí, entidades demandadas.

Pues bien, se cifra en la demanda que la muerte del señor SANCHEZ ARANDA se produjo "*como consecuencia de la culpa, falta y falla en el servicio médico y Administrativo de dichas instituciones.....*"f. 5.

Así las cosas, procede el Despacho a establecer las condiciones de los servicios médicos prestado primeramente por el equipo médico del HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA y posteriormente del HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, en el periodo comprendido entre el 10 de noviembre al 24 de diciembre de 2009 para lo cual apoyara en las anotaciones de la Historia Clínica del paciente, las declaraciones del personal médico que lo trataron y de las conclusiones expuestas el en dictamen pericial, obrante en el expediente y que fue debidamente debatido por las partes sin que ninguna lo objetara.

6. De los servicios médicos recibidos, del Diagnóstico y conclusiones del Dictamen.

Según los hechos esgrimidos en la demanda, se tiene que:

El señor JOSE MARIA SANCHEZ ARANDA (q.e.p.d.) para la época de los hechos contaba con 82 años de edad, quien el día 09 de noviembre de 2009 es remitido por el Centro de Salud de Santana al Hospital Regional de Moniquira, con cuadro clínico consistente en *dolor de pecho, epigastalgia asociada a dolor abdominal* sin presentar otra

sintomatología, se le practica cuadro hemático, orina, con anotación de salida **"ABD BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO.."** f. 64, se expide orden de salida el 10 de noviembre de 2009 con recomendaciones y signos de alarma..." f.66

Posteriormente el día 4 de diciembre de 2009, se presenta por urgencias al Centro de Salud de Santana por dolor abdominal con impresión diagnóstica de Neumonía Basal, Colecistitis, Colelitiasis, f. 84 vuelto, y remitido para manejo de II nivel al Hospital Regional de Moniquira, en donde se inicia manejo médico registrando para el día 05 de diciembre de 2009 **"PULMONES CON HIPOVENTILACION BIBASAL CREPITOS OCASIONALES, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOR A LA PALPACION.."** f. 92.

Según la Historia Clínica allegada, se establece que el día 20 de diciembre de 2009, el señor SUAREZ ARANDA se presenta nuevamente al Centro de Salud de Santana, refiriendo mucho dolor abdominal, quien es atendido por el médico Nestor Salazar quien ordena la remisión del paciente a un centro Hospitalario de Segundo Nivel, **f. 104** y vuelto; tal como lo corrobora el galeno en su declaración:

"...Si, yo hice la atención inicial del paciente, el paciente consultaba por cuadro de dolor abdominal con la sospecha de Una patología abdominal quirúrgica por lo cual lo remití a segundo nivel a Moniquira..."¹⁵

Una vez recibido el paciente en el HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA (20 de diciembre de 2009), se le practicó cuadro hemático, y Leucograma, parcial de orina, con diagnóstico definitivo de Colelitiasis crónica agudizada, por lo cual se solicita **ecografía abdominal total**, la cual reporta *"colecistitis crónica agudizada, con posible colecisto..."*, igualmente se le realiza ecografía y es valorado por Anestesiólogo de turno quien considera que el paciente debe ser remitido a Hospital de tercer nivel para manejo postoperatorio, (informe de anestesia) f. 652; teniendo en cuenta que el paciente es de avanzada edad, y que el procedimiento quirúrgico reviste riesgo, y que para el caso particular se requiere de Unidad de cuidados intensivos, unidad con la que no cuenta el centro Hospitalario de Moniquira. ff. 69 a 71.

Así lo registra la declaración hecha por el médico **FERNANDO TEJADA FLOREZ:**

*"...un paciente de edad avanzada, creo que tenía como 82 años, con unos antecedentes de enfermedades que deterioran mucho la salud como son la diabetes, creo que sufría de epoc, enfermedad pulmonar crónica, hipertensión arterial, la diabetes produce un deterioro de todo el organismo, cuestión que tiene que tener muy en cuenta. **El paciente se quejaba de dolor abdominal localizado en la fosa iliaca derecha y con oxígeno, sin signos de irritación peritoneal y se encontró con estertores en las bases pulmonares como consecuencia de la radiografía de abdomen simple la cual se le ordenó se hizo una impresión diagnóstica de una obstrucción intestinal parcial interrogada, segunda carcinoma de ciego interrogado, tercero***

¹⁵ f.63 a 66 cuaderno anexo 3.

diabetes insulina dependiente, neumonía basal bilateral, quinto, hipertensión arterial, se le explica a la familia sobre la necesidad de aclarar el diagnóstico con un tac abdominal y probable tratamiento quirúrgico. Se les informa que es un alto riesgo quirúrgico por la neumonía, la diabetes, y que es prudente trasladar al paciente a tercer nivel...". f.63 a 66 cuaderno anexo 3.

Una vez remitido al paciente del Hospital Regional de Moniquira al Hospital San Rafael de Tunja se procedió así:

El día 22 de diciembre de 2009, ingresa paciente por urgencias, con anotación de Motivo de Consulta: "...Dolor abdominal, cuadro de 2 días de evolución de dolor abdominal constante localizado en hemiabdomen derecho de intensidad moderada, no refiere otra sintomatología..." ff, 593 y ss

Se practican los siguientes exámenes y ayudas diagnosticas:

- ECOGRADIA ABDOMEN SIMPLE: con los siguientes hallazgos "... Pseudo obstrucción intestinal baja..." f. 644
- ECOGRAFIA ABDOMINAL TOTAL, con los siguientes hallazgos: "Se alcanzo a apreciar tan solo la vesícula hidrópica con importante presencia de barro biliar y múltiples imágenes escogénicas que se movilizan con los cambios de posición y corresponde a litos... se sugiere complementar el presente estudio con TAC abdominal. F. 645
- TAC ABDOMINAL TOTAL CONTRASTADO; con los siguientes hallazgos: "Cámara gástrica distendida y asa delgadas también distendidas que sugieren cambios de ileo, segmento colonicos no aumentados en sus diámetros. Órganos pélvicos dentro de los parámetros normales, No hay masas abdominales o colecciones, cambios de espondilo artosis en columna lumbar., CONLUSION: Aumento del tamaño vesícula que plantea descartar cambios inflamatorios e hidrocolecisto ileo..." f. 646
- Exámenes de Laboratorio Clínico, Muestra de Líquidos Peritoneal. f. 642

Obtenidos los resultados de los exámenes practicados, se decide pasar a sala de cirugía, (23 de diciembre de 2009); en donde se le Practica Colectectomia + hemicolectomia derecha + drenaje de peritonitis generalizada, ff. 630 y ss; y posteriormente ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos en donde se reporta:

" CUADRO CLÍNICO DE 2 DIAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR A NIVEL DE FLACO DERECHO ASOCIADO A FIEBLE CUANTIFICADA Y NAUSEAS, VALORADO EN HOSPITAL DE MONIQUIRA EN DONDE TOMAN ECOGRAFÍA QUE EVIDENCIA COLECISTITIS CRÓNICA AGUDIZADA CON POSIBLE PICOLESISTO, VALORADO POR ANESTESIOLOGO QUIEN CONSIDERA TRASLADO A TERCER NIVEL PARA MENEJO POP, PACIENTE INFRESA A ESTA INSTITUCIÓN EN DONDE CONSIDERAN PACIENTE CON ADOMEN AGUDO PASAN A SALAS DE CIRUGÍA, PACIENTE INGRESA EN POP INMEDITO DE LAPARAPTOMIA EXPLARATORIA ENCONTRANDO PLASTON VESICULAR + PERITONITIOS GENERALIZADA + PICOLESISTO + FISTULA COLEDOCOLONICA, CON DRENAJE DE 4000 cc DE LIQUIDO PURULENTO, **REALIZAN COLECISTECTOMIA SUBTOTAL HEMICOLECTOMIA DERECHA CON ILESTOMIA Y CIERRE DE MUÑÓN, SE TRASLADA A UCI EN POP INMEDITO...**" F. 592

Una vez practicado el procedimiento quirúrgico, el paciente es llevado a la Unidad de Cuidados Intensivos, en donde se registra:

...*"DICIEMBRE 23 DE 2009. PACIENTE CON EVOLUCION TORPIDA CON IMPORTANTE COMPROMISO DE LA PERFUSION TISULAR REQUERIDO SOPORTE CON NORADRENALINA, VASOPRESINA Y DOBUTAMINA PORQUE HIDRICO ELEVADO DE MANTIENE CON SOPORTE VITAL AVANZADO PRONOSTICO RESERVADO.*

DICIEMBRE 24 DE 2009. PACIENTE EN PESIMAS CONDICIONES GENERALES, EN CHOQUE SEPTICO REFRACTARIO, INESTABLE HEMODINAMICAMENTE CON SOPORTE CARDIOVASCULAR ELEVADO, CON SOPORTE VENTILATORIO PARA PROTECCION DE VIA AEREA, EN ACIDEMICA METABOLICA SEVERA, CON HIPOPERFUSION TISULAR EN MANEJO CON INOTROPICO POSITIVO, CON SIGNOS DE SIRS, CON ILEOSTOMIA NECROTICA, DISTENSION ABDOMINAL, ES LLEVADO A REVISION DE CAVIDAD EN SALAS DE CIRUGIA, DONDE ESCUENTRAN ISQUEMIA MESENTERICA, PESIMO PRONOSTICO DE VIDA A MEDIANO Y CORTO PLAZO....

13+00: SE ATIENDE LLAMADO DE ENFERMERIA, PACIENTE CON BRADICARDIA EXTREMA QUE EVOLUCIONA RAPIDAMENTE A RITMO CARDIOVASCULAR, TIPO ASISTOLIA, FALLECIENDO A LAS 13+000, SE INFORMA A FAMILIARES..." ff. 592 - 593

De lo narrado por el grupo de personal médico, de lo registrado en la Historia Clínica, y del dictamen pericial decretado en el plenario, este Despacho no evidencia irregularidad alguna en los servicios médicos prestados por las entidades Hospitalarias demandadas al señor SANCHEZ ARANDA (q.e.p.d.) pues se extrae que el mismo fue asistido por profesional médico vinculado a dichas entidades quienes en su momento de asistencia ordenaron la practica de todos y cada uno de los exámenes físicos y de laboratorio que su estado de salud ameritaba, así mismo lo concluye el dictamen rendido por el Médico Forense, así:

" Teniendo en cuenta este marco de referencia, los antecedentes del paciente en cuestión, el cuadro clínico presentado, los estudios diagnósticos realizados, la conducta quirúrgica tomada, los hallazgos del informe quirúrgico, el manejo de las complicaciones posoperatorias y el manejo en área de cuidado crítico se considera que la atención médica prestada al señor LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA (Q.E.P.D.) en la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA fue adecuada, pertinente y oportuna a la luz de la lex artis vigente al momento de los hechos, ff. 703 y vuelto (subrayado del Despacho).

(..)

"... El contenido de la historia clínica revela que el señor LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA (Q.E.P.D.) fue sometido a la realización de estudios paraclínicos en sangre y orina y también a la realización de imágenes diagnósticas, a tratamiento medico con líquidos endovenosos, medicamentos antihipertensivos y antibioterapia sistémica. Consta también que fue valorado periódicamente por profesionales de Medicina y Enfermería, mostrando estabilización inicial de su estado general con los tratamientos instaurados. Todos los manejos realizados se corresponden con las Guías para manejo de Urgencias del Ministerio de Salud de Colombia años 2009. Teniendo en cuenta estos elementos considero que atención médica prestada al señor LUIS MARIA SANCHEZ ARANDA (Q.E.P.D.) en la ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONQUIRA fue adecuada, pertinente y oportuna a la luz de la lex artis vigente al momento de los hechos y a los recursos disponibles en su nivel de complejidad, observándose el deber objetivo de cuidado en la atención médica prodigada. En este caso tampoco encuentro elementos de juicio para sustentar la negligencia médica" 735 y vuelto. (Subrayo del Despacho).

Así, no observa este Despacho que la prestación médica prestada adolezca de yerros en la praxis médica, que hayan comprometido la posibilidad de vida del señor LUIS MARIA SUAREZ ARANDA, contrario sensu, debe advertirse la reacción orgánica propia de cada individuo, y que era un paciente en el que confluían varios factores de riesgo como su avanzada edad (82 años), hipertensión, diabetes mellitus, epoc, entre otros¹⁶, circunstancias que aumentan los riesgos en los procedimientos quirúrgicos y agravan el estado de salud del paciente.

Tampoco se evidencia error de diagnóstico, contrario a lo sostenido en la demanda pues como quedó demostrado, el paciente fue sometido a valoración física y completa; utilizando los recursos técnicos que permitieron confirmar el diagnóstico, y consecuentemente brindarle el tratamiento que requería.

Así las cosas, y como quiera que no se probó en el plenario que los servicios médicos prestados por las entidades demandadas se hubiesen apartaron de los protocolos y guías de manejo, establecidas en la lex artis para casos como el presente, estos no pueden enmarcarse como causa eficiente del daño, esto es, el indeseado deceso del señor SUAREZ ARANDA, como lo argumenta la demanda.

Por lo anterior, no encuentra este Despacho responsabilidad atribuible a las entidades demandadas, asistiéndoles razón a sus apoderados en sus proposiciones de defensa; lo que conlleva a negar las suplicas de la demanda.

7. De Las Costas

No se condenará en costas de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 171 del C.C.A. modificado por el artículo 55 de la Ley 446 de 1998, en la medida en que no aparecen comprobadas.

En mérito de lo expuesto, el **Juzgado Octavo Administrativo Oral del Circuito Judicial de Tunja**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE;

PRIMERO: Declarar no probada la excepción de caducidad propuesta por la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA por las razones expuestas en la parte motiva de la presente providencia.

¹⁶ Estado de comorbilidad del paciente, según dictamen pericial pg., 553

REFERENCIA: ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTE: NOHORA SILVA DE SANCHEZ Y OTROS
DEMANDADO: E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE TUNJA Y OTROS
Radicado: 2012-00032
Pág. No. 34

SEGUNDO: NEGAR las suplicas de la demanda de conformidad con lo expuesto en la motiva de esta providencia.

TERCERO: Sin condena en costas. Por lo expuesto en la parte motiva de la presente providencia.

CUARTO; Si existe excedente de gastos procesales, por secretaria **devuélvase** al interesado.

QUINTO: Una vez en firme la presente providencia, procédase por **secretaría al archivo del expediente,** previa las anotaciones que haya lugar.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE


GLORIA CARMONA PAEZ PALACIOS
JUEZ