



TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOYACÁ
SALA DE DECISIÓN No. 5
MAGISTRADO PONENTE: OSCAR ALFONSO GRANADOS
NARANJO

Tunja, 14 de octubre de 2020.

ACCIONANTE	BELEN AMEZQUITA DE MORALES Y OTROS.
ACCIONADO	HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO
EXPEDIENTE	152383339751 2014 00049 01
ACCIÓN	Reparación Directa- confirma niega pretensiones.

Decide la Sala el recurso de apelación formulado por el apoderado de la parte demandante (fl. 715-728), en contra de la sentencia del 13 de febrero de 2019, proferida por el Juzgado Segundo Administrativo del Circuito de Sogamoso, mediante el cual declaró probada las excepciones de mérito denominadas “falta de causa para promover la acción” y “falta de causa petendi”, formuladas por el Hospital Regional de Sogamoso y el eximente de responsabilidad “culpa exclusiva de la víctima” y negó las pretensiones de la demanda (fls. 964- 707).

I. ANTECEDENTES

1. LA DEMANDA (fls.12-38)

1. A través de apoderado judicial y en ejercicio del medio de control de reparación directa previsto en el artículo 140 de la Ley 1437 de 2011, los señores, **BELEN AMÉZQUITA SIERRA DE MORALES, INOCENCIO MORALES GÓMEZ, LUCILA MORALES GÓMEZ, MARLEN MORALES GÓMEZ, RUBI MORALES GÓMEZ, MARGARITA MORALES GÓMEZ, JOSÉ ANTONIO MORALES GÓMEZ, LUIS ENRIQUE MORALES**



Accionante: Belén Amézquita Sierra de Morales y otros
Accionado: Hospital Regional de Sogamoso ESE
Expediente: 152383339751 2014 00049 01
Reparación Directa – sentencia de 2ª instancia

GÓMEZ, DIEGO FERNEY MORALES CASTELLANOS, OSCAR IVÁN VALDERRAMA MORALES, ROSMERY OCHOA MORALES, CARLOS ANDRÉS MORALES LÓPEZ, YEIMI ALEJANDRA OCHOA MORALES, CRISTIAN GUILLERMO ALVARADO MORALES, CAMILO ANDRÉS ALVARADO MORALES, MARÍA FERNANDA ALVARADO MORALES, ARBEY JULIAN TORRES MORALES, así como de los menores **JUAN PABLO MORALES ALVARADO, SOFIA MORALES ALVARADO, JOSÉ AGUSTÍN MORALES ALVARADO, NICOLÁS ESTEBAN TORRES MORALES, CAMILO TORRES MORALES, JOAN SEBASTIAN MORALES NARVAEZ, JUAN JOSÉ MORALES NARVAEZ,** acuden a la administración de justicia, con el fin de solicitar la declaratoria de responsabilidad del HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, por los perjuicios de orden moral y material derivados de la falla en el servicio de salud del ente demandado que condujo a la muerte del señor AMELIO MORALES.

HECHOS:

2. Los supuestos fácticos en que se fundamenta la demanda son, en síntesis, los siguientes:

El 6 de septiembre de 2012 el señor AMELIO MORALES ALARCÓN, se desplazó a urgencia de la ESE de TOTA, en donde le fue diagnosticado con una hemorragia digestiva alta y gastritis crónica, razón por la cual fue remitido al Hospital Regional de Sogamoso.

Ingresó al Hospital Regional de Sogamoso por urgencia, en donde, al momento de su ingreso se determinó por el médico que lo atendió lo siguiente:

“(…) MOTIVO DE CONSULTA

Dolor abdominal, (ayer antes de ingerir alimento le inicia dolor abdominal tipo cólico en mesogastrio, náuseas y emesis (vómito) con pintas de sangre en número 1”



Accionante: Belén Amézquita Sierra de Morales y otros
Accionado: Hospital Regional de Sogamoso ESE
Expediente: 152383339751 2014 00049 01
Reparación Directa – sentencia de 2ª instancia

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

Dolor abdominal. Hemorragia digestiva alta interrogada, gastritis agudizada, dolor abdominal secundario, se deja hospitalizado, sufría de hipotiroidismo, toma levotiroxina de 100 mg, con leve distnción abdominal con dolor difuso a la palpación, se tomó examen de electrocardiograma (...) se dejó en observación con líquidos (...)”

El 7 de septiembre de 2012 se le realizó una endoscopia la cual arrojó como resultado “PANGASTRITIS EROSIVA AGUDA, REFLUJO DUODENOGASTRICO, HIATO INCOMPETENTE Y ESOFAGITIS POR CÁNDIDA LEVE. Se le da tratamiento con omeprazol y milpax y es devuelto para su casa.

El 11 de septiembre de 2012, el señor AMELIO MORALES, ingresó nuevamente por urgencias al Hospital Regional de Sogamoso, refiriendo el mismo dolor abdominal de seis días de evolución. En esa oportunidad el diagnóstico fue el siguiente:

“(...) 1ºDolor abdominal agudo, 2ºobstruccipon intestinal, 3º enfermedad acido péptica, 4º deshidratación grado dos.”

El mismo día, esto es, el 11 de setiembre de 2012, el paciente fue visto por el especialista en cirugía general, quien según su valoración concluyó:

“(...) al examen físico se encuentra paciente “álgido”, deshidratado en regular estado general con signos vitales estables, mucosas orales semisecas, escleras leve tinte icterico, abdomen distendido doloroso a la palpación generalizada, no signos de irritación peritoneal, da una impresión diagnóstica de obstrucción intestinal.

PLAN DE MANEJO

(...) Solicita una ecografía abdominal total cuyo resultado fue “marcada dilación e interposición de asa que impide evaluación del páncreas y retroperotoneo, no se observa masas, colecciones no líquido, libre en cavidad abdominal (...)”

Señaló que posterior a la valoración del cirujano el paciente continuó con el mismo cuadro clínico, dolor abdominal, vomito, sin deposiciones, deshidratado, con una obstrucción



*Accionante: Belén Amézquita Sierra de Morales y otros
Accionado: Hospital Regional de Sogamoso ESE
Expediente: 152383339751 2014 00049 01
Reparación Directa – sentencia de 2ª instancia*

intestinal por lo que, en su sentir, tal situación constituía un cuadro de grave emergencia médica que obligaba a una atención con uso de paraclínicos como la toma de TAC toda vez que, ya se habían practicado otros exámenes y la evolución médica del paciente iba en retroceso.

El 12 de septiembre de 2012 el cirujano general encontró un paciente deshidratado, estertores de base pulmonar derecha, abdomen blando depresible no doloroso, determinando que el paciente estaba con mejoría de dolor y buen patrón de sueño.

Si bien el cuadro clínico era similar al del día anterior, adujo la parte actora que se omitieron ciertas diferencias tales como: que se encontraba deshidratado, que presentaba problemas respiratorios que no se habían presentado antes, subsistía la no deposición lo que indicaba que persistía la obstrucción intestinal.

El 13 de septiembre de 2012 fue valorado nuevamente por especialista en cirugía general quien refiere que el paciente se siente mejor, buen patrón de sueño, niega dolor abdominal, deposición negativa, con signos vitales estables, abdomen levemente distencionado depresible no doloroso. Adicionalmente continuó valorando dipirona y solicita TAC abdominal con contraste.

El 14 de septiembre de 2014 es valorado nuevamente encontrándose con los mismos síntomas, razón por la cual el médico que realizó la valoración, concluyó que el paciente estaba en aceptables condiciones generales, con ausencia de deposición, por lo que solicitó valoración por medicina interna por: 1º obstrucción intestinal a estudio etiología no clara; 2º. falla renal, síndrome icterico; 3º. EPOC y 4º hipotiroidismo. Formuló los mismos medicamentos quedando pendiente la toma de TAC abdominal con contraste.

El mismo 14 de septiembre se realizó valoración por medicina interna en la cual se encontró que el paciente estaba deshidratado, tenía dolor abdominal, pruebas de función renal elevadas, abdomen distendido con dolor a la palpación difusa sin irritación peritoneal, ruidos intestinales muy disminuidos casi ausentes. En dicha valoración se estableció como diagnóstico: “dolor abdominal inespecífico, isquemia mesentérica, ilio reflejo, síndrome icterico indirecto (...)”.

Así las cosas, advirtió el demandante que no se había determinado la causa del dolor abdominal, y se detectó un nuevo diagnóstico de isquemia mesentérica interrogada, y se confirmó falla ilio reflejo interrogado, falla renal, deshidratación grado 3, con los que en su criterio se presentó falla multisistémica, por consiguiente, el paciente había venido en constante deterioro clínico.

El 15 de septiembre de 2012, fue valorada su evolución encontrando *“un paciente poco colaborador, quien el día anterior de retiro las sondas nasogástricas y vesical, no acepta colocarse el oxígeno por cánula nasal refiere deposiciones negativas desde hace 10 días, persiste el dolor abdominal difuso”* igualmente, del análisis de los exámenes de laboratorio se concluyó que la creatinina estaba en 2.88, considerando la posible falta pre- renal.

Puso de presente que el paciente se retiró del Hospital de forma voluntaria, en razón a que llevaba más de 10 días sin deposición, situación que lógicamente le causó desesperación, molestia, ansiedad, cólera e impotencia ante una situación que los médicos no habían podido aclarar, pese a la persistencia en la obstrucción intestinal y la falla multisistémica que ya estaba presentando el paciente, lo que iba deteriorando su salud.

El 16 de septiembre de 2012, el señor AMELIO MORALES ingresó nuevamente a la ESE de Tota en donde fue atendido por el médico general quien refirió diagnóstico de



Accionante: Belén Amézquita Sierra de Morales y otros
Accionado: Hospital Regional de Sogamoso ESE
Expediente: 152383339751 2014 00049 01
Reparación Directa – sentencia de 2ª instancia

“pseudobstrucción intestinal, emesis, vomito fecaloide, distensión abdominal, y ausencia de deposición de 11 días de evolución” por lo cual se remitió a nivel superior por cirugía general.

El mismo 16 de septiembre reingresó al Hospital Regional de Sogamoso con diagnóstico *“obstrucción intestinal persiste el dolor abdominal difuso, ausencia de ruidos intestinales y emesis fecaloide”*. Además, tos con expectoración verdosa y dificultad para respirar, razón por la cual es hospitalizado, solicitándose valoración por cirugía general.

A las 6:00 pm el señor MORALES ingresó a cirugía para realizar una laparoscopia exploratoria. En dicho procedimiento se determinó como diagnóstico pre- quirúrgico, obstrucción intestinal, peritonitis, apendicitis perforada. En los hallazgos de la cirugía se encontró un *“síndrome adeherencial severo por fibrina, obstrucción intestinal completa de diferentes niveles, peritonitis - apendicitis perforada”* después de la intervención es remitido a UCI.

Adujo la parte demandante que no se entiende el diagnóstico post quirúrgico consistente en peritonitis *“apendicitis perforada”*, cuando en la historia clínica nunca se mencionó, es decir, nunca hubo sospecha de su existencia a pesar de tener siempre como motivo de consulta el dolor abdominal persistente y agudo, por lo que, en sentir, no queda duda que la apendicitis estuvo presente desde el principio, pero sus manifestaciones fueron ocultas o enmascaradas por el uso de los analgésicos.

De igual manera, consideró que, si se hubiera realizado el TAC abdominal con contraste, el cual, a pesar de haber sido ordenado nunca se realizó, la apendicitis habría sido diagnosticada y tratada a tiempo con resultado de paciente vivo.



*Accionante: Belén Amézquita Sierra de Morales y otros
Accionado: Hospital Regional de Sogamoso ESE
Expediente: 152383339751 2014 00049 01
Reparación Directa – sentencia de 2ª instancia*

El 16 de septiembre de 2012 a las 21:53 ingreso a la UCI en la Clínica Valle del Sol con diagnóstico del médico internista “paciente en shock séptico, peritonitis aguda por apendicitis”. Se le ordenó exámenes de laboratorio cuyo resultado fue falla renal, urgencia dialítica, síndrome de difusión orgánica múltiple (falla ventilatoria, cardio vascular, renal).

El 17 de septiembre de 2012 el paciente entró en un mal estado general, inestable hemodinamicamente, dependiendo del soporte vaso activo, requiere de soporte dialítico como urgencia vital.

Del 18 al 23 de septiembre de 2012 se le realizaron los tratamientos paliativos que se debe realizar en la UCI, pero el señor AMELIO MORALES falleció el 23 de septiembre a las 10:40 am, siendo la causa apendicitis aguda como se consignó en su historia clínica.

Puso de presente que el Hospital Regional de Sogamoso incurrió en falla en el servicio durante la atención del señor AMELIO MORALES la cual culminó con su muerte, hecho que hubiera cambiado si contrario a ello se hubieran acatado los protocolos y se hubiera prestado la asistencia al paciente.

A lo anterior agregó que la omisión médica se presenta desde el momento en que se diagnosticó el dolor abdominal secundario, más aún si se tiene en cuenta que el dolor era agudo y no fue atendido tempranamente conforme a los protocolos médicos. Por el contrario, se formularon medicamentos que enmascararon su cuadro clínico.

De igual manera se omitió la toma del TAC oportunamente, examen que si bien fue ordenado nunca se realizó. Así las cosas, si oportunamente se le hubiera realizado dicho examen, con el resultado se hubiera confirmado la causa del dolor abdominal agudo con el posterior ingreso a cirugía y el paciente estaría vivo.

Señaló que el señor AMELIO MORALES compartía con su esposa, hijos y nietos todos los eventos familiares, manteniendo un contacto directo con ellos y acompañándolos durante los momentos más importantes de la vida de cada uno de ellos, de tal manera que con su muerte se le privó de continuar teniendo y compartiendo alegrías, proyectos sueños y una vida familiar.

Finalmente agregó que el señor MORALES a pesar de su edad seguía laborando en la actividad de la agricultura en la finca que tenía en los Alpes sector municipio de Tota, por lo que se presume que dada su actividad económica percibía un salario mínimo legal vigente, con el que suplía sus gastos y los de su esposa.

1.1. EL PRETENSIONES

3. La parte actora dirige el petitum en torno a lo que seguidamente se menciona:

“(…) **PRIMERA:** Que se declare al Hospital Regional de Sogamoso, responsable administrativamente de los perjuicios materiales, morales y de daño a la vida de relación y/o bienes y derechos constitucionalmente protegidos, ocasionados a **BELÉN AMÉZQUITA SIERRA DE MORALES, INOCENCIO MORALES GÓMEZ, LUCILA MORALES GÓMEZ, MARLEN MORALES GÓMEZ, RUBI MORALES GÓMEZ, MARGARITA MORALES GÓMEZ, JOSÉ ANTONIO MORALES GÓMEZ, LUIS ENRIQUE MORALES GÓMEZ, DIEGO FERNEY MORALES CASTELLANOS, OSCAR IVÁN VALDERRAMA MORALES, ROSMERY OCHOA MORALES, CARLOS ANDRÉS MORALES LÓPEZ, YEIMI ALEJANDRA OCHOA MORALES, CRISTIAN GUILLERMO ALVARADO MORALES, CAMILO ANDRÉS ALVARADO MORALES, MARÍA FERNANDA ALVARADO MORALES, ARBEY JULIAN TORRES MORALES,** así como de los menores **JUAN PABLO MORALES ALVARADO, SOFIA MORALES ALVARADO, JOSÉ AGUSTÍN MORALES ALVARADO, NICOLÁS ESTEBAN TORRES MORALES, CAMILO TORRES MORALES, JOAN SEBASTIAN MORALES NARVAEZ, JUAN JOSÉ MORALES NARVAEZ** por falla en el servicio de salud que condujo a la MUERTE del señor AMELIO MORALE esposo, padre y abuelo de las personas en mención.



Accionante: Belén Amézquita Sierra de Morales y otros
Accionado: Hospital Regional de Sogamoso ESE
Expediente: 152383339751 2014 00049 01
Reparación Directa – sentencia de 2ª instancia

SEGUNDA: Como consecuencia de lo anterior, se ordene al Hospital Regional Sogamoso, como reparación de los daños ocasionados, a pagar las correspondientes sumas de dinero que esgrimen a continuación, bajo los siguientes títulos a los aquí demandantes:

PERJUICIOS MATERIALES

DAÑO EMERGENTE.

Para los aquí demandantes se pague el valor de

GASTOS FUNERARIOS \$2.700.000

LUCRO CENSANTE.

Correspondiente a los ingresos del señor AMELIO, que, si los acontecimientos hubieran seguido su curso normal, habrían ingresado o lo haría en el futuro, solicito para la señora BELEN AMEZQUITA DE MORALES se cancelen:

Indemnización por la supresión de la ayuda económica, esto es, ingresos en promedio percibidos por el oficio de agricultor de don AMELIO que se presume en un salario mínimo legal mensual vigente, los ingresos serán constituidos no solo por el salario base, sino también por primas, vacaciones, cesantías y cualquier otro emolumento que constituya salario, o por lo menos el aumento del 25% que ha sido reconocido jurisprudencialmente.

Así mismo, dichos ingresos deberán ser actualizados de conformidad con la fórmula aplicada en forma reiterada por el H. Consejo de Estado.

(...)

LUCRO CESANTE CONSOLIDADO

Ingresos que hubiere producido desde la fecha de la muerte hasta la fecha que se produzca la presente sentencia.

(...)

Total: \$24.124.800

LUCRO CESANTE FUTURO

Comprende el periodo transcurrido desde el día siguiente de la fecha probable de la sentencia que se estimaría hacia enero de 2016, hasta el máximo de vida probable del señor AMELIO solicito: **\$67'267.200.**

PERJUICIOS INMATERIALES



Accionante: Belén Amézquita Sierra de Morales y otros
Accionado: Hospital Regional de Sogamoso ESE
Expediente: 152383339751 2014 00049 01
Reparación Directa – sentencia de 2ª instancia

Demandante	PERJUICIOS MORALES	Daños a la vida en relación
Belén Amézquita de Morales	100 SMLMV	100 SMLMV
Inocencio Morales Gómez	100 SMLMV	100 SMLMV
Lucila Morales Gómez	100 SMLMV	100 SMLMV
Marlen Morales Gómez	100 SMLMV	100 SMLMV
Rubí Morales Gómez	100 SMLMV	100 SMLMV
Margarita Morales Gómez	100 SMLMV	100 SMLMV
José Antonio Morales Gómez	100 SMLMV	100 SMLMV
Luis Enrique Morales Gómez	100 SMLMV	100 SMLMV
Diego Ferney Morales Castellanos	50 SMLMV	-
Oscar Iván Valderrama Morales	50 SMLMV	-
Rosmery Ochoa morales	50 SMLMV	-
Carlos Andrés Morales López	50 SMLMV	-
Yeimi Alejandra Ochoa morales	50 SMLMV	-
Cristian Guillermo Alvarado morales	50 SMLMV	-
Camilo Andrés Alvarado morales	50 SMLMV	-
María Fernanda Alvarado Morales	50 SMLMV	-
Arbey Julián Torres Morales	50 SMLMV	-
Juan Pablo Morales Alvarado	50 SMLMV	-
Sofía morales Alvarado	50 SMLMV	-
José Agustín Morales Alvarado	50 SMLMV	-
Nicolás Esteban Torres Morales	50 SMLMV	-
Camilo Torres Morales	50 SMLMV	-
Joan Sebastián Morales Narváez	50 SMLMV	-
Juan José Morales Narváez	50 SMLMV	-

TERCERA: Que las sumas reconocidas a favor de mis representados sean actualizadas con base en el Índice de Precios al Consumidor de conformidad con lo dispuesto en el artículo 187 del CPACA y se dé cumplimiento a la sentencia condenatoria en los términos de los artículos 192 del CPACA”



Accionante: Belén Amézquita Sierra de Morales y otros
Accionado: Hospital Regional de Sogamoso ESE
Expediente: 152383339751 2014 00049 01
Reparación Directa – sentencia de 2ª instancia

1.2. FUNDAMENTOS DE DERECHO

4. Citó como fundamentos de derecho de sus pretensiones el artículo 90 de la constitución política y 140 de la Ley 1437 de 2011.

2. LA CONTESTACIÓN.

2.1. HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E (fls. 250-285)

5. Encontrándose en la oportunidad legal para el efecto, el apoderado del Hospital Regional de Sogamoso contestó la presente demanda oponiéndose a las pretensiones de la misma, en los siguientes términos:

En primer lugar, adujo la entidad hospitalaria que las pretensiones de la demanda se encaminan a obtener el resarcimiento derivados de unos supuestos daños o perjuicios morales y materiales, los cuales son una apreciación subjetiva, pues, tal como se establece en la historia clínica del paciente, señor AMELIO MORALES, la ESE Hospital Regional de Sogamoso le brindó la atención requerida en todo momento de acuerdo a los signos y síntomas que el paciente presentaba al momento de consultar.

En efecto, los médicos tratantes procedieron a realizar la valoración, medicación, electrocardiograma y demás exámenes diagnósticos, con el fin de poder determinar con certeza el diagnóstico y tratamiento que requería el paciente de acuerdo con su evolución. Así las cosas, manifestó la demandada que el paciente al momento del ingreso al servicio de urgencias era asintomático respecto de la patología que posteriormente se le identificó, esto es, apendicitis.

Los síntomas del paciente no eran los que normalmente se presentan en este tipo de patología, circunstancia que de



Accionante: Belén Amézquita Sierra de Morales y otros
Accionado: Hospital Regional de Sogamoso ESE
Expediente: 152383339751 2014 00049 01
Reparación Directa – sentencia de 2ª instancia

acuerdo con la literatura médica se denomina, síntomas bizarros, que quiere decir que los síntomas que se manifiestan son como si se tratara de otra patología y que solo, con su evolución se puede determinar la verdadera patología del paciente. Es una situación atípica dentro de la evolución que solo se evidencia con el pasar del tiempo.

Sin embargo, dentro de las observaciones que se determinaron por parte de los médicos tratantes en la historia clínica del paciente, se dejó claro que existía una alerta por un dolor abdominal secundario a la que efectivamente se le hizo seguimiento.

Asimismo, según se observa en la historia clínica desde el mismo 9 de septiembre de 2012, día de su ingreso, por orden medica se realizó endoscopia digestiva y se le suministraron los medicamentos conforme a la sintomatología que presentaba y a los resultados de dicho examen. Además, durante toda la permanencia y reingresos, el hospital continuó prestando el tratamiento al paciente de manera oportuna y eficiente, más aún, teniendo en cuenta que, en el presente caso se estaba ante una patología bizarra, por lo que el tiempo de evolución es esencial para entrar a determinar con exactitud la afección que presentaba el paciente.

Por lo anterior, manifestó el apoderado de la entidad que está claramente establecido que el Hospital Regional de Sogamoso, siempre brindó la atención, medicamento, exámenes diagnósticos y los procedimientos indicados al señor AMELIO MORALES ALARCON de acuerdo con el cuadro clínico y evolución del paciente.

Por otra parte, se debe tener en cuenta que el paciente presentaba mejoría del dolor, lo que también evidencia el enmascaramiento de la sintomatología, pues conforme a la literatura médica este hecho es atípico en la patología

apendicitis, sin embargo, pese a lo anterior, los médicos continuaron realizando las valoraciones, seguimiento y exámenes pertinentes con el fin de detectar la patología.

Agregó el apoderado de la entidad que los médicos tratantes efectivamente ordenaron la toma de un TAC, el cual, no podía ser tomando en el Hospital Regional de Sogamoso, razón por la cual, debía ser remitido a otra entidad previa autorización por parte de la EPS a la que se encontraba afiliado el paciente y dependiendo de la disponibilidad de turno para realizar dicho examen, situación que escapa a la órbita del hospital, aunando que el citado examen no pudo ser realizado porque el paciente presentó elevación de los “azoados”. Adicionalmente, el médico tratante solicitó valoración por medicina interna para descartar una obstrucción intestinal, con lo que claramente se demuestra que se continuó con las valoraciones correspondientes.

Puso de presente que en ciertas patologías pueden producir deterioro acelerado del paciente, lo que también escapa de la órbita de los médicos tratantes, como al parecer ocurrió en el presente caso, y ello no significa que no se le hubiera brindado la atención requerida al paciente. Es decir, no se puede pretender que un médico tratante realice lo imposible, máxime si se tiene en cuenta que la profesión es de medio mas no de resultado.

Además de lo anterior, refirió que el paciente abandonó las instalaciones del hospital sin autorización de los médicos tratantes, por lo que se configura una culpa exclusiva de la víctima que pudo haber derivado en la muerte del señor AMELIO MORALES, al negarse a recibir los tratamientos y procedimientos ordenados por los galenos, hecho que impide probar el nexo causal entre la conducta desplegada por el personal médico y el resultado final.

De otra parte, advirtió que tal como se plasmó en la historia



Accionante: Belén Amézquita Sierra de Morales y otros
Accionado: Hospital Regional de Sogamoso ESE
Expediente: 152383339751 2014 00049 01
Reparación Directa – sentencia de 2ª instancia

clínica se trataba de un paciente de 75 años que tenía como antecedentes una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) secundario a tabaquismo, exposición a humo de leña y a particulado en minas de carbón por espacio aproximado de 30 años, que lo llevó a ser oxígeno dependiente, antecedente de policitemia, hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina, gastritis crónica multifocal y dislipemia, antecedente quirúrgico de colecistectomía el 8 de octubre de 2004.

Debe tenerse en cuenta que para el diagnóstico como para el resultado final influyeron varios aspectos, tales como: la edad del paciente, las comorbilidades, presencia atípica de cuadro, tiempo que se tardó el paciente en re consultar (5 días), poca colaboración del paciente al retirarse las sondas vesical y nasogástrica, la salida voluntaria- tiempo en que fue muy evidente el deterioro clínico del paciente., cirugía previa de colecistectomía, dificultad para la realización del TAC abdominal con medio de contraste por la elevación de los azoados, entre otros factores.

Asimismo, manifestó que los profesionales no actuaron con dolo, o con impericia, ni mucho menos negligencia en el cumplimiento de sus labores y funciones. El resultado final se debió a un hecho fortuito, desafortunado dentro del ejercicio de la medicina en la que se miden los medios y no los resultados.

En las anteriores condiciones, es claro que el Hospital Regional de Sogamoso lo único que hizo fue brindar la atención requerida por el señor AMELIO MORALE con el fin de preservar su vida, conforme a los postulados de la profesión y en ese sentido, contrario a lo manifestado por la parte demandante, en el presente caso no hubo falla en el servicio respecto de la atención al paciente y por consiguiente, el ente hospitalario está exento de cualquier responsabilidad que se le pretende atribuir por los demandantes.



Accionante: Belén Amézquita Sierra de Morales y otros
Accionado: Hospital Regional de Sogamoso ESE
Expediente: 152383339751 2014 00049 01
Reparación Directa – sentencia de 2ª instancia

3. SENTENCIA APELADA. (fls. 694-707)

6. Agotadas las ritualidades legales, el Juzgado Segundo Administrativo Oral del Circuito Judicial de Sogamoso dictó sentencia de mérito el día 13 de febrero de 2019, en la cual se resolvió lo siguiente:

“Primero. Declarar fundadas las excepciones de mérito denominadas “falta de causa para promover la acción y falta de causa petendi” propuestas por el Hospital Regional e Sogamoso y el eximente de responsabilidad denominado “culpa exclusiva de la víctima”.

Segundo. Negar las pretensiones de la demanda, conforme a lo señalado en la parte considerativa de esta sentencia.

Tercero. Condenar en costas a la parte demandante, vencida en este proceso, las cuales se liquidarán por Secretaria del Juzgado (...).”

Para llegar a la conclusión anterior, en primer lugar, se refirió al daño señalando que, de conformidad con el registro civil de defunción allegado al expediente, quedó probada la muerte del señor Amelio Morales Alarcón el 23 de septiembre de 2012, lo que de conformidad con las circunstancias alegadas en la demanda, el daño se puede considerar como cierto, determinado y susceptible de ser cuantificado por los perjuicios inmateriales que se generan, se ahí que se afirme con propiedad la antijuridicidad el mismo, el cual se genera a sus familiares que concurren a este proceso como demandantes.

En cuanto a la imputación, adujo que, conforme a la jurisprudencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado, según la cual, la cláusula general de responsabilidad extracontractual del Estado, tiene como fundamento no solo la determinación de un daño antijurídico causado a un administrado, sino que requiere la imputación del mismo a la administración Pública, tanto por la acción, como omisión de un deber normativo.



Accionante: Belén Amézquita Sierra de Morales y otros
Accionado: Hospital Regional de Sogamoso ESE
Expediente: 152383339751 2014 00049 01
Reparación Directa – sentencia de 2ª instancia

Es así como, aún en eventos en los cuales esté demostrada la existencia de un daño antijurídico, es posible que no se declare la responsabilidad de la entidad o entidades demandadas, ya sea porque se acredite que no hubo falla del servicio o habiéndose configurado, se logra romper el nexo causal, mediante la acreditación de una causa extraña como lo es el hecho exclusivo y determinante de la víctima.

En el caso concreto, del análisis de los medios de prueba allegadas al expediente, manifestó el juez de instancia que la atención medica prestada al paciente fue acorde con los síntomas que presentaba y el diagnóstico inicialmente dictaminado consistente en obstrucción intestinal, teniendo en cuenta que en el resultado de la radiografía se registró imagen “niveles hidroaéreos” lo que es indicativo de la obstrucción referida, descartándose así la apendicitis y posterior peritonitis, aunado a que no se registaron alteraciones en los signos vitales e irritación peritoneal en la fosa iliaca derecha, como tampoco signos físicos en el abdomen que indicaran que el paciente cursaba por una apendicitis aguda.

Del mismo modo, conforme al material probatorio, precisó el A quo, que el TAC abdominal contrastado no se practicó de manera inmediata al señor Amelio Morales Alarcón, debido a una falla renal y elevación de los niveles de creatinina, sumado al manejo que estaba recibiendo para tratar otras patologías dentro de las cuales se encontraba enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC, el antecedente de colecistectomía y osteomielitis.

Bajo este escenario, el personal médico y especialista del Hospital Regional de Sogamoso, solicitó valoración por medicina interna para establecer la viabilidad de practicar al paciente “nefroprotección” del riñón, tomando la medidas preventivas y terapéuticas con el fin de determinar la etiología de la obstrucción intestinal a través de la práctica del TAC



Accionante: Belén Amézquita Sierra de Morales y otros
Accionado: Hospital Regional de Sogamoso ESE
Expediente: 152383339751 2014 00049 01
Reparación Directa – sentencia de 2ª instancia

abdominal, evitando con el examen radiológico, previo al proceso de nefroprotección contrastado el deterioro de la función renal, disminuyendo de esta manera la necesidad de diálisis o aumentar el tiempo de llegada de ella, como quiera que los medios de contraste radiológicos generan toxicidad renal y en pacientes como el señor Morales Alarcón debido a su falla renal y a la elevación de la creatinina podría producir insuficiencia en los riñones.

Adicionalmente, puso de presente que cobra relevancia el hecho que, durante la estadía en el Hospital Regional de Sogamoso, el paciente fue poco colaborador, tal como se dejó establecido en la historia clínica en la que se registró que el 15 de septiembre de 2012 él mismo se retiró la sonda nasogástrica y vesical y solicitó su retiro voluntario de la institución, hecho con el que interrumpió el tratamiento y seguimiento que se estaba adelantando y el TAC abdominal contratado que se le había ordenado.

Por lo anterior, señaló el juez de primera instancia que la atención recibida por el paciente se brindó de conformidad con la *lex artis*, la cual, establece unos parámetros mínimos que garantizan una atención de calidad entre las que se incluyen el seguimiento clínico de la patología que, en el presente caso, se produjo desde el 11 hasta el 15 de septiembre de 2012, lapso en el que se realizó revisión de los signos vitales, exámenes clínicos, paraclínicos y radiológicos, que fueron practicados y proporcionados por el personal de la institución.

En las anteriores condiciones, consideró que la parte demandante no logró probar que existió un error en el diagnóstico, ni que los medicamentos suministrados enmascararon los síntomas de una apendicitis y mucho menos que el tratamiento brindado por los galenos de la entidad demandada, no fue acorde al estado de salud del señor Amelio Morales Alarcón.



Accionante: Belén Amézquita Sierra de Morales y otros
Accionado: Hospital Regional de Sogamoso ESE
Expediente: 152383339751 2014 00049 01
Reparación Directa – sentencia de 2ª instancia

Igualmente, señaló el *A quo* que en la sustentación del dictamen, el perito precisó que, de acuerdo a lo consignado en la historia clínica del paciente los médicos y demás especialistas siguieron los protocolos establecidos para tratar la obstrucción intestinal, razón por la cual, la atención brindada al señor Amelio Morales Alarcón, estuvo acorde con la sintomatología y hallazgos del examen físico, los paraclínicos y radiológicos ordenados, máxime si se tiene en cuenta que los síntomas presentados por el paciente en principio no eran indicativos de una apendicitis, aunando a que debido a su edad de 75 años, era difícil diagnosticar dicha patología.

No era exigible al cuerpo médico del Hospital Regional de Sogamoso determinar con base en los síntomas y resultados referidos, que el paciente cursaba por una patología diferente a la obstrucción intestinal y por consiguiente asumir un protocolo de atención diferente.

Del mismo modo, adujo el despacho de primera instancia que ante la ausencia de prueba que contradijera las conclusiones a las que llegaron los especialistas y que el tratamiento que se debió brindar era uno diferente a que efectivamente se le suministró al señor AMELIO MORALES ALARCON, reiteró, que es claro que no se acreditó error en el diagnóstico, ni inobservancia de protocolos o la falla en la cual habría incurrido la entidad hospitalaria, ni el nexo causal según el cual, de haberse realizado un diagnóstico diferente se habría podido detectar a tiempo la enfermedad padecida por el paciente y así otorgarle un tratamiento diferente, pues, insistió, en que los síntomas que presentó no demostraron lo contrario.

En consecuencia, concluyó que no es posible endilgar responsabilidad al Hospital Regional de Sogamoso, en tanto, conforme a los medios probatorios, el manejo dado al paciente fue adecuado, oportuno y suficiente. A pesar del lamentable resultado, destacó que los médicos hicieron todo lo que estaba

a su alcance, pues una vez el paciente acudió al centro hospitalario se le practicaron los estudios de extensión, las valoraciones por medicina especializada, se le suministraron los medicamentos, razón por la cual, que deja sin sustento los planteamientos de la demanda.

5. RECURSO DE APELACIÓN. (fls. 523-526)

7. El apoderado de la parte demandante interpuso el recurso de apelación contra la sentencia de primera instancia, señalando como motivos de inconformidad en primer lugar que, el Cuerpo Médico realizó una detección tardía de la patología padecida por el señor Morales, pues no siguió los protocolos y guías para el manejo de urgencias, y omitió practicar los exámenes en conjunto de acuerdo a la sintomatología presentada, de otro lado, si bien los síntomas se fueron incrementaron gradualmente, no variaron desde el 06 de septiembre de 2012, momento en el que ingresó al Hospital.

De otro lado, manifiesta el recurrente que es indispensable y necesario determinar, por qué pese a haberse ordenado la práctica del TAC, medicina interna no autorizó la práctica del examen, en el mismo sentido, no se indica con el dictamen pericial, ni en la historia clínica cuál es el motivo para qué no se practicara la TAC, siendo de gran utilidad para el diagnóstico temprano de la patología padecida por el señor Morales.

De otra parte, La guía "*Manejo de/Dolor abdominal agudo*" establece que *“es la condición clínica que obliga al paciente a consultar al servicio de urgencias, caracterizada por la presencia del dolor abdominal, generalmente de rápido inicio comprometiendo el estado general del paciente, obligando al grupo médico a un pronto diagnóstico y aun tratamiento temprano, dado que la rápida evolución de este cuadro clínico puede hacerse hacia a un desenlace deletéreo para el paciente.”*

Ante la presencia de dolor abdominal agudo constante, como en el este caso, según la citada guía, el abordaje implica por parte del médico la comprensión de la anatomía, fisiología y patología de los órganos intrabdominales. Aclarando que, *"de acuerdo a la ubicación del dolor abdominal, los síntomas referidos por el paciente. y el examen físico, el médico tendrá un importante número de diagnósticos diferenciales ante un paciente con abdomen agudo"*, tales como: Meso gas trio, Apendicitis aguda, Pancreatitis Aguda, Isquemia mesentérica Ruptura Aneurisma Aorta Abdominal, entre otras.

De lo anterior, refirió el recurrente que, conforme al registro de ingreso a urgencias, según el cual el médico tratante señaló dolor abdominal en el mesogastrio, debió practicar exámenes referentes a dictaminar una apendicitis aguda u otra enfermedad asociada, con el objetivo de confirmar o excluir las diferentes posibilidades diagnósticas en el paciente con abdomen agudo luego de realizar una historia clínica y examen físico completos. Sin embargo, no se advierte en el historial clínico que se haya optado por un conjunto de exámenes juiciosos continuos a determinar primariamente la causa de la patología.

Asimismo, ante la presunta duda respecto de la patología señala la guía el procedimiento exámenes confiables a seguir, como la ecografía y laparoscopia, no solo el TAC como se señala por el perito, todos ellos evaluados en conjunto antes de determinar una patología y/o procedencia medicación, sin que esto solo disminuyera el dolor y otros síntomas.

Así, teniendo en cuenta el dolor abdominal de seis días de evolución, que era "álgido" como lo indica el médico de urgencias y los confirma en el examen físico, "álgido y decaído", no era procedente la aplicación de analgésico intravenoso, como lo señalan las guías de manejo, en el entendido que no se debe suministrar analgésicos en la evaluación clínica de los



Accionante: Belén Amézquita Sierra de Morales y otros
Accionado: Hospital Regional de Sogamoso ESE
Expediente: 152383339751 2014 00049 01
Reparación Directa – sentencia de 2ª instancia

pacientes con dolor abdominal, para evitar la ocultación de los hallazgos clínicos y el retraso del diagnóstico, determinante para la atención médica oportuna.

En la evaluación del dolor abdominal agudo debe contarse con la presencia del médico de cirugía ante la posibilidad de un tratamiento quirúrgico al ingreso del paciente al Hospital. Siguiendo estas pautas y de acuerdo a la historia clínica no se encuentra que se haya contado con la presencia de un médico en cirugía que reporte en análisis y diagnóstico pertinente.

Ahora bien, conforme al procedimiento (interrogatorio, examen físico y paraclínicos) que debe llevarse cuando se diagnostica Abdomen Agudo, en el que existe la presencia de dolor, de conformidad al documento médico, no se observa que el médico hubiera preguntado exactamente con el palpar de sus dedos el dolor, solo refiere "abdomen globoso leve distensión depreciable leve dolor difuso al palpar", ni detalle en todas las áreas la localización del dolor, además de su origen, lo que debió preverse para contar con la certeza de la patología encontrada y así proceder con la prescripción de la medicación, de lo contrario, el procedimiento era determinarse en estado de observación qué otros signos podría presentar tempranamente el paciente.

Refirió igualmente la parte apelante que, en la guía se señala que El dolor en aquellas entidades en las que aparece súbitamente, suele mantener una intensidad constante y sin alivio. (...) El dolor de la apendicitis aguda se refiere inicialmente como molestias digestivas vagas, que el paciente relaciona con algún alimento ingerido previamente y aparece dentro de las principales causas de dolor de aparición gradual se encuentra la apendicitis, pese a lo cual, el Hospital omitió el estudio y análisis de la mencionada patología, y pasaron más de 10 días en complicaciones para proceder de conformidad con los protocolos para tratarla.

Según se lee en la historia clínica el motivo de consulta fue dolor abdominal constante de evolución 6 días, localizado en el mesogastrio. Al respecto, se puede apreciar en la Guía que: *“Es característica la forma como el dolor de la apendicitis aguda, inicialmente percibido como una molestia de intensidad variable en el epigastrio, va descendiendo en el curso del tiempo para situarse luego en la región periumbilical y finalmente en la fosa iliaca derecha en el punto de Mc Burney (...)”*, por lo que reiteró que al transcurrir del tiempo no se procedieron las pruebas diagnósticas como el TAC, Laparoscopia y/o radiografía simple de abdomen, por el contrario, siempre existió la duda del dolor abdominal que lo ocasionaba.

De acuerdo al dictamen pericial, la única prueba procedente para determinar la presencia de apendicitis era la TAC, que si de *“llegarse a practicar hubiese ocasionado un perjuicio mayor”*, como la diálisis, sin embargo, tampoco se le manifestó a los familiares y/o se requirió su consentimiento ante la posibilidad de esta prueba para determinar un diagnóstico o las consecuencias de la misma, ni se estabilizó la obstrucción intestinal que se presentaba por medios alternos para determinar la constancia del dolor abdominal y descartar otras enfermedades.

No se debe priorizar ni unificar la TAC como único medio de identificación y diagnóstico de la apendicitis aguda, sí bien se aprecie que es de gran valor en la difícil detección, debe hacerse un estudio completo. Así mismo, existe la LAPAROSCOPIA, al ser un procedimiento invasor no carente de complicaciones y que requiere anestesia general, *“su uso se reserva para casos difíciles, en los que se evita la dilación del diagnóstico (...)”*. Su uso conforme al modelo de guía médica general está centrada *“en el diagnóstico y manejo de apendicitis aguda, en el tratamiento de la colecistitis (...)”*

De lo expuesto anteriormente y ante la presencia de múltiples



Accionante: Belén Amézquita Sierra de Morales y otros
Accionado: Hospital Regional de Sogamoso ESE
Expediente: 152383339751 2014 00049 01
Reparación Directa – sentencia de 2ª instancia

posibilidades de temprana acción y de análisis de conjunto, no es posible quedarnos con la consideración del Doctor Oscar Alberto Ochoa que el TAC era la única identificación de apendicitis aguda. Procedimientos que debieron estudiarse y practicarse desde la presentación de los síntomas de abdomen agudo, y que podían efectivamente ser síntomas de una apendicitis y posterior peritonitis, sin embargo, el cuerpo médico solo procedió a practicar la LAPAROSCOPIA pasados diez o más días de la aparición de los síntomas, establecido en los protocolos y en las guías médicas dentro de las principales causas de dolor de aparición gradual la apendicitis.

Por lo anterior, adujo que contrario a lo señalado por el A quo, se configuran los elementos de la responsabilidad estatal, especialmente la falla en el servicio, pues al ser el señor Amelio Morales un paciente de 75 años, presentaba alto grado de enfermedades, lo cual obligaba a los servidores médicos hacer más previsivos y diligentes en su diagnóstico, hasta el punto de agotar todos los procedimientos médicos y clínicos OPORTUNAMENTE a fin de proteger la salud del paciente.

A lo largo de la atención como signo alarmante, al que se identificó fue DOLOR ABDOMINAL AGUDO, del cual se formularon medicamentos que en cierta medida enmascararon el cuadro clínico: de las omisiones para la determinación de un DIAGNOSTICO TEMPRANO Y ADECUADO significó el comienzo fatal y tortuoso del señor Amelio Morales, perdiendo a toda postre del disfrute y seguir compartiendo con su familia.

Así mismo, de la Historia clínica como prueba principal, se deduce, cómo la ESE HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO incurrió en omisiones configurándose en gran medida como fase de imputación la falla en el servicio en el diagnóstico y tratamiento médico dado al señor Morales.

En consecuencia, no se puede ocultar a todas luces que la

apendicitis estuvo presente desde el ingreso al Hospital Regional de Sogamoso, pero sus manifestaciones sin certeza fueron ocultas o enmascaradas por el uso de analgésicos, dado que ante la probabilidad de concurrencia de una apendicitis si no se hubieran aplicado, la posibilidad de diagnosticarla y tratarla era inminente, sin embargo al no atenderse los protocolos de la sintomatología integralmente, no se procedió con los procedimientos y tratamientos médicos, asistenciales y quirúrgicos adecuados, sino con acciones médicas alternativas no puntuales que empeoraron las condiciones de salud, al nivel de complejidad mayor y desenlace fatal.

Para el caso de estudio, conforme al análisis de la historia clínica, de la posibilidades de detección de la patología presentada por el señor Morales, en su dictamen pericial como profesional de la salud, el perito puede estar subjetivado al señalar que todos los protocolos se hicieron correctamente y que la enfermedad era de difícil detección, apreciaciones que como se ha reiterado no tiene el suficiente sustento jurídico, ya que lo que nos presentan las guías de urgencias y de apendicitis aguda señala que no se realizaron los procedimientos adecuados y pronto para salvaguardar la salud, integridad y en especial la vida.

De igual manera, no se refiere conforme al contenido allegado en dictamen pericial el procedimiento y metodología para concluir y apreciar que la responsabilidad de la ESE fue correcta, siempre el perito se justificó en la obstrucción intestinal como foco en la que se basó el médico siguiendo los protocolos.

Así las cosas, al encontrarse justificada la falla en el servicio en el que se incurrió en la prestación de los servicios médicos al señor Amelio Morales, en cuanto no se agotaron los protocolos existentes para el diagnóstico y manejo de la apendicitis aguda, la entidad demandada está llamada a responder por el daño causado.



Accionante: Belén Amézquita Sierra de Morales y otros
Accionado: Hospital Regional de Sogamoso ESE
Expediente: 152383339751 2014 00049 01
Reparación Directa – sentencia de 2ª instancia

6. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN Y CONCEPTO DE MINISTERIO PÚBLICO.

6.1. Parte demandante (fls. 755- 765)

8. En Suma, reiteró los argumentos esbozados tanto en la demanda como en el recurso de apelación.

Parte demandada (fls. 766.776).

A pesar del estado poco legible del escrito contentivo de los alegaos de conclusión allegado por la parte demandante, se logra extraer lo siguiente:

En primer lugar, manifestó que tal como se establece en la historia clínica del paciente, el Hospital Regional de Sogamoso le brindó la atención requerida en todo momento de acuerdo con los signos y síntomas que el paciente presentaba al momento de su ingreso por el servicio de urgencias, por lo que los médicos tratantes procedieron a realizar la valoración física.

Se le ordenó la toma de exámenes paraclínicos, medicación, electrocardiograma, y demás exámenes diagnósticos, con el fin de poder determinar con certeza la patología y tratamiento que requería el paciente conforme a su evolución, la cual, indicaba una obstrucción intestinal, aunado a que el paciente no manifiesta, no se evidencia ninguna otra sintomatología diferente por la que consultó inicialmente.

A lo anterior, agregó que el paciente solicitó salida voluntaria de la institución hospitalaria como consta en la hoja de retiro voluntario, por lo que se procedió a explicar al paciente y a sus familiares las posibles consecuencias de dicha salida y se dan recomendaciones y signos de alarma. Por lo que, se destacó que el personal médico y paramédico no puede obligar a ningún paciente a permanecer en el Hospital, en tanto, tal hecho puede



*Accionante: Belén Amézquita Sierra de Morales y otros
Accionado: Hospital Regional de Sogamoso ESE
Expediente: 152383339751 2014 00049 01
Reparación Directa – sentencia de 2ª instancia*

ser considerado como retención indebida.

En cuanto al dictamen pericial, refirió que el señor perito – especialista en cirugía general- estableció que el paciente ingresó con evolución favorable sin dolor abdominal, ni sangrado. Posteriormente, re- consultó con dolor abdominal y falta de deposición, por lo que se inició manejo con sonda, nasogástrica y realizando los exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas y auscultación, lo que permitió determinar en ese momento que el paciente se encontraba estable hemodinamicamente, son signos vitales normales.

Se ordenó radiografía de abdomen con la que se pudo establecer una impresión diagnóstica de obstrucción intestinal. Además, el paciente tenía antecedentes de colestestomía, neumonía y osteomielitis, crónicas previas al momento de la consulta, antecedentes de patologías que fueron tenidas en cuenta por el equipo médico para el tratamiento realizado por el hospital, tal como quedó establecido en el dictamen pericial.

En las anteriores condiciones, el Hospital brindó al paciente la atención que requirió en las oportunidades que consultó y los tratamientos a que había lugar, por lo que no se configura en manera alguna falla en la prestación del servicio médico.

II. CONSIDERACIONES

1. PROBLEMA JURÍDICO

9. Con fundamento en los argumentos del recurso de apelación, en esta oportunidad le corresponde a la Sala establecer si el daño sufrido por los demandantes, con ocasión de la muerte del señor AMELIO MORALES ALARCÓN, le es imputable a la ESE Hospital Regional de Sogamoso- entidad demandada- por su acción u omisión y bajo qué título de imputación.

10. En caso afirmativo, determinar qué perjuicios se causaron a los demandantes y cuál es la cuantía de los mismos.

2. TESIS ARGUMENTATIVAS DEL CASO

11. De acuerdo a lo anterior, la Sala concreta las tesis argumentativas del caso para dirimir el objeto de la Litis, e igualmente anuncia la posición que asumirá así:

2.1. Tesis de la *A quo*

12. Su postura se encaminó a negar las pretensiones de la demanda, por considerar que si bien ocurrió un daño para los demandantes por el hecho de la muerte del señor AMELIO MORALES ALARCÓN, dicha situación no puede endilgarse a la entidad demandada, toda vez que, de acuerdo a lo consignado en la historia clínica del paciente los médicos y demás especialistas siguieron los protocolos establecidos para tratar la obstrucción intestinal, razón por la cual, la atención brindada al señor Amelio Morales Alarcón, estuvo acorde con la sintomatología y hallazgos del examen físico, los paraclínicos y radiológicos ordenados, máxime si se tiene en cuenta que en principio, los síntomas presentados por el paciente, no eran indicativos de una apendicitis, aunando a que debido a su edad de 75 años, era difícil diagnosticar dicha patología.

13. Ante la ausencia de prueba que contradijera las conclusiones a las que llegaron los especialistas y que el tratamiento que se debió brindar era uno diferente a que efectivamente se le suministró al señor Amelio Morales Alarcón, es claro que no se acreditó error en el diagnóstico, ni inobservancia de protocolos o la falla en la cual habría incurrido la entidad hospitalaria, ni el nexo causal según el cual, de haberse realizado un diagnóstico diferente se habría podido detectar a tiempo la enfermedad padecida por el paciente y así otorgarle un tratamiento diferente, pues, insistió, en que los síntomas que

presentó no demostraron lo contrario.

14. La atención recibida por el paciente se brindó de conformidad con la *lex artis*, la cual, establece unos parámetros mínimos que garantizan una atención de calidad entre las que se incluyen el seguimiento clínico de la patología que, en el presente caso, se produjo desde el 11 hasta el 15 de septiembre de 2012, lapso en el que se realizó revisión de los signos vitales, exámenes clínicos, paraclínicos y radiológicos, que fueron practicados y proporcionados por el personal de la institución.

15. En las anteriores condiciones, la parte demandante no logró probar que existió un error en el diagnóstico, ni que los medicamentos suministrados enmascararon los síntomas de una apendicitis y mucho menos que el tratamiento brindado por los galenos de la entidad demandada, no fue acorde al estado de salud del señor Amelio Morales Alarcón.

2.2. Tesis del apelante

16. Solicitó se revoque la decisión de primera instancia, aduciendo que, conforme al registro de ingreso a urgencias, según el cual el médico tratante señaló dolor abdominal en el mesogastrio, debió practicar exámenes referentes a dictaminar una apendicitis aguda u otra enfermedad asociada, con el objetivo de confirmar o excluir las diferentes posibilidades diagnósticas en el paciente con abdomen agudo. Sin embargo, no se advierte en el historial clínico que se haya optado por un conjunto de exámenes juiciosos continuos a determinar primariamente la causa de la patología.

17. Ante la presunta duda respecto de la patología, señala la guía médica el procedimiento, exámenes confiables a seguir, como la ecografía y laparoscopia, no solo el TAC como lo señala el perito, todos ellos evaluados en conjunto previamente a determinar una patología y/o procedencia de medicación.



Accionante: Belén Amézquita Sierra de Morales y otros
Accionado: Hospital Regional de Sogamoso ESE
Expediente: 152383339751 2014 00049 01
Reparación Directa – sentencia de 2ª instancia

18. Teniendo en cuenta el dolor abdominal de seis días de evolución, que era "álgido" como lo indica el médico de urgencias y los confirma en el examen físico, "álgido y decaído", no era procedente la aplicación de analgésico intravenoso, como lo señalan las guías de manejo, en el entendido que no se debe suministrar analgésicos en la evaluación clínica de los pacientes con dolor abdominal, para evitar la ocultación de los hallazgos clínicos y el retraso del diagnóstico, determinante para la atención médica oportuna.

19. En consecuencia, no se puede ocultar a todas luces que la apendicitis estuvo presente desde el ingreso al Hospital Regional de Sogamoso, pero sus manifestaciones sin certeza fueron ocultas o enmascaradas por el uso de analgésicos, dado que ante la probabilidad de concurrencia de una apendicitis si no se hubieran aplicado, la posibilidad de diagnosticarla y tratarla era inminente, sin embargo al no atenderse los protocolos de la sintomatología integralmente, no se procedió con los procedimientos y tratamientos médicos, asistenciales y quirúrgicos adecuados, sino con acciones médicas alternativas no puntuales que empeoraron las condiciones de salud, al nivel de complejidad mayor y desenlace fatal.

20. Así las cosas, al encontrarse justificada la falla en el servicio en el que se incurrió en la prestación de los servicios médicos al señor Amelio Morales, en cuanto no se agotaron los protocolos existentes para el diagnóstico y manejo de la apendicitis aguda, la entidad demandada está llamada a responder por el daño causado.

Tesis de la Sala

21. La Sala confirmará la sentencia de primera instancia, en consideración a que de las pruebas allegadas al proceso se observa que no existe prueba idónea que permita colegir que el personal médico que atendió el caso del señor AMELIO



Accionante: Belén Amézquita Sierra de Morales y otros
Accionado: Hospital Regional de Sogamoso ESE
Expediente: 152383339751 2014 00049 01
Reparación Directa – sentencia de 2ª instancia

MORALES ALARCON, hubiera incurrido en error en el diagnóstico, ni mucho menos que no hubiera seguido los protocolos y guías medicas correspondientes como lo esgrimió la parte demandante en su escrito de apelación, tampoco observo al Sala deficiencia en la prestación del servicio médico prestado por la entidad demandada o negligencia en los procedimientos realizados, razón por la cual, no es procedente declarar la responsabilidad deprecada en la demanda, en tanto no se probaron los elementos que la configuran.

22. Lo anterior como quiera que, se pudo establecer que la demandada prestó sus servicios de manera oportuna realizando las valoraciones, exámenes y procedimiento conforme a la guías y protocolos médicos tendientes a efectuar el diagnóstico teniendo en cuenta las particulares condiciones de salud del paciente.

23. Adicionalmente, la parte demandante no allegó al expediente prueba de la que se pudiera colegir falla en el servicio por parte de la entidad demandada.

24. Para efectos de absolver los interrogantes jurídicos planteados, comenzará la Sala por analizar *i)* el régimen aplicable a la responsabilidad extracontractual del Estado, *ii)* el régimen de responsabilidad derivado de la actividad médica, *iii)* el derecho a la salud, la prestación del servicio de salud y la atención en el servicio de urgencias, *iv)* Responsabilidad Médica por error en el diagnóstico, *v)* y, el caso concreto.

3. EL RÉGIMEN APLICABLE A LA RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL DEL ESTADO

25. Antes de la Constitución Política de 1991 no existía una cláusula expresa sobre la responsabilidad patrimonial del Estado. A pesar de ello, la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia y en especial la del Consejo de Estado encontraron

en diversas normas de la Constitución de 1886, los fundamentos constitucionales de esa responsabilidad estatal y plantearon en particular en el campo extracontractual, la existencia de diversos regímenes de responsabilidad como la falla en el servicio, el régimen de riesgo o el de daño especial.

26. Fue entonces, como a partir de la Constitución de 1991 se reconoció expresamente la responsabilidad patrimonial del Estado, específicamente en su artículo 90, el cual dispuso que el Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas.

27. Así, el artículo 86 del Código Contencioso Administrativo, modificado por el artículo 16 del Decreto Ley 2304 de 1989, consagró una acción para obtener el reconocimiento de la responsabilidad del Estado y la consecuente reparación de los daños, la que posteriormente fuera recogida por el artículo 140 de la Ley 1437 de 2011, Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, en los siguientes términos:

“Artículo 140. En los términos del artículo 90 de la Constitución Política, la persona interesada podrá demandar directamente la reparación el daño antijurídico producido por la acción u omisión de los agentes del Estado.

De conformidad con el inciso anterior, el Estado responderá, entre otras, cuando la causa del daño sea un hecho, una omisión, una operación administrativa o la ocupación temporal o permanente de inmueble por causa de trabajos públicos o por cualquiera otra causa imputable a una entidad pública o a un particular que haya obrado siguiendo una expresa instrucción de la misma (...)”

28. Así entonces fue a partir de la Constitución Política de 1991, que todo debate sobre la responsabilidad del Estado se resolverá con fundamento en lo dispuesto en el artículo 90 de la misma, según el cual éste responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos causados por la acción u omisión de las autoridades públicas, que les sean imputables.

29. La responsabilidad patrimonial del Estado encuentra fundamento en el principio de la garantía integral del patrimonio de los ciudadanos, desarrollado por la jurisprudencia y expresamente consagrado en el artículo 90 de la Constitución Política, el cual a su vez debe interpretarse en concordancia con los artículos 2, 13, 58 y 83 del mismo ordenamiento superior que por un lado, le impone a las autoridades de la República el deber de proteger a todas las personas en Colombia en su vida, honra y bienes y, por el otro, la obligación de promover la igualdad de los particulares ante las cargas públicas y de garantizar la confianza, la propiedad privada y los demás derechos adquiridos con arreglo a las leyes civiles.

30. Bajo estos preceptos, la relevancia en el análisis sobre la responsabilidad del Estado recae sobre la antijuridicidad del daño y no sobre el accionar de las autoridades. Así, resulta accidental si el daño fue causado a través de una actuación legítima o ilegítima del Estado, debiéndose hacer una lectura inminentemente reparativa del juicio de responsabilidad centrada principalmente en la protección de los particulares.

31. En las anteriores condiciones, tal como lo ha definido el Consejo de Estado, la responsabilidad Estatal se hace latente cuando se configura un daño antijurídico, atendido como aquel que el sujeto que lo sufre no tiene el deber jurídico de soportarlo y menos aún el perjuicio causado con ocasión del mismo.

32. Así, los elementos que sirven de fundamento a la responsabilidad son esencialmente el daño antijurídico y su imputación a la administración entendiendo por tal, el componente que permite atribuir jurídicamente un daño a un sujeto determinado.

33. En la responsabilidad del Estado, la imputación no se identifica con la causalidad material, pues la atribución de la

responsabilidad puede darse también en razón de criterios normativos o jurídicos. Una vez se define que se está frente a una obligación que incumbe al Estado, se determina el título en razón del cual se atribuye el daño causado por el agente a la entidad a la cual pertenece, esto es, se define el factor de atribución que puede ser falla del servicio, riesgo creado o rompimiento de la igualdad de las personas frente a las cargas públicas.

34. Por tanto, atribuir el daño causado por un agente al servicio del Estado significa que éste se hace responsable de su reparación, atribución que solo es posible cuando el daño ha tenido vínculo con el servicio. En otros términos, que las actuaciones de los funcionarios sólo comprometen el patrimonio de las entidades públicas cuando estas tienen algún nexo o vínculo con el servicio público.

35. En todo caso, en aplicación del principio *iura novit curia*, corresponde al juez la aplicación del derecho con prescindencia del invocado por las partes, por lo que es a este a quien incumbe la determinación correcta del derecho, debiendo discernir los conflictos litigiosos y dirimirlos según el derecho vigente, calificando la realidad del hecho y subsumiéndolo en las normas jurídicas que lo rigen.

36. En consecuencia, cualquier estudio de la responsabilidad estatal adquiere un carácter eminentemente reparatorio, por lo que su finalidad deberá ser la garantía de los derechos de los particulares más que la determinación de la licitud o ilicitud de la actividad de los entes públicos, por lo que en cada caso se debe probar, la ocurrencia del daño antijurídico y su imputabilidad al Estado, para que surja la obligación de indemnizar.

4. DEL RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD DERIVADO DE LA ACTIVIDAD MÉDICA.

37. En reiteradas oportunidades, la jurisprudencia del Consejo de Estado en materia médico-asistencial, ha determinado que la responsabilidad del Estado puede surgir en distintos momentos y estadios de la atención, siendo el régimen aplicable es el subjetivo, bajo el título de imputación **de falla del servicio**, realizando una transición entre los conceptos de falla presunta y falla probada.

38. Hoy día, la posición consolidada la constituye aquella según la cual, es la **falla probada del servicio** el título de fundamento bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria¹.

39. Es así, como todas aquellas actuaciones del servicio médico-asistencial componen el denominado “**acto médico complejo**”, que está integrado por **i) los actos puramente médicos**, como intervenciones, suministro de medicamentos y demás procedimientos realizados directamente dentro del proceso de atención; **ii) los actos paramédicos** que corresponden a las acciones preparatorias del acto médico (incluyendo las obligaciones de seguridad); y, **iii) los actos extramédicos**, que comprenden los servicios complementarios pero necesarios para adelantar la atención médica, como el alojamiento y la alimentación².

40. En ese sentido, es posible afirmar que, al adentrarse al juicio de responsabilidad estatal, es necesario verificar, **dependiendo de la faceta del servicio**, cuál fue el contenido obligatorio³ en

¹ Consejo de Estado – Sección Tercera, sentencia de 12 de mayo de 2011, Exp. 19.835.

² Consejo de Estado – Sección Tercera – Subsección B, del 03 de octubre de 2016, expediente 05001-23-31-000-1999-02059-01(40057), C.P Ramiro Pazos.

³ Henao, Juan Carlos. La noción de falla del servicio como violación de un contenido obligatorio a cargo de una persona pública en el derecho colombiano y el derecho francés. En Estudios De Derecho Civil, Obligaciones y Contratos, Libro de Homenaje a Fernando Hinestrosa, 40 Años de Rectoría. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2003, pp. 57-114: “(...) Para lograr determinarlo [determinar a qué está obligado el Estado], se debe partir de que ‘el rasgo característico de la obligación es su objeto: deber de conducta determinada a cargo del deudor y en beneficio del acreedor, técnicamente denominado prestación’. Este último concepto debe diferenciarse del ‘contenido de la obligación’, a pesar ‘de la íntima conexión que existe entre ellos’. En efecto, ‘objeto es la materia de que se compone la obligación (y) contenido es la manera como esta materia está dispuesta, regulada en las diversas variantes que puede presentar’. La precisión es importante porque permite afirmar que el alcance de las prestaciones que el Estado debe a sus

el que se presentó la falla del Estado a través de sus centros prestadores del servicio de salud públicos.

41. Por esa razón, en primer lugar, resulta indispensable aclarar que las obligaciones de los profesionales de la salud en términos generales son de medios y no de resultado⁴. Esto es, que independientemente de que al finalizar la atención no se haya logrado la curación efectiva y/o definitiva del paciente, o incluso aquel haya perdido la vida, lo **verdaderamente relevante es indagar si la prestación del servicio de salud, se suministró en forma eficiente, oportuna y de calidad**, además de determinar si se hizo uso de todos los mecanismos que estaban a su alcance al realizar el tratamiento para mejorar la salud del paciente, de acuerdo a la *lex artis ad hoc* y los protocolos médicos aplicables para el caso concreto.

42. Sobre este aspecto, el Consejo de Estado se ha pronunciado como sigue:

“(…) Ha sido reiterada la jurisprudencia que apunta a señalar que **la práctica médica debe evaluarse desde una perspectiva de medios y no de resultados**, lo que lleva a entender que **el galeno se encuentra en la obligación de practicar la totalidad de procedimientos adecuados para el tratamiento de las diversas patologías puestas a su conocimiento, procedimientos que por regla general conllevan riesgos de complicaciones, situaciones que, de llegar a presentarse, obligan al profesional de la medicina al agotamiento de todos los medios a su alcance conforme a la lex artis para evitar daños mayores y, de así hacerlo, en ningún momento se compromete su responsabilidad, incluso en aquellos eventos en los cuales los resultados sean negativos o insatisfactorios para la salud del paciente, a pesar de haberse intentado evitarlos en la forma como se deja dicho. (…)**”⁵ (Subraya y negrilla fuera del texto original)

asociados, habrá de ser estudiado teniendo en cuenta el contenido de la obligación: la prestación como objeto de la obligación es el primer paso para determinar el contenido obligacional, y se complementa con un análisis más sutil de las circunstancias de modo, tiempo y lugar en las que la prestación se debe. (...)”

⁴ La jurisprudencia ha aceptado esta distinción a pesar de que un sector de la doctrina la considere artificiosa y sin efecto práctico, teniendo en cuenta que “toda obligación debe satisfacer resultados mediante el empleo de medios; no existen obligaciones de simples medios, ni obligaciones de meros resultados”. A propósito, ver: Serrano Escobar, Luis Guillermo. El régimen probatorio en la responsabilidad médica. Bogotá: Ediciones Doctrina y Ley, 2012, pp. 28-96.

⁵ Consejo de Estado – Sección Tercera – Subsección A, del 27 de enero de 2016, expediente 20001-23-31-000-2001-01559-01(29728), C.P. Hernán Andrade.

43. En consecuencia, es relevante la naturaleza de la actividad para determinar la responsabilidad, en la medida que la atención médica parte de la existencia de un curso causal *negativo* frente al paciente, ya sea natural o causado por agentes externos, que es la enfermedad, el cual se enfrenta a un curso causal *positivo* que se traduce en el tratamiento médico. Así, el tratamiento tiene la finalidad de anular o, por lo menos, aminorar los efectos de la patología y mejorar el estado de salud del paciente, pero no está bajo el absoluto control del galeno ya que no opera de forma “matemática” sino que obedece a la situación particular de cada caso, incluyendo la respuesta fisiológica particular del afectado.

44. En ese orden de ideas, el contenido obligacional en materia médico-asistencial se sustenta en el principio de confianza⁶, la posición de garantía⁷ y el fin de protección de la norma⁸, donde el fallador debe ubicarse en el lugar en el que se encontraba el médico al momento de atender al paciente para determinar las posibilidades con que contaba, y no cuestionar el suministro o

⁶ Consejo de Estado – Sección Tercera – Subsección B, del 29 de abril de 2015, expediente 17001-23-31-000-1998-00667-01(25574), C.P Ramiro Pazos: “(...) *La Sala interpreta ese derecho social [derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental] no sólo como la posibilidad formal de acceder a esa clase de servicios, sino a que estos se presten de manera eficiente, digna, responsable, diligente y de acuerdo con la lex artis; debe traducirse por tanto, en que a quien en evidentes condiciones de debilidad, derivadas de la enfermedad que lo aqueja, acude en procura del servicio, se le brinde una atención de calidad que le permita tener las mejores expectativas de recuperar la salud.*

Esa interpretación no supone una obligación de resultado para el prestador del servicio, sino que debe entenderse como la garantía del paciente a obtener la atención en las mejores condiciones disponibles, bajo el entendido de que quien acude en busca de un servicio médico confía en que será tratado de manera adecuada. (...)”.

⁷ Consejo de Estado – Sección Tercera – Subsección B, 15 de octubre 2015, expediente 190012331000200300267-01(37.531), R. Pazos: “(...) *Estima la Sala que la conducta médica a asumir por las entidades prestadoras de servicios de salud y los médicos tratantes, debe tener identidad con la patología a tratar, deber ser integral en relación con el tratamiento y la dolencia misma, y sobre todo debe ser oportuna, como quiera que frente al enfermo, aquellos tienen una posición de garante, como quiera que al momento ingresar la señora Meneses al hospital San Pedro, este asumió su cuidado y custodia (...)*”.

⁸ Pinzón Muñoz, Carlos Enrique. La responsabilidad extracontractual del Estado. Una teoría normativa. Bogotá: Grupo Editorial Ibáñez, 2016, pp. 348-350: “(...) *En definitiva, el criterio de fin de protección de la norma de cuidado solo cobra sentido si se interpreta de manera correcta, ex ante, el deber objetivo de cuidado. Es decir debe admitirse que la actuación dentro del rol social obliga a un comportamiento diligente y adecuado, más aun cuando se personifica a una administración pública, especial contexto que ubica en los agentes del Estado el deber de avizorar claramente la finalidad de cada una de las normas que gobiernan su relación con los administrados dentro de esa relación institucional, para así evitar activar la responsabilidad que emerge de manera diáfana cuando su comportamiento se ubica por fuera de los postulados normativos, o no consulta con sus finalidades. (...)*”

no de algún servicio sin atender esa realidad material⁹.

45. Aunado a lo anterior, no puede perderse de vista que uno de los principios generales del derecho es aquel que reza que “*nadie está obligado a lo imposible*”, así que resultaría ilógico y desproporcionado obligar indirectamente al médico a que sea infalible en todas las etapas del proceso de atención y que, además, tenga certeza absoluta de la efectividad de los procedimientos y medicamentos que suministre.

46. Esta premisa también tiene sustento en la demarcación de los límites de la institución de la posición de garantía¹⁰ e incluso en la conceptualización de la teoría de la causalidad adecuada, donde no se considera constitutiva de responsabilidad la concreción de daños a partir de cursos causales atípicos o imprevisibles en razón de la esencia de aquella, que no es otra que las reglas de la experiencia¹¹.

47. Además, bajo la posición actual del órgano de cierre de esta jurisdicción, la **carga de acreditar el incumplimiento del contenido obligacional, esto es, la falla en el servicio, radica en cabeza del demandante**¹², quien debe demostrar

⁹ *Ibíd.*: “(...) dada la complejidad de los factores que inciden en la exactitud del juicio, el juez tendrá que ser en extremo cuidadoso al momento de valorar esta prueba [la de la falla] pues resulta relativamente fácil juzgar la conducta médica ex post. Por ello, la doctrina ha señalado que ‘el juez y los peritos deben ubicarse en la situación en que se encontraba el médico al momento de realizar dicho diagnóstico’. (...)”

¹⁰ Consejo de Estado – Sección Tercera – Subsección C, del 10 de noviembre de 2016, expediente 76001-23-31-000-2003-00707-01(33870), J. Santofimio: “(...) el núcleo de la imputación [con fundamento en la posición de garante] no gira en torno a la pregunta acerca de si el hecho era evitable o cognoscible. Primero hay que determinar si el sujeto era competente para desplegar los deberes de seguridad en el tráfico o de protección frente a determinados bienes jurídicos con respecto a ciertos riesgos, para luego contestar si el suceso era evitable y cognoscible (...)” (Subraya y negrilla fuera del texto original)

¹¹ Serrano Escobar, Luis Guillermo. Imputación y causalidad en materia de responsabilidad por daños. Bogotá: Ediciones Doctrina y Ley, 2011, pp. 28-34: “(...) esta teoría parte del concepto empírico de causa, reconociendo que un fenómeno es siempre producto de la confluencia de diversas condiciones; pero en la pretensión de limitar los excesos que implicaba la teoría de la condición, considera que estas no son equivalentes, y por tanto, distingue de entre dichas condiciones aquellas que, de acuerdo con la experiencia general de la vida, son generalmente apropiadas para producir el resultado -las que, por consiguiente, adquirirían la categoría de causa-, desdeñando el papel de las restantes que solamente por azar contribuían al logro del mismo, y que, por tanto, se consideraban jurídicamente irrelevantes. (...)” (Subraya y negrilla fuera del texto original)

¹² Consejo de Estado – Sección Tercera – Subsección B, 2 de mayo de 2016, expediente 2001-23-31-000-2003-01349-01(33140)A, D. Rojas: “(...) sea lo primero advertir que las tesis jurisprudenciales (...) según las cuales el régimen de responsabilidad aplicable en materia de daños ocasionados por

que la atención fue tardía, deficiente o inexistente a través de los medios probatorios autorizados por la ley, sin que exista tarifa legal al respecto.

48. Lo anterior sin restar relevancia al dictamen pericial, que aunque no puede tildarse de prueba preferente o única, por su carácter directo y científico puede llevar más adecuadamente a la convicción del Juez¹³.

49. Esto no obsta para que, **ante una situación de extrema dificultad o imposibilidad de acreditar por medios directos la atribución del daño, se haya aceptado la prueba indiciaria**, con la cual se busca alcanzar, si no certeza, un grado suficiente de probabilidad para adelantar el juicio de imputación¹⁴

5. EL DERECHO A LA SALUD, LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD Y LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

50. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, modificado por el Acto Legislativo No. 02 de 2009, la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado, a quien le corresponde garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud¹⁵.

actividades médicas es el de la falla presunta y que, en materia probatoria, debe aplicarse el principio de la carga dinámica de la prueba, fueron recogidas. Es una posición ahora consolidada el que, por regla general, la responsabilidad del Estado por cuenta de daños derivados de intervenciones médicas se compromete bajo el régimen de la falla probada del servicio, con las consecuencias probatorias que, tal y como se ha reiterado, le son propias. (...)”

¹³ Consejo de Estado – Sección Tercera – Subsección A, 14 Sep. 2016, e63001-23-31-000-2002-01058-01(38804), M. Velásquez: “(...) Por tanto, resulta evidente que el demandante tiene el onus probandi de la falla del servicio, para cuyo efecto podrá apersearse de cualquiera de los medios probatorios permitidos dentro del sistema jurídico (artículo 175 del Código de Procedimiento Civil), pero claro, sin que se esté abogando por una tarifa probatoria, resultan adecuados especialmente los dictámenes periciales y los testimonios técnicos. (...)” (Negrilla fuera del texto original)

¹⁴ Ver, por ejemplo: Consejo de Estado – Sección Tercera – Subsección B, 13 Nov. 2014, expediente 05001231000199903218-01(31182), Ramiro Pazos.

¹⁵ **Artículo 49. Modificado por el Acto Legislativo No 02 de 2009.** La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento

51. Sin embargo, la Corte Constitucional¹⁶ ha sostenido que, la salud no sólo puede considerarse desde la perspectiva de un servicio público sino también, como un derecho fundamental de los asociados, máxime si se tiene en cuenta que está en íntima conexidad con otros derechos fundamentales como la vida, la dignidad humana y la integridad personal, derechos todos estos que a su vez permiten el ejercicio de otros derechos de la misma estirpe.

52. En cuanto a la caracterización del derecho a la salud como fundamental del ser humano, la Corte constitucional ha dicho:

“la jurisprudencia constitucional ha dejado de decir que tutela el derecho a la salud en conexidad con el derecho a la vida y a la integridad personal, para pasar a proteger el derecho ‘fundamental autónomo a la salud’¹⁷. Para la jurisprudencia constitucional (...) no brindar los medicamentos previstos en cualquiera de los planes obligatorios de salud, o no permitir la realización de las cirugías amparadas por el plan, constituye una vulneración al derecho fundamental a la salud.¹⁸” (Subraya la Sala)

53. Asimismo, en el Derecho Convencional, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, aprobado por la Ley 74 de 1968, dispone en el numeral primero del artículo 12 que “*Los Estados Partes en el presente pacto **reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental***”, y en el numeral segundo añade que “*entre las medidas que deberán adoptar los Estados partes en el Pacto a fin de asegurar la plena*

ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

¹⁶ Ver entre otras las sentencias T- 185 de 2009, T-589 de 2009 y T- 195 de 2011.

¹⁷ Corte Constitucional. Sentencia T- 845 de 2006.

¹⁸ En la sentencia T- 736 de 2004 (MP Clara Inés Vargas Hernández) la Corte consideró que imponer costos económicos no previstos por la ley a una persona para acceder a la servicio de salud que requiere “(...) afecta su derecho fundamental a la salud, ya que se le imponen límites no previstos en la ley, para que acceda a su tratamiento y a la vez la entidad se libra de su obligación de brindar integralmente los tratamientos y medicamentos al paciente.” Puede verse sentencia T- 438 de 2004.

*efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para... **d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.***” (Resalta la sala).

54. Por su parte, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación General No. 14, aprobada en el año 2000, señala que:

“la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos...8. El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos...En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud. 9. El concepto del “más alto nivel posible de salud”, a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado. Existen varios aspectos que pueden abordarse únicamente desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los individuos; en particular, un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. Así, los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona. **Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.** ... 13. La lista incompleta de ejemplos que figura en el párrafo 2 del artículo 12 sirve de orientación para definir las medidas que deben adoptar los Estados. En dicho párrafo se dan algunos ejemplos genésicos de las medidas que se pueden adoptar a partir de la definición amplia del derecho a la salud que figura en el párrafo 1 del artículo 12, con la consiguiente ilustración del contenido de ese derecho, según se señala en los párrafos siguientes... Apartado d) del párrafo 2 del artículo 12. El derecho a establecimientos, bienes y servicios de salud. 17.” La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”. (apartado d) del párrafo 2 del artículo 12), tanto física como mental, **incluye el acceso igual y oportuno a los servicios básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como la educación en materia de salud; programas de reconocimientos periódicos; tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones...**”



Accionante: Belén Amézquita Sierra de Morales y otros
Accionado: Hospital Regional de Sogamoso ESE
Expediente: 152383339751 2014 00049 01
Reparación Directa – sentencia de 2ª instancia

(Resalta la Sala).

55. Es claro entonces que, el derecho a la salud, entendido como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud, supone, entre otras medidas, el establecimiento de condiciones que aseguren que todas las personas tendrán acceso igualitario y oportuno a los correspondientes servicios médicos y hospitalarios y por consiguiente, toda decisión, disposición o acuerdo que establezca requisitos o imponga limitaciones, en uno y en otro caso, caprichosos, poco razonables, que miren más a la conveniencia del intermediario o del prestador del servicio y no al derecho del paciente, o que finalmente hagan nugatorio el derecho a la salud, debe ser tenida como una decisión, disposición o convenio que viola las normas imperativas que regulan ese derecho fundamental y por ende le debe sobrevenir el consecuencial juicio negativo de valor.

56. Ahora bien, en lo que respecta a la prestación del servicio de salud y al sistema de seguridad social en salud, éste se encuentra regulado por la Ley 100 de 1993, según la cual son reglas rectoras del servicio público de salud, la equidad, la obligatoriedad, la protección integral, la libre escogencia, la autonomía de las instituciones, la descentralización administrativa, la participación social, la concertación y la muy importante calidad del servicio, de donde vale la pena resaltar que dentro de las características básicas del sistema general de salud, se encuentra el ingreso de todos los colombianos al régimen de seguridad social en aras de garantizar la salud de la población colombiana, mediante la debida organización y prestación del servicio público de salud y la atención de urgencias en todo el territorio nacional.

57. Así mismo, la mencionada ley 100 estableció los niveles de complejidad de las instituciones prestadoras de servicios (Baja, Media y Alta) y los niveles de atención que se prestan respecto

a las actividades, procedimientos e intervenciones (Nivel I, Nivel II, Nivel III), a los cuales debe corresponder la prestación de los servicios de consulta médica, hospitalización y, en general, todos los eventos, según su complejidad, donde el tercer nivel de atención incluye aquellas intervenciones o enfermedades de alta complicación y costo, que debido a su complicación requieren para su atención, del nivel más especializado y de la mayor calidad de atención humana, técnica y científica.

58. Por su parte, el Decreto 2174 de 1996 señaló que la atención en salud refiere tanto a los servicios propios del aseguramiento y administración de los recursos que desarrollan las EPS, como a las IPS en sus fases de promoción y fomento, prevención de enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, cuya calidad está dada por el conjunto de características técnico – científicas, humanas, financieras y materiales que debe tener la seguridad social en salud, bajo la responsabilidad de las personas e instituciones que integran el sistema y la correcta utilización de los servicios por parte de los usuarios, entendiendo por sistema el conjunto de instituciones, normas, requisitos y procedimientos indispensables que deben cumplir sus integrantes para garantizar a los usuarios de los servicios el mayor beneficio, a un costo razonable y con el mínimo riesgo posible.

59. Ahora bien, en lo que respecta a la prestación del servicio de salud mediante la atención de urgencias, el Decreto 412 de 1992 reglamentó los servicios de urgencias bajo disposiciones aplicables a todas las entidades prestarías de servicios de salud, públicas y privadas, todas ellas obligadas a prestar la atención inicial de urgencia, independientemente de la persona solicitante del servicio, en cuyo efecto se adoptaron las siguientes definiciones:

“1. URGENCIA. Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de

cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.

2. ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIA. Denominase como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

3. ATENCIÓN DE URGENCIAS. Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.

4. SERVICIO DE URGENCIA. Es la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Salud para esa unidad.

5. RED DE URGENCIAS. Es un conjunto articulado de unidades prestatarias de atención de urgencias, según niveles de atención y grados de complejidad, ubicado cada uno en un espacio poblacional concreto, con capacidad de resolución para la atención de las personas con patologías de urgencia, apoyado en normas operativas, técnicas y administrativas expedidas por el Ministerio de Salud.

La red actuará coordinadamente bajo una estructura conformada por subsistemas de información comunicaciones, transporte, insumos, educación, capacitación y de laboratorios”¹⁹.

60. En las anteriores condiciones, respecto de la atención inicial de urgencia, el mencionado decreto refirió en su artículo 4º la responsabilidad de las entidades de salud en el sentido de supeditarla al nivel de atención y grado de complejidad que a cada entidad le determinara el Ministerio de Salud y la fijó desde el momento de la atención hasta que el paciente fuera dado de alta o, en el evento de remisión, hasta el momento en que el mismo ingresara a la entidad receptora.

¹⁹ Artículo 3 ibídem.

61. En torno al tema y en concordancia con la normatividad constitucional y convencional antes citada e, igualmente, en armonía con los desarrollos jurisprudenciales sobre la materia, es necesario aclarar, en primer lugar que, si bien la responsabilidad de las entidades prestadoras de salud se circunscribe al nivel de atención y grado de complejidad que a cada una le determine el Ministerio de Salud, o el que haga sus veces, lo cierto es que ello no obsta para establecer la responsabilidad de las instituciones médicas en aquellos casos en que no se efectúa una correcta valoración del paciente o cuando se omite la remisión oportuna del mismo.

62. En segundo lugar, debe quedar igualmente claro que si bien el mencionado decreto refiere la responsabilidad de la entidad prestadora de salud desde el momento de la atención, éste momento ha de entenderse desde el instante mismo en que el paciente ingresa al centro médico, clínico u hospitalario, lo cual implica que tal responsabilidad se origina, incluso, cuando el paciente ingresa a sus instalaciones, y aquí nace la obligación de garante de la atención inicial de urgencia y, en consecuencia, del servicio de promoción, protección y recuperación de la salud²⁰.

63. Finalmente, es preciso traer a colación dentro de las normas aplicables, el Decreto 806 de 1998 según el cual, en desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, el Estado garantiza el acceso a los servicios de salud y al conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial, con el propósito de mantener o recuperar la salud de los asociados y evitar el menoscabo de su capacidad económica derivada de incapacidad temporal por enfermedad general y maternidad. Bajo este entendido, al Estado le corresponde garantizar los beneficios del sistema de salud, en forma directa o a través de terceros, con el objeto de proteger

²⁰ Artículo. 49 constitucional.

de manera efectiva el derecho a la salud²¹.

64. Observa entonces la Sala que, dentro de los beneficios del sistema de seguridad social en salud, como servicio público esencial y como derecho fundamental de los colombianos, se encuentran las atenciones de urgencia, entre estas, la atención inicial de urgencias²², la cual debe garantizarse en todo caso y en todo el territorio nacional, como servicio de atención inmediata y sin someterse a períodos de espera.

6. RESPONSABILIDAD MÉDICA POR ERROR DE DIAGNÓSTICO

65. La Sección Tercera del Consejo de Estado ha definido el diagnóstico como el elemento determinante del acto médico, toda vez que es a partir de sus resultados que se elabora todo el tratamiento propiamente dicho²³.

Al respecto, se señala:

“Puede afirmarse que el diagnóstico es uno de los principales momentos de la actividad médica, pues a partir de sus resultados se elabora toda la actividad posterior conocida como tratamiento propiamente dicho.

De allí que el diagnóstico se termina convirtiendo en un elemento determinante del acto médico, ya que del mismo depende el correcto tratamiento o terapéutica.

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.

²¹ Artículo. 2º del Decreto 806 de 1998.

²² Artículo 16 ibídem. Atención inicial de urgencias. El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza a todos los habitantes del territorio nacional la atención inicial de urgencias. El costo de los servicios será asumido por la Entidad Promotora de Salud o administradora del Régimen Subsidiado a la cual se encuentre afiliada la persona o con cargo al Fosyga en los eventos descritos en el artículo precedente.

²³ En este mismo sentido, Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C. Sentencia de 22 de enero de 2014. Exp. 28.816. *“Uno de los momentos de mayor relevancia en la prestación del servicio médico lo constituye el diagnóstico, el cual se convierte en uno de los principales aspectos de la actividad médica, como quiera que los resultados que arroja permiten elaborar toda la actividad que corresponde al tratamiento médico.”*

(...)”²⁴.

66. A su vez, la fase correspondiente al diagnóstico se encuentra conformada por dos etapas: la primera, es aquella donde se realiza la exploración del paciente, esto es, el examen o reconocimiento que va desde la realización del interrogatorio hasta la ejecución de pruebas, tales como palpación, auscultación, tomografías, radiografías, etc; y en la segunda, corresponde al médico analizar los exámenes practicados y emitir su juicio:

*“En una primera etapa, o fase previa, se realiza la exploración del paciente, esto es, el examen o reconocimiento del presunto enfermo. 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 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..., corresponde el análisis de los mismos y su interpretación...; se trata, en suma, una vez efectuadas las correspondientes valoraciones, de emitir un juicio...”*²⁵.

67. Igualmente, se ha sostenido que para que el diagnóstico sea acertado se requiere que el profesional de la salud sea extremadamente diligente y cuidadoso en el cumplimiento de cada una de las fases anteriormente mencionadas, esto es, que empleé todos los recursos a su alcance en orden a recopilar la información que le permita determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente²⁶.

²⁴ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000 Exp.11878. Reiterado en reiterada en las sentencias de 27 de abril de 2011, exp.19.846; 10 de febrero de 2011, exp.19.040; 31 de mayo de 2013, exp.31724; 9 de octubre de 2014, exp.32348; y 2 de mayo de 2016. Exp.36.517

²⁵ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000 Exp.11878. Reiterado en Sentencia del 2 de mayo de 2016. Exp.36.517

²⁶ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B. Sentencia del 2 de mayo de 2016. Exp.36.517

68. En este sentido, si el médico actuó con la pericia y cuidado antes mencionada, su responsabilidad no queda comprometida a pesar de que se demuestre que el diagnóstico fue equivocado, pues es posible que pese a todos los esfuerzos del personal médico y al empleo de los recursos técnicos a su alcance, no logre establecerse la causa del mal, bien porque se trata de un caso científicamente dudoso o poco documentado, porque los síntomas no son específicos de una determinada patología o, por el contrario, son indicativos de varias afecciones²⁷.

69. En virtud de lo anterior, la máxima Corporación de esta jurisdicción ha señalado que en estos casos lo decisivo es establecer si el médico empleó los recursos y los procedimientos adecuados para llegar a un diagnóstico acertado:

“En realidad, puede decirse que resulta relativamente fácil juzgar la conducta médica ex post, ya que no es difícil encontrar, en la mayor parte de los casos, los signos que indicaban el diagnóstico correcto. Por esta razón, el fallador no debe perder de vista que, al momento de evaluar al paciente, el médico está ante un juicio incierto, ya que la actividad de la medicina no puede asimilarse a una operación matemática. Al respecto, el profesor Ataz López previene sobre la imposibilidad de imponer a los médicos el deber de acertar.

Así las cosas, lo que debe evaluarse, en cada caso, es si se utilizaron todos los recursos, esto es, si se practicaron los procedimientos adecuados para llegar a un diagnóstico acertado, lo que obliga, en no pocos eventos, a distinguir entre la responsabilidad de los médicos y la de las instituciones prestadoras del servicio de salud, dada la carencia o insuficiencia de elementos para atender debidamente al paciente²⁸”. (Subraya la Sala)

70. En virtud de lo anterior, el Consejo de Estado ha afirmado que para imputar responsabilidad a la Administración por daños derivados de un error de diagnóstico, se requiere acreditar que el servicio médico no se prestó de manera

²⁷ Ibid.

²⁸ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000 y sentencia del 2 de mayo de 2016. Exp.36.517

adecuada por alguno de los siguientes motivos²⁹: (subraya la Sala)

- El profesional de la salud omitió interrogar al paciente o a su acompañante sobre la evolución de los síntomas que lo aquejaban.
- El médico no sometió al enfermo a una valoración física completa y seria.
- El profesional omitió utilizar oportunamente todos los recursos técnicos y científicos a su alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente³⁰.
- El médico 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 especialidad³¹.
- El galeno interpretó indebidamente los síntomas que presentó el paciente³².
- Existe una omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto³³.

7. LAS PRUEBAS ALLEGADAS AL PROCESO.

71. Dentro del expediente obran las siguientes pruebas pertinentes a efectos de resolver el problema jurídico planteado

9.17.1. Pruebas de la relación de parentesco de las demandantes con el fallecido:

A folios 43 a 77 del expediente, reposa el registro civil de matrimonio entre la señora Belén Amézquita y el señor Amelio Morales, así como los registros civiles de sus hijos: Inocencio Morales Gómez; Lucila Morales Gómez; Marlen Morales Gómez; Rubí Morales Gómez; Margarita Morales Gómez; José Antonio Morales Gómez; Luis Enrique Morales Gómez y de sus

²⁹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B. Sentencias del 2 de mayo de 2016. Exp.36.517 y 3 de octubre de 2016. Exp. 40.057.

³⁰ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C. Sentencia de 22 de enero de 2014. Exp. 28.816. Posición reiterada en sentencia del 3 de octubre de 2016. Exp. 40.057

³¹ Al respecto, la doctrina ha señalado que el error inexcusable no es cualquier error, sino aquél “objetivamente injustificable para un profesional de su categoría o clase. En consecuencia, si el supuesto error es de apreciación subjetiva, por el carácter discutible del tema o materia, se juzgará que es excusable y, por tanto, no genera responsabilidad”. Alberto Bueres, citado por Vásquez Ferreyra, *Op. Cit.*, p. 121.

³² Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C. Sentencia de 22 de enero de 2014. Exp. 28.816

³³ Ibidem.



Accionante: Belén Amézquita Sierra de Morales y otros
Accionado: Hospital Regional de Sogamoso ESE
Expediente: 152383339751 2014 00049 01
Reparación Directa – sentencia de 2ª instancia

nietos: Diego Ferney Morales Castellanos; Oscar Iván Valderrama Morales; Rosmery Ochoa morales; Carlos Andrés Morales López; Yeimi Alejandra Ochoa morales; Cristian Guillermo Alvarado morales; Camilo Andrés Alvarado morales; María Fernanda Alvarado Morales; Arbey Julián Torres Morales; Juan Pablo Morales Alvarado; Sofía morales Alvarado; José Agustín Morales Alvarado; Nicolás Esteban Torres Morales; Camilo Torres Morales; Joan Sebastián Morales Narváez y Juan José Morales Narváez .

9.2. Pruebas relacionadas con el daño:

- Registro Civil de Defunción del señor AMELIO MORALES ALARCÓN, el cual indica que la fecha del fallecimiento fue el 23 de septiembre de 2012 (fl. 39).

9.3. Pruebas de la atención médica recibida por el paciente- señor Amelio Morales Alarcón:-

Fue allegada al plenario la transcripción de la Historia Clínica del señor Amelio Morales Alarcón (fls. 289 en adelante Cdrno 2) de la que se extrae lo siguiente:

“REMISIÓN DE PACIENTE DEL CENTRO DE SALUD DE TOTA

Fecha: 6/08/2012

(...)

Paciente con clínica de 12 horas caracterizado por hematemesis en “cuncho de café”, deposiciones melénicas en días anteriores, dolor abdominal tipo cólico en nasogástrico y dolor de tipo ardor en epigastrio, astenia adinámica, debilidad generalizada

Antecedentes patológicos: EPOC, oxígeno dependiente, gastritis, hipotiroidismo. **Quirúrgicos:** colecistectomía, reducción fractura de tibia peroné derecho. **Hospitalizaciones.** Niega. **Farmacológicos.** Levotiroxina 50 mcg/día, ácido acetil salicílico 100 cmg/día, salbutamol 2 puff c/8h, beclometazona 2 puff c/12h, oxígeno domiciliario 2 lit/min 18h día.

(...)

Análisis: paciente con antecedente de EPOC, oxígeno dependiente, hipotiroidismo, gastritis crónica, con clínico sugestivo, de hemorragia de vías digestivas altas. Se remite nivel superior para valoración.



Accionante: Belén Amézquita Sierra de Morales y otros
Accionado: Hospital Regional de Sogamoso ESE
Expediente: 152383339751 2014 00049 01
Reparación Directa – sentencia de 2ª instancia

Impresión diagnóstica:

1. Hemorragia de vías digestivas altas.
2. Gastritis crónica
3. EPOC oxígeno dependiente
4. Hipotiroidismo.

Plan: 1 nada vía oral
Remisión a nivel superior.

ATENCIÓN DE URGENCIAS

6/09/2012

Edad 75 años
Motivo de consulta: dolor abdominal

Enfermedad actual. Ayer luego de ingerir cierto alimento le inicia dolor abdominal tipo cólico en mesogástrico, náuseas y emesis con pintas de sangre #1 no melenas.

Revisión por sistema. No diarrea, no fiebre, no disuria
(...)

Impresión diagnóstica:

1. Hemorragia de vías digestivas altas (HDVA)
2. Gastritis agudizada
3. Dolor abdominal Secundario.

Plan: (...)
Se solicita cuadro hemático: glicemia, amilasa, fosfatasa alcalina, parcial de orina, revalorar.
(...)

Análisis. Paciente asintomático, toleró vía oral, no emesis, se siente bien.

Plan. Salida con orden de endoscopia de vías digestivas altas (EVDA), omeprazol Milpax, signos de alarma.

ATENCIÓN DE URGENCIAS

11/09/2012

Motivo de consulta: Dolor abdominal evolución 6 días. Localizado en mesogástrico inicialmente que se va generalizando.

(...)

Impresión diagnóstica.

1. Dolor abdominal agudo
2. Obstrucción intestinal
3. Enfermedad ácido péptico
4. Deshidratación grado II

Plan. Solución salina normal. Ranitidina. Se solicita cuadro hemático: Glisemia, Bun, Creatinina, sodio, potasio, parcial de orina y RX abdomen.

(...)

Con resultados de RX se revalorará necesidad de sonda nasogástrico.

(...)



Accionante: Belén Amézquita Sierra de Morales y otros
Accionado: Hospital Regional de Sogamoso ESE
Expediente: 152383339751 2014 00049 01
Reparación Directa – sentencia de 2ª instancia

EVOLUCIÓN

Fecha: 11/09/2012,

Paciente de 75 años con cuadro clínico de aproximadamente 7 días de evolución caracterizado por dolor abdominal inicialmente en mesogástrico, actualmente generalizado, asociado a múltiples episodios eméticos de contenido hemático, niega deposiciones desde hace 7 días, hiporexia, niega fiebre, niega otra sintomatología.

Examen físico: paciente-álgico, deshidratado, en regular estado general, signos vitales: TA: 130/86, FC: 88, FR: 20, mucosa oral semi seca, escleras leve tinte icterico conjuntivas hipocromicas, Cardio pulmonar ruidos cardiacos rítmicos, ruidos respiratorios sin agregados, abdomen distendido doloroso a palpación Generalizado (...)

Impresión diagnóstica.

1. Obstrucción intestinal

Plan. Se inicia manejo médico.

Se solicita ecografía abdominal total. se hospitaliza por servicio.

Reporte ecografía abdominal total: marcada dilatación e interposición de ASAS que impide evaluación de páncreas y retroperitoneo; no se observan masas, colecciones ni líquido libre en cavidad abdominal.

EVOLUCIÓN

Fecha: 11/09/2012,

Evolución por cirugía general

Paciente de 75 años de edad con diagnóstico de

1. Obstrucción intestinal
2. Hipotiroidismo
3. EPOC por histeria Clínica.

Refiere buen patrón de sueño, mejoría del dolor. Polidipsia, diuresis +, por sonda, deposiciones (-). Sat: 79%.

Análisis: paciente con mejoría de dolor, hoy saturación 79%, al aire, por lo cual se inicia oxígeno por cánula nasal a 2l/min. Sonda nasogástrica con drenaje bilioso de 100cc. Sonda vesical 400cc. Se solicita hemograma, BUN. Creatinina.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA INTERCONSULTA MEDICINA INTERNA.

12/09/2012

(...)

Diagnóstico presuntivo:

1. obstrucción abdominal
2. Falla renal síndrome icterico
3. EPOC
4. Hipotiroidismo.



Accionante: Belén Amézquita Sierra de Morales y otros
Accionado: Hospital Regional de Sogamoso ESE
Expediente: 152383339751 2014 00049 01
Reparación Directa – sentencia de 2ª instancia

Justificación o motivo de la remisión: valoración por medicina interna.

RESPUESTA

Anamnesis: paciente con dolor abdominal generalizado, Diagnóstico: Obstrucción intestinal, quien requiere de realización de TAC abdominal contrastado y con pruebas de función renal aumentados.

Principales hallazgos en el examen de ingreso: paciente con historia clínica anotada, deshidratación, viene presentando pruebas de función renal elevadas, dolor abdominal que ha crecido.

Examen y resultados: Paciente alerta con FC: 108, TA: 110/60, mucosa oral seca, Cardio pulmonar normal, ruidos respiratorios rítmicos sin soplos, ruidos cardiacos no agregados, abdomen distendido con dolor a la palpación difusa pero sin irritación peritoneal. **Ruidos intestinales muy disminuida casi ausentes**, extremidades edema grado I. mucosa oral seca.

Diagnóstico:

1. Dolor Abdominal de etiología no específica
2. Ileo reflejo Vs mecánico.
3. Isquemia mesentérica
4. Deshidratación Grado III
5. Azoemia prerrenal.
6. Síndrome icterico indirecto.

Plan. Administrar líquidos pertinentes para corrección deshidratación.

EVOLUCIÓN

13/09/2012

Evolución cirugía general.

Paciente de 75 años en su segundo día de hospitalización con diagnóstico de.

1. Obstrucción intestinal.
2. Hipotiroidismo.
3. EPOC por historia clínica

Subjetivo: paciente refiere sentirse mejor, buen patrón del sueño, polidipsia, **niega dolor abdominal** diuresis por sonda vesical 100cc, deposiciones.

Objetivo: paciente en buen estado general, alerta, orientado, signos vitales: TA: 20/60, FC: 80, FR: 17, mucosa oral semi seca, ruidos cardiacos rítmicos, ruidos respiratorios sin agregados abdomen levemente distendido depresible, no doloroso, extremidades sin edema neuro sin déficit motor ni sensitivo, Glasgow 15/15

Análisis: paciente con evolución adecuada, signos vitales dentro de parámetros, abdomen blando, depresible, sonda nasogástrico drenando aproximadamente 75 cc. Continúa igual manejo.

Se solicita: Bilirrubina directa indirecta, Fosfatasa, TGO, TGP, TAC abdomen contrastado.



Accionante: Belén Amézquita Sierra de Morales y otros
Accionado: Hospital Regional de Sogamoso ESE
Expediente: 152383339751 2014 00049 01
Reparación Directa – sentencia de 2ª instancia

EVOLUCIÓN

14/09/2012

Subjetivo: paciente refiere sentirse bien, presencia de disnea por ausencia de oxígeno por cánula, mejoría al colocárselo, deposiciones (-), desde hace 9 días, flatos:(-). Dolor abdominal leve, difuso, diuresis (+), por sonda vesical, 100cc, con sedimento abundante coluria.

Objetivo: Paciente en aceptables condiciones generales, signos vitales: TA:

110/60, FC: 96, FR: 22, cabeza y cuello parcialmente hidratada mucosas rosadas húmedas, cuello móvil, icterico, tórax expansible. Ruidos cardiacos parcialmente

velados, ruidos pulmonares: murmullo vesicular levemente disminuido, roncus ocasionales. Abdomen blando, distendido, **timpánico ruido intestinal (RSIC) disminuidos, dolor leve difuso**, extremidades: sin edemas, neuro sin déficit aparente.

Análisis: paciente en aceptables condiciones continua con ausencia de deposiciones drenaje (+), por sonda nasogástrica biliar. Reporte de paraclínicos: BD: 3.52, ALT: 22.7, FOST AL: 116.9, AST: 37.1, T: 8.29, Bun: 54.1, creatinina

Se Solicita: valoración medicina interna.

EVOLUCIÓN

15/09/2012

(...)

Subjetivo: **paciente poco colaborador el día de ayer se retiró sonda nasogástrica y sonda vesical, no acepta colocarse el oxígeno por cánula nasal, refiere deposiciones (-), y flatos (-), desde hace 10 días. Dolor abdominal difuso leve.**

Objetivo: paciente en aceptables condiciones generales signos vitales: TA:110/70, FC: 92, FR: 24, cabeza y cuello tinte icterico, cuello móvil Cardí pulmonar tórax expansible ruidos cardiacos: velados parcialmente, ruidos pulmonares disminuidos roncus bibasales ocasionales. Abdomen distendido ruidos intestinales: **muy disminuidas extremidades** sin edemas, neuro sin déficit aparente G/U genito urinario estigmas de sangrado trauma uretral.

Análisis: **Paciente poco colaborador se retiró sondas ocasionándose trauma uretral. Continua con ausencia de deposiciones y flatos (-), medicina interna considera falla prerrenal nuevos azohados: Bun: 67.5, creatinina: 2.88.**

EVOLUCIÓN

15/09/2012

(...)

Paciente no acepta ningún procedimiento acepta los riesgos que esto implica. Paciente solicita retiro voluntario se firma la declaración. Testigo Lucila Morales

15/09/2012

Evaluación por medicina interna



Accionante: Belén Amézquita Sierra de Morales y otros
Accionado: Hospital Regional de Sogamoso ESE
Expediente: 152383339751 2014 00049 01
Reparación Directa – sentencia de 2ª instancia

Paciente de 75 años, día 4 de hospitalización. Diagnóstico.

1. Deshidratación Grado III
2. Azohemia prerrenal
3. Ileo Reflejo Vs Mecánico.
4. Isquemia Mesenterica
5. Hipotisoidismo
6. EPOC por historia clínica.

paciente quien la noche anterior se auto-retiro sonda nasogástrica y sonda vesical, con posterior trauma uretral.

Paciente de 75 años conocido por el Hospital Regional de Sogamoso con diagnóstico: pseudo Obstrucción intestinal quien solicita salida voluntaria, hoy paciente con emesis feculoide, distención abdominal; ausencia de deposiciones de 8 días.

Impresión diagnóstica: pseudo obstrucción intestinal

Plan: Nada vía oral. Pasar 1000cc solución salina 0.9% bolo, sonda nasogástrica+ diclofenac ampolla 100 mg

SS//: **valoración en nivel superior por cirugía general. Aceptado Dr. Barrera.**

Fecha 16/09/2012.

MC: tiene obstrucción intestinal

EA: paciente de 75 años quien reingresa. El día de ayer solicitaron salida voluntario, diagnostico obstrucción _intestinal l reingresa por persistencia del dolor abdominal difuso, ruidos intestinales (-), y emesis fecaloídes ADEMAS refiere tos de expectoración verdosa de dos días de evolución con dificultad para respirar. RXS (+), Diuresis(+), normal deposición(-), desde hace 8 días

Antecedentes patológicos hipotiroidismo, EPOC, farmacológicos: levotiroxina.

(...)

saturación 80%, mucosa oral húmeda, cuello sin masas, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, ruidos respiratorios movilización de secreciones estertores, abdomen distendido con dolor a la palpación sin signos de irritación peritoneal ruidos intestinales (-), extremidades edema grado III en miembros inferiores, neurológico sin déficit aparente, adecuado llenado capilar.

Impresión diagnóstica

1. Obstrucción intestinal
2. Neumonía
3. Falla cardiaca
4. Cirrosis

Se solicita RX torax AP lateral RX abdomen PT PTT (...)

Valoración cirugía general

Paciente de 75 años conocido en el servicio quien el día de ayer presentó firma de salida voluntaria, presenta cuadro de obstrucción intestinal se encontraba en manejo con sonda nasogástrica nada vía oral,



Accionante: Belén Amézquita Sierra de Morales y otros
Accionado: Hospital Regional de Sogamoso ESE
Expediente: 152383339751 2014 00049 01
Reparación Directa – sentencia de 2ª instancia

ingresa paciente con dificultad respiratoria saturación 80% al aire, distensión abdominal ruidos intestinales negativos ruidos cardiacos rítmicos taquicardico, ruidos pulmonares con estertores y roncus generalizado, movilización de secreciones, extremidades: edema grado II en miembros inferiores, neurológico sin déficit aparente, llenado capilar < 2 segundos..

Análisis: Paciente reingresa en malas condiciones generales con signos de dificultad respiratoria, Rx abdomen: se evidencia signos de obstrucción intestinal asas intestinales dilatadas "pila de monedas" niveles hidroaereos. **Se decide pasar a salas de cirugía se solicita electro cardiograma, sonda vesical.**

NOTA QUIRURGICA

16/09/2012

Diagnostico pre quirúrgico: Obstrucción intestinal, peritonitis apendicetomía Diagnostico post-operatorio: apendicitis aguda perforada, obstrucción intestinal+ peritonitis.
(...)

Procedimiento: laparotomía exploratoria + apendicectomia

Hallazgos: lavado apéndice aguda perforado drenaje de peritonitis liberación de múltiples sitios de obstrucción.

INFORME QUIRURGICO

Diagnostico pre quirúrgico: Obstrucción intestinal.

Diagnostico post-operatorio: apendicitis aguda perforada, obstrucción intestinal. peritonitis.
(...)

Hallazgos: síndrome adherencia severo por fibril, obstrucción intestinal completa a diferentes niveles, peritonitis apendicitis perforada.

Intervención: liberación de adherencias y de las obstrucciones drenaje de peritonitis lavado de la cavidad con solución salina normal. Apendicetomía ligadura de arteria apendicular resección de la apéndice
(...)

Paso de catéter central por vía yugular interna derecha traumen. Se remite a unidad de cuidados intensivos.

EVOLUCIÓN REFERENCIA

16/09/2012

Hora: 16+40 Se recibe referencia del jefe Claudia de Urgencias

16+45 horas Se envía referencia vía fax a la clínica valle del sol. Dayan Quijano confirmo recibido de fax

17 horas se habla con Dayan Quijano de Clínica Valle del Sol, refiere paciente es aceptado por el Dr Acero, se informa a jefe de del Servicio de Urgencias.

21+30 egresa paciente de la institución."

La transcripción de historia clínica que antecede, encuentra soporte en los exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas,



Accionante: Belén Amézquita Sierra de Morales y otros
Accionado: Hospital Regional de Sogamoso ESE
Expediente: 152383339751 2014 00049 01
Reparación Directa – sentencia de 2ª instancia

observaciones por enfermería, que reposan en el expediente.

Del mismo modo, a folio 354 del plenario, se evidencia documento denominado “*declaración de retiro voluntario*” de fecha 15 de septiembre de 2012, suscrito por la señora Lucila Morales (acompañante del paciente) en el que declara:

“(…) que habiendo sido debidamente informada sobre los riesgos y posibles complicaciones de salud que implica el retiro voluntario de esta institución, Hospital Regional de Sogamoso, conociendo los riesgos.

Bajo mi propia responsabilidad decido abandonarla y en consecuencia declaró que no la institución ni su personal serán responsables en caso de complicaciones”

Fue allegada igualmente al expediente Historia Clínica del señor AMELIO MORALES de la Clínica Valle del Sol, de la cual se destaca que el paciente ingresó a la UCI el 16 de septiembre de 2012, unidad en la que permaneció hasta el día de su deceso, esto es, el 23 de septiembre de 2012.

Según se observa en el referido historial clínico, durante el tiempo en que estuvo en la UCI de la citada clínica, su evolución se caracterizó por ser un paciente en mal estado general, inestable con mal pronóstico vital.

A folios 639 a 641 del expediente, obra el dictamen pericial realizado por el Especialista en Cirugía General de la Pontificia Universidad Javeriana, en el que se indica:

- 1. Identificar si de conformidad con los síntomas y patologías que presentaba el paciente, el personal médico que se encargó de su atención, respetó las guías médicas y protocolos respectivos.**

Respuesta: si

Al revisar la historia clínica suministrada, el paciente en mención ingresa al hospital por cuadro clínico de obstrucción intestinal, según las guías establecidas para esta patología se indicó manejo con lev, son, reposo gastrointestinal, analgencia, protección gástrica. Según notas medicas la evolución del paciente a manejo instaurado

fue adecuada, los signos vitales del paciente durante su hospitalización estuvieron estables sin alteraciones, el examen físico abdominal mostraba evolución adecuada.

Según notas de evolución médica, el paciente se retiró la sonda nasogástrica que era parte de su tratamiento y según historia clínica se retiró del hospital firmando carta de retiro voluntario. Se explicó a paciente las posibles consecuencias de esta decisión y aun así el paciente fue retirado de las instalaciones del hospital.

Al reingresar paciente a la institución se encuentra en mal estado general, fue valorado de forma oportuna por cirujano de turno quine indicó la realización de laparoscopia exploratoria, encontrando peritonitis generalizada y apendicitis aguda, se realizó apendicetomía más drenaje de peritonitis más lavado peritoneal, ms colocación de bolsa de Bogotá, dicha conducta también fue adecuada y se ciñe a las guías actuales de manejo de apendicitis aguda complicada.

Por deterioro del paciente se ordenó traslado a Unidad de Cuidados Intensivos ya que requería soporte ventilatorio y vaso opresor, según nota de cirujano inicia el traslado de forma oportuna hacia intensivo. (...)

Paciente deterioro de su estado general, entrando en falla orgánica múltiple. Consideró esto es una de las complicaciones inherentes a acto quirúrgico y no encuentro durante lo revisado en la historia clínica faltas en la atención médica por parte del personal del personal de las instituciones de salud que brindaron atención.

2. **Precisar el porcentaje de morbilidad a causa de las patologías que presentaba el paciente:**

La mortalidad de una apendicitis aguda complicada es elevada (mayo al 60%) y esta misma se aumenta al presentarse una falla orgánica múltiple hasta de un 90% de morbimortalidad.

3. **Establecer si la atención prestada al paciente fue oportuna y adecuada conforme a los protocolos médicos existentes.**

Consideró por lo anteriormente expuesto la atención médica fue oportuna y se siguieron los protocolos médicos existentes, no encontré en lo revisado falta médica alguna.

El paciente al firmar retiro voluntario de la institución se explicó (según nota de historia clínica) las posibles complicaciones de esta decisión)

4. **Determinar las complicaciones propias de las patologías padecidas por el paciente.**

La apendicitis presenta dentro de sus complicaciones más comunes una peritonitis (infección de cavidad abdominal) se realizó tratamiento oportuno por parte del cirujano (laparoscopia más drenaje de peritonitis más lavado de cavidad más bolsa de Bogotá; dentro de las complicaciones de una peritonitis están la falla orgánica múltiple y en casos muy graves el desenlace de esta puede ser la muerte.



Accionante: Belén Amézquita Sierra de Morales y otros
Accionado: Hospital Regional de Sogamoso ESE
Expediente: 152383339751 2014 00049 01
Reparación Directa – sentencia de 2ª instancia

En caso de una obstrucción intestinal las complicaciones sin manejo médico adecuado son las perforaciones de una viscera hueca, peritonitis, sepsis y muerte.”

Del mismo modo, en la audiencia de pruebas llevada a cabo el 6 de agosto de 2018, se realizó contradicción del dictamen pericial en el que el perito, Doctor OSCAR ALBERTO OCHOA OCHOA especialista en cirugía general, manifestó laborar en el Hospital San Rafael de Tunja y en la Clínica Medilaser de Tunja como Cirujano general y docente de su especialidad en décimo semestre de la facultad de medicina en la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia UPTC.

Adicionalmente, manifestó en la diligencia de contradicción lo siguiente:

*“(…) **preguntado.** Manifieste las razones y conclusiones de su dictamen, igualmente la información que usted tuvo a la mano a efectos de emitir su concepto y el origen que usted tiene del mismo. **Contestó.** El peritasgo mío se basó o está basado a la Historia clínica que me suministró este juzgado, historia clínica de donde consultó el señor que fue el Hospital Regional de Sogamoso, inicialmente el paciente ingreso al servicio de urgencias, la primera consulta fue por un cuadro de sangrado digestivo alto, se inició manejo por parte del servicio de urgencias con los protocolos establecidos que son goteo inhibidor de bomba de protones, protección gástrica, reposo gastrointestinal, líquidos y en ese primer momento, según las notas de historia clínica del Hospital Regional de Sogamoso, el paciente presenta una evolución favorable, al momento en que se le da egreso en esa consulta, el paciente estaba sin dolor abdominal y estaba sin signos de sangrado digestivo alto, se le dio salida con orden de una endoscopia y se le dieron recomendaciones y signos de alarma al paciente, esa fue la primera consulta del señor.*

Posteriormente, re consulta al Hospital Regional de Sogamoso, por cuadro de dolor, distensión abdominal, ausencia de deposiciones y vómito, en ese momento es valorado, no solo por el médico general sino también por el cirujano de turno, quien considera un cuadro de una obstrucción intestinal y se inicia el manejo para tal patología, para la obstrucción intestinal, dentro de este manejo está la sonda nasogástrica, líquidos endovenosos, analgencia, protección gástrica y toma de paraclínicos tanto en sangre como imaginológicos, radiografía de abdomen.

Según la nota de la Historia clínica al iniciar manejo con la sonda nasogástrica y todo lo que ya describo, el paciente en todas las notas evolución de esa segunda hospitalización, el paciente se encuentra estable

hemodinamicamente, que es, un paciente que no presenta alteración en signos vitales (...) según las notas de evolución porque repito, me base en la historia clínica suministrada. En ningún momento encontré alteración en los signos vitales, ni en el examen físico que se llevó a cabo por todos los especialistas durante la hospitalización del paciente.

Asimismo, revise todos los exámenes tanto paraclínicos como de radiografías y de ecografía que se tomaron en el hospital, hemograma normal, una radiografía que se hizo de abdomen que confirmaba el pronóstico hecho por el cirujano de ingreso que era una obstrucción intestinal, una ecografía de abdomen que se realizó que no mostraba líquido libre y no mostraba otros hallazgos diferentes a los de una obstrucción que son una distensión de asas delegadas, si mostraba alteración en la función renal con elevación de un examen que se llama la creatinina que lo que hace el evaluar la función renal del paciente, esa función renal si se encontraba elevada y debido a esto y debido a las comorbilidades que tenía el paciente que era una enfermedad pulmonar crónica, un antecedente de colecistectomía y una antecedente de una osteomielitis, el cirujano solicita una valoración y un concepto por otra especialidad que es la especialidad de medicina interna, pues para ayudar en el manejo de estas comorbilidades.

Los doctores de medicina interna consideran que hay una falla renal, por una deshidratación y le inician manejo para esa falla renal. En ese momento el cirujano de turno solicita un TAC abdominal con doble contraste que es un examen imagenológico para observar cual era la etiología de la obstrucción intestinal.

En ese momento no se pudo realizar dicha Tomografía porque el paciente cursaba con la falla renal que ya les mencioné y en esta tomografía se hace necesario da un medio de contraste y si yo doy este medio de contraste y el paciente cursa con una falla renal, le médico y el cirujano que solicitó el TAC puede terminar de dañar los riñones.

Entonces, en ese momento se pide concepto por medicina interna para mirar cual es la alternativa del paciente, para mirar si se le podía hacer una cosa que se llama nefroprotección para poder realizar ese examen.

En ese transcurso, según también las notas de evolución, el paciente en uno de esos días de hospitalización, se retira la sonda nasogástrica, se retira la sonda vesical y según nota de la historia clínica, él firma retiro voluntario del Hospital Regional de Sogamoso.

Se le explica las cosas que pueden pasar o las consecuencias que puede traer al firmar esta acta de retiro voluntario del hospital, pero, aun así, si no estoy mal el 15 el paciente se retira del hospital por decisión propia.

El reingresa un día después del acta voluntaria y según las notas que yo encontré en la historia clínica, al momento que reingresa lo valora de nuevo el cirujano lo encuentra, ya con alteración en los signos vitales, lo encuentra con taquicardia y considera un cuadro de una obstrucción intestinal y decide llevarlo a salas de cirugía.

Realiza procedimiento quirúrgico le hace una laparoscopia exploratoria (...) evidentemente encuentra una obstrucción intestinal y también encuentra una apendicitis perforada con peritonitis. El procedimiento que el realiza es una apendicetomía, le hace una liberación de la obstrucción intestinal y el drenaje de la peritonitis.

En el post operatorio se traslada a una Unidad de Cuidado Intensivo en regulares condiciones generales y según lo que vi, en cuidados intensivos el paciente entra en una falla organiza múltiple, se da todo el soporte de ventilación vasopresor necesario, antibióticos que amplio espectro, pero

lastimosamente no responde al manejo instaurado por cuidado intensivo y finalmente el paciente fallece.

Ahora si me preguntan, según lo que vi en la historia clínica al paciente se le realizó el manejo que está en las guías de manejo actuales para un cuadro de obstrucción intestinal. Es decir, reposo gástrico, sonda nasogástrica, líquidos endovenosos y reposo gastrointestinal.

Se tomaron los paraclínicos que se timan normalmente en un cuadro de obstrucción intestinal, hemograma, electrolitos, función renal, radiografía de abdomen y se hospitaliza por el servicio de cirugía general que es una especialidad médica que lo que hacemos todos los días es manejar este tipo de patologías.

*Es decir, lo que yo revisé en la historia clínica la verdad no encontré ninguna falla en la atención medica por parte del Hospital Regional de Sogamoso, por parte de alguno de los cirujanos y pues ese es el peritasgo mío señor juez según lo revisado, vuelvo y repito en la historia clínica porque yo no cuento con otra información diferente a la historia clínica. **Preguntado.** explique por favor cual fue el método o la técnica que usted utilizó como perito para expedir el dictamen que arrimó a este expediente. **Contestó.** Hay guías internaciones de manejo para la obstrucción intestinal, la sociedad interamericana de gastroenterología, la sociedad colombiana de cirugía y de cada hospital debe haber protocolos de manejo para esta patología. Vuelvo y repito, señor juez, estas guías lo que dicen son esto: 1, reposo intestinal, 2 sonda nasogástrica, 3. Líquidos intravenosos, 4. Control hidroelectrolitos y una nota de evolución médica diaria para este tipo de patología.*

***Preguntado.** en relación con lo que pudo observar en la historia clínica del paciente, (...) indique usted si pudo observar alguna irregularidad en la aplicación de los protocolos o guías de salud por el transcurso del tiempo desde el primer ingreso y la salida voluntaria del paciente ... si este paso del tiempo pudo haber incidido en que la patología padecida por el paciente, se hubiera agravado o de cierta manera hubiera contribuido al deterioro de la salud de este paciente. **Contestó.** Es que el manejo actual de las obstrucciones intestinales es el que acabo de describir. Ahora si yo me ciño a las notas de evolución de cirugía general, en todas las notas de evolución que yo revisé, durante la hospitalización del señor, en ningún momento hubo alteración en los signos vitales y una cosa muy importante para mí como cirujano o para nosotros los cirujanos es el examen físico abdominal, cuando uno examina el abdomen hay algunos signos clínicos que le indican al cirujano que debe intervenir de forma temprana o debe realizar alguna cirugía e determinado paciente. Según lo revisado en la historia, el examen abdominal del señor no mostraba signos de irritación peritoneal que son signos que encontramos los cirujanos cuando examinamos el abdomen, que nos indica que un paciente debe ser llevado a cirugía en el examen físico, como en ninguna de las anotaciones de la evolución, tanto de cirugía como de medicina interna, como de medicina general, notas que yo revise, en ningún momento, ningún médico menciona estos signos de irritación peritoneal. Ahora, al tratarse de una obstrucción intestinal en un paciente estable que el abdomen no presenta ninguna alteración según lo que yo revise en la historia clínica y que presenta una evolución adecuada pues el manejo se debe continuar. Ahora si en el transcurso de esa evolución hubiera habido alguna alteración en los signos vitales, o la presencia de signos de irritación peritoneal o cualquier irritación en el examen abdominal, pues eventualmente se debía llevar antes el paciente a un acto quirúrgico, pero en ningún momento ellos encontraron hallazgos que les indicaran que el*

paciente debía ser llevado a cirugía. ¿Cuándo encuentran estos signos?, en el comento del reingreso del paciente que se da 24 horas después de la salida voluntaria del paciente, en ese momento, el doctor cirujano que lo recibió por el servicio de urgencias, encuentra ya alteración en los signos vitales y encuentra algunos signos abdominales que le indican que debe llevar al paciente a cirugía, **es decir, no es que se trate de un tiempo determinado, sino más bien de la evolución clínica que tenga el paciente. Si la evolución clínica es favorable pues yo como cirujano no puedo ir a hacer una cirugía, si la clínica del paciente así no me lo indica. Preguntado.** podría ilustrar al Despacho si esa obstrucción intestinal que usted señala presentaba el paciente en su primer ingreso, necesariamente conlleva a una peritonitis y que estuviera perforada. Puede explicar ese aspecto por favor. **Contestó.** una de las principales causas de obstrucción abdominal, son las adherencias intestinales que se forman cuando yo hago una cirugía, cuando yo hago una cirugía en el abdomen no solo se forma una cicatriz externa, sino hay cicatrices internas que se llaman bridas intestinales y la principal causa de obstrucción intestinal o lo que se sospechó en este paciente era que fuera secundario a una brida, porque el paciente tenía antecedente de una colecistectomía, es decir, una obstrucción de la vesícula biliar, al haber ese antecedente lo que hizo pensar al cirujano, un gran porcentaje de pacientes 70% o 80% de los pacientes con cuadros de obstrucción intestinal, la causa son adherencias intestinales y cuando son adherencias intestinales, la gran mayoría de esos pacientes responden al manejo médico, es decir, sin necesidad de ningún tipo de intervención quirúrgica, entonces a este paciente se le sospecho una obstrucción por bridas y se le inició el manejo adecuado.

Ahora, vuelvo y repito señor juez, si el paciente en algún momento la evolución es tórpida que presente alteración de los signos vitales o que el examen abdominal me muestre signos de irritación peritoneal pues el paciente debe ser llevado a cirugía.

En el caso de que una obstrucción genere una perforación al intestino, pues el paciente va a hacer algún tipo de alteración en el examen abdominal y en ese momento debe intervenir de forma inmediata si hay alteración en el examen abdominal, si no hay alteración en el examen abdominal se deben tomar otra serie de exámenes para mirar la causa de la obstrucción, en este acaso se realizó la radiografía, la ecografía y se solicitó el TAC, lastimosamente la tomografía, que me parece una buena conducta por parte del cirujano, no se pudo realizar dado que el paciente cursaba con una falla renal aguda e impedía darle medio de contraste en ese momento, **entonces en este caso tuvo dos patologías una obstrucción intestinal y una apendicitis aguda con peritonitis.** ¿ahora en que momento desarrolló la apendicitis? difícil saberlo señor juez, no sé si desde el primer momento del ingreso o lo desarrollo en el último día de hospitalización. **El difícil diagnóstico de este paciente se daba, primero. Por la edad avanzada porque no es fácil diagnosticar una apendicitis en una persona de avanzada edad y lo segundo y mucho menos si no tengo signos clínicos que me indiquen que el paciente estaba cursando con una apendicitis, que de hecho en ninguna nota de evolución ellos describen signos de apendicitis.** Hay unos signos clínicos descritos en la literatura que tienen algunos epónimos que me indican a mí que el paciente puede cursar por una apendicitis (...) varios signos clínicos que como cirujanos son importantes 'para mí, pero en toda la historia clínica estos signos eran negativos para apendicitis (...) el examen clínico es examinar al

paciente todos los días y eso se queda consignado en una nota de evolución médica en la Historia Clínica y según esas notas de evolución el examen abdominal, cuando ellos examinaban el abdomen, pues ellos no le encontraban signos que sugieran una apendicitis.

Si realizaron otros estudios para verificar incluyen do la ecografía abdominal que no mostraba alteraciones, la radiografía de abdomen que lo que les mostraba era el cuadro de obstrucción intestinal. Ahora cuando hay peritonitis o apendicitis también hay alteraciones en los exámenes de sangre, en este caso, en el caso del señor, los paraclínicos, los exámenes de sangre no mostraban ninguna alteración, los revisados en la historia clínica no mostraban ninguna alteración. **El único examen que salió alterado fue el de creatinina que es un examen de función renal y esa creatinina elevada contraindica la realización del TAC. Ese TAC se solicitó por cirugía general, pero se contraindicaba realizarlo por la falla renal con la que cursaba el paciente en mención. Preguntado.** Que riesgos hubiera podido tener el paciente donde se le hubiera realizado el examen ordenado por el cirujano, en el sentido de si ponía en riesgo su vida o solamente la afectación de los riñones. **Contestó. si yo tengo una función renal alterada y yo hago administración de medio de contraste, ese medio de contraste que yo administró a través de las venas, ese medio de contraste tiene un metabolismo renal, ósea se va a metabolizar en los riñones y si yo tengo una falla renal aguda y le doy ese medio de contraste al paciente ese paciente empeora la falla renal y yo puedo pasar de una falla renal aguda a una falla renal crónica y puedo inclusive mandar a este paciente a una diálisis de por vida o una diálisis peritoneal que es gravísimo para un paciente, es decir, antes de hacer ese TAC se debía normalizar o por lo menos hacer un procedimiento de nefroprotección, porque si yo no hago ese proceso de nefroprotección y no corrijo la función renal puedo terminar en una hemodiálisis, es decir, hay una contraindicación inicial, si hay falla renal no puedo realizar una imagen diagnostica con medio de contraste porque puedo empeorar esa falla renal, entonces según lo que revise, el cirujano solicitó concepto por medicina interna para realizar los protocolos necesarios para proteger ese riñón y así poderlo llevar a su TAC de abdomen. Preguntado.** puede indicar que implicaciones y en que consiste una imagen de radiografía conocida como pila de monedas u obstrucción del intestino delgado y si es posible sus causas. **Contestó.** es una imagen en la radiografía de abdomen que se llama pila de monedas que lo describen ahí dentro de los hallazgos que se la radiografía que se realiza al paciente, la imagen en pila de monedas me indica como cirujano que el paciente está cursando con un cuadro de obstrucción abdominal, es una imagen sugestiva en la radiografía de abdomen que el paciente está cursando por un cuadro de obstrucción intestinal señor juez. **Preguntado.** esa imagen que usted no ha explicado es indicativa de peritonitis. **Contestó.** no señor juez realmente diagnosticar una peritonitis a través de una radiografía es muy difícil hacerlo, hay alguno signos clínicos n la radiografía de abdomen que me pueden indicar que un paciente está cursando con una peritonitis, una cosa que se llama neuroperitoneo que es la presencia de aire dentro de la cavidad abdominal, cuando hay neuroperitoneo me indica a mi como cirujano que hay una perforación en el intestino, en este caso, según lo que yo ley en la historia clínica la radiografía no mostraba neuroperitoneo, lo único que mostraba era distensión de asas, imagen en pila de monedas un cuadro con niveles hidroaéreos sugestivos de

obstrucción intestinal, pero que si esta radiografía me puede diagnóstica una peritonitis no señor juez, no lo puede hacer. **Preguntado.** teniendo en cuenta que TAC no se pudo realizar, considera usted que el tratamiento de peritonitis pudo ser tardó, inoportuno para prevenir un desenlace como el que tuvo este paciente. **Contestó.** no señor juez, pues es lo que yo ley la última valoración en el último reingreso del paciente, el cirujano que estaba de turno valora al paciente, lo encuentra con alteración en sus signos vitales, lo encuentra ya con alteración en el examen abdominales, alteración que no encontré en las evoluciones anteriores, sino la única alteración que encontré es en el último reingreso en ese momento el cirujano toma la conducta de llevar al paciente a cirugía a hacerle una laparotomía si no estoy mal ese mismo día el paciente es llevado a cirugía y hace el procedimiento que se debe realizar en estos casos ... lastimosamente la evolución en cuidado intensivo no fue favorable (...)”

10. CASO CONCRETO

72. Acude la parte actora a esta jurisdicción, con el fin de que se declare responsable administrativamente a la ESE HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO, con ocasión del deceso del señor AMELIO MORALES ALARCÓN (q.e.p.d), el cual ocurrió el 23 de septiembre de 2012.

73. Considera la parte demandante que el fallecimiento del señor MORALES ALARCÓN se produjo toda vez que no se atendieron los protocolos de la sintomatología integralmente, no se procedió con los procedimientos y tratamientos médicos, asistenciales y quirúrgicos adecuados, sino con acciones médicas alternativas no puntuales que empeoraron las condiciones de salud, al nivel de complejidad mayor y desenlace fatal. Sumado a que no se agotaron los protocolos existentes para el diagnóstico y manejo de la apendicitis aguda estuvo presente desde el ingreso al Hospital Regional de Sogamoso.

74. Por su parte, la postura del *A quo*, se encaminó a negar las pretensiones de la demanda por considerar que no se probó en el expediente que los servicios médicos prestados por la entidad demandada se hubiesen apartado de los protocolos y guías de manejo establecidas en las *lex artis* para casos como el que se analiza, pues le fueron realizados todos los exámenes y procedimientos de acuerdo a los síntomas que iba presentado

el paciente, razón por la cual, su actuar no se puede enmarcar como la causa eficiente del daño.

75. Atendiendo los anteriores parámetros, procede la Sala a efectuar el análisis del caso teniendo en cuenta los elementos necesarios para que se configure la responsabilidad de las entidades demandadas.

10.1 El daño.

76. Lo primero que debe señalarse es que no existe duda alguna sobre la existencia del daño, consistente en la muerte del señor AMELIO MORALES ALARCÓN (q.e.p.d.), aspecto que no es refutado por la demandada, y que se encuentra plenamente probado como da cuenta el registro civil de defunción expedido el 23 de septiembre de 2012 por la Notaría Primera de Sogamoso (fl. 39).

10.2 La imputación del daño.

77. A efectos de determinar si la entidad demandada incurrió en alguna falla por la cual eventualmente deben efectuar la reparación del daño sufrido por los demandantes, debe tenerse en cuenta en primer lugar que, bajo la posición actual del Consejo de Estado, la **carga de acreditar el incumplimiento del contenido obligacional, esto es, la falla en el servicio, radica en cabeza de los demandantes**, quienes a través de los medios probatorios autorizados por la ley y sin que exista tarifa legal al respecto, deben demostrar que la atención fue tardía, deficiente o inexistente.

78. Lo anterior, se reitera, no obsta para que **ante una situación de extrema dificultad o imposibilidad de acreditar por medios directos la atribución del daño, se haya aceptado la prueba indiciaria**, con la cual se busca alcanzar, si no certeza, un grado suficiente de probabilidad para adelantar el juicio de imputación.

79. Con relación al caso concreto, y con el fin de establecer si el daño es imputable o no la ESE HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO por la presunta falla en el servicio médico alegada por los accionantes, la Sala procederá a analizar el material probatorio obrante en el plenario, así:

80. De la historia clínica que reposa en el expediente expedido por el Hospital Regional de Sogamoso, así como de los demás medios de prueba a los cuales ya se hizo alusión, se constató que, el señor AMELIO MORALES ALARCON el 6 de septiembre de 2012 ingresó por el servicio de urgencias al Hospital demandado, por presentar dolor abdominal tipo cólico, náuseas y vómito, razón por la cual, el médico que recibió al paciente, **el mismo día de ingreso** solicitó que se le realizaran exámenes como cuadro hemático, glicemia, amilasa, parcial de orina, entre otros.

81. Una vez se obtuvieron los **resultados correspondientes, los cuales fueron favorables** según se advierte en la historia clínica del paciente y así lo reafirmó el perito en la audiencia de pruebas, se le dio la salida **con orden de endoscopia**. Además, también como se extrae del citado documento y del relato del perito, el paciente refirió sentirse bien, toleró vía oral, estaba sin signos de sangrado digestivo alto y su evolución fue favorable y dejando anotación de no presentar irritación peritoneal.

82. Posteriormente, 5 días después de la consulta inicial, esto es el 11 de septiembre de 2012, ingresó nuevamente por urgencias al Hospital Regional de Sogamoso refiriendo dolor abdominal y 7 días sin deposición. En esta oportunidad, observa la Sala que según quedó plasmado en la epicrisis, además de que fue valorado por el médico general **también lo fue por el cirujano general** y de acuerdo con el examen físico que **efectivamente se le realizó el abordaje que se dio a los síntomas que presentaba de una obstrucción intestinal**.

83. Nótese que en este re- consulta **fue revisado por el cirujano general, es decir, por el especialista**, que se encontraba de turno en el servicio de urgencias quien tuvo como impresión diagnóstica una de obstrucción abdominal, por lo que, **ese mismo día inició manejo para dicha patología, solicitando una ecografía abdominal total y fue hospitalizo.**

84. Del mismo modo, se advierte en la historia clínica del paciente que el mismo 11 de septiembre de 2012 se obtuvo el resultado de la ecografía que se le realizó al señor AMELIO MORALES, del cual, observó el cirujano tratante que tenía abdomen distendido con dolor a la palpación, **pero sin irritación peritoneal**, lo cual, quedó consignado en las notas de evolución de la historia clínica. Igualmente se anotó en la epicrisis que presentaba una alteración renal o función renal elevada y mejoría del dolor según análisis del paciente.

85. El 12 de septiembre de 2012, (día siguiente a la realización de la ecografía) el cirujano general le solicitó un TAC abdominal con contraste al paciente, con el fin de determinar la causa de la obstrucción intestinal que mostró la radiografía inicial. A su vez, solicitó valoración por medicina interna con el fin de que se diera concepto con ocasión de una contraindicación que presentaba el paciente, derivada de una alteración renal aguda, que, de no tenerse en cuenta, en ese momento hubiera podido generar un mal irreversible para los riñones del señor Morales Alarcón, tal como lo explicó claramente el perito en los siguientes términos:

“(…). El único examen que salió alterado fue el de creatinina que es un examen de función renal y esa creatinina elevada contraindica la realización del TAC. Ese TAC se solicitó por cirugía general, pero se contraindicaba realizarlo por la falla renal con la que cursaba el paciente en mención.

(...)

si yo tengo una función renal alterada y yo hago administración de medio de contraste, ese medio de contraste que yo administró a



Accionante: Belén Amézquita Sierra de Morales y otros
Accionado: Hospital Regional de Sogamoso ESE
Expediente: 152383339751 2014 00049 01
Reparación Directa – sentencia de 2ª instancia

través de las venas, ese medio de contraste tiene un metabolismo renal, ósea se va a metabolizar en los riñones y si yo tengo una falla renal aguda y le doy ese medio de contraste al paciente ese paciente empeora la falla renal y yo puedo pasar de una falla renal aguda a una falla renal crónica y puedo inclusive mandar a este paciente a una diálisis de por vida o una diálisis peritoneal que es gravísimo para un paciente, es decir, antes de hacer ese TAC se debía normalizar o por lo menos hacer un procedimiento de nefroprotección, porque si yo no hago ese proceso de nefroprotección y no corrijo la función renal puedo terminar en una hemodiálisis, es decir, hay una contraindicación inicial, si hay falla renal no puedo realizar una imagen diagnóstica con medio de contraste porque puedo empeorar esa falla renal, entonces según lo que revise, el cirujano solicitó concepto por medicina interna para realizar los protocolos necesarios para proteger ese riñón y así poderlo llevar a su TAC de abdomen.

86. Ahora bien, tal como se lee en las notas de evolución entre los días 12, 13 y 14, de septiembre de 2012, el paciente siempre refirió sentirse bien, en buen estado general, dolor abdominal leve o en algunos momentos negó sentir dicho dolor, evolución adecuada, signos vitales dentro de los parámetros, por lo que, si bien continuaba con la patología diagnosticada de obstrucción intestinal, durante el transcurso de tales días, no se observa en la historia clínica, que su estado de salud se hubiera agravado como para que el equipo médico hubiera pensado que se trataba de una peritonitis, como lo pretende mostrar el apoderado de los demandantes.

87. En efecto, no se evidencia que en las notas de evolución correspondientes a los días mencionados, los galenos hubieran encontrado irritación peritoneal, lo cual, en criterio del perito, hacia descartar la necesidad de pasar al paciente a cirugía:

Veamos:

*Ahora si yo me ciño a las notas de evolución de cirugía general, en todas las notas de evolución que yo revisé, durante la hospitalización del señor, **en ningún momento hubo alteración en los signos vitales** y una cosa muy importante*

para mí como cirujano o para nosotros los cirujanos es el examen físico abdominal, cuando uno examina el abdomen hay algunos signos clínicos que le indican al cirujano que debe intervenir de forma temprana o debe realizar alguna cirugía e determinado paciente. Según lo revisado en la historia, el examen abdominal del señor no mostraba signos de irritación peritoneal que son signos que encontramos los cirujanos cuando examinamos el abdomen, que nos indica que un paciente debe ser llevado a cirugía en el examen físico, como en ninguna de las anotaciones de la evolución, tanto de cirugía como de medicina interna, como de medicina general, notas que yo revise, en ningún momento, ningún médico menciona estos signos de irritación peritoneal.”

88. En las anteriores condiciones, al no encontrar en los exámenes físicos realizados al paciente por parte del grupo de médicos que lo atendían, signos indicativos de que debía ser llevado a cirugía, el paso a seguir era continuar con el manejo médico correspondiente, como en efecto ocurrió, pues si la evolución clínica del paciente era favorable, no habría justificación para llevarlo a un procedimiento invasivo y drástico como es una cirugía que de por sí, siempre trae riesgos para el paciente, circunstancia que también aclaró el perito “*Si la evolución clínica es favorable pues yo como cirujano no puedo ir a hacer una cirugía, si la clínica del paciente así no me lo indica”*.”

89. De otra parte, es importante mencionar que, de la epicrisis analizada se advierte que desde el mismo día de ingreso del paciente al ente hospitalario demandado, el manejo que se le dio a la patología diagnosticada al señor MORALES ALARCÓN, esto es, obstrucción intestinal, fue ordenar exámenes paraclínicos, así como se imágenes diagnósticas con el fin de encontrar su causa y ordenar el procedimiento a seguir , tales como: cuadro hemático, glicemia, parcial de orina, RX abdomen, se ordenó administración de líquidos y sonda nasogástrica.

90. Lo anterior, resulta de vital importancia toda vez que, de conformidad con el dictamen del perito y su sustentación, en casos como el que cursaba el paciente de obstrucción intestinal,

dentro del manejo que se debe dar a esta patología está la sonda nasogástrica, líquidos endovenosos, analgencia, protección gástrica y toma de paraclínicos tanto en sangre como imagenológico, radiografía de abdomen.

91. Es claro entonces para la Sala que, el cuerpo médico siempre abordó la patología diagnosticada al paciente conforme a las guías médicas correspondientes, ordenando los exámenes pertinentes como paraclínicos, radiografías y ecografías, los cuales, además, arrojaron resultados confirmatorios del diagnóstico de obstrucción intestinal, y así lo verificó el medico perito en la diligencia de sustentación de su informe, en los siguientes términos:

*“(…) Asimismo, revise todos los exámenes tanto paraclínicos como de radiografías y de ecografía que se tomaron en el hospital, hemograma normal, **una radiografía que se hizo de abdomen que confirmaba el pronóstico hecho por el cirujano de ingreso que era una obstrucción intestinal, una ecografía de abdomen que se realizó que no mostraba liquido libre y no mostraba otros hallazgos diferentes a los de una obstrucción que son una distensión de asas delegadas**, si mostraba alteración en a la función renal con elevación de un examen que se llama la creatinina que lo que hace el evaluar la función renal del paciente, esa función renal si se encontraba elevada y debido a esto y debido a las comorbilidades que tenía el paciente que era una enfermedad pulmonar crónica, un antecedente de colecistectomía y una antecedente de una osteomielitis, el cirujano solicita una valoración y un concepto por otra especialidad que es la especialidad de medicina interna, pues para ayudar en el manejo de estas comorbilidades.”*

92. Con lo hasta aquí expuesto, no hay duda para la Sala que desde el momento del ingreso del señor AMELIO MORALES ALARCÓN al Hospital Regional de Sogamoso, de un lado, recibió el tratamiento correspondiente a la sintomatología por él mismo referida, que generó una impresión diagnóstica de obstrucción intestinal, y de otro, se le autorizaron y practicaron todos los exámenes y procedimientos que tal como lo aseguró el perito, eran los indicados para tratar su caso particular, conforme a los síntomas manifestados los cuales confirmaron el diagnóstico inicial.

93. Así mismo, de los documentos que reposan en el expediente, se evidencian las anotaciones y observaciones correspondientes al seguimiento efectuado al paciente desde la fecha de su ingreso al hospital, documentos de los que se destaca en términos generales que, el paciente siempre fue valorado constantemente por los médicos y diferentes especialistas que se encontraban de turno quienes ordenaron la práctica de los exámenes de acuerdo a su estado de salud, y que durante los primeros días de hospitalización se encontraba estable, alerta, orientado, no refería dolor o leve dolor, hemodinamicamente estable, lo que claramente evidencia que el paciente tuvo monitoreo, valoración y manejo permanente y que sus condiciones no fueron crónicas desde el ingreso al Hospital.

94. Ahora bien, no pasa por alto la Sala que se encuentra plenamente acreditado que el señor AMELO MORALES ALARCÓN el 15 de septiembre de 2012 decidió retirarse por su propia cuenta la sonda nasogástrica, no permitió que le pusieran oxígeno, ni aceptó ningún procedimiento y además decidió en forma voluntaria salir del hospital pese a los riesgos que dicha decisión implicaba.

95. Si bien para la Sala no es posible establecer con certeza que la anterior decisión fue la causa exclusiva el agravamiento en el estado de salud del paciente, si es posible manifestar que con tal conducta el señor MORALES ALARACÓN interrumpió los procedimientos y tratamientos que se le estaban proporcionado, hecho que pudo haberlo puesto en una situación de salud más grave a la que cursaba en el hospital. Es cierto que solo estuvo fuera del ente hospitalario 24 horas, pero en dicho lapso no recibió ningún procedimiento, ni tratamiento, ni medicación, ni fue valorado y monitoreado por los médicos, circunstancia que bien pudo ser la causa de que su estado de salud se deteriorará, a tal punto que el 16 de septiembre de 2012 tuvo que regresar al Hospital de Sogamoso,

encontrándose ya, con sus signos vitales alterados y con síntomas más graves, lo que llevó al cirujano a tomar la decisión de ingresarlo a cirugía.

96. El mismo día de reingreso (16 de septiembre de 2012) el paciente fue llevado a cirugía en donde se encontró una apendicitis con peritonitis, además de la obstrucción abdominal diagnosticada inicialmente, lo que, en palabras del perito, permite concluir que el señor MORALES ALARCÓN tuvo dos patologías una obstrucción intestinal y una apendicitis aguda con peritonitis, sin que esta última hubiera sido diagnosticada desde el principio, en tanto, como ya se dijo, ni los exámenes físicos realizados al paciente, ni los paraclínicos, ni las imágenes diagnósticas mostraron síntomas o signos que llevaran a pensar a los médicos y especialistas que el paciente estuviera cursando por una apendicitis.

Al respeto, manifestó el medico perito, lo siguiente:

Ahora, vuelvo y repito señor juez, si el paciente en algún momento la evolución es tórpida que presente alteración de los signos vitales o que el examen abdominal me muestre signos de irritación peritoneal pues el paciente debe ser llevado a cirugía.

En el caso de que una obstrucción genere una perforación al intestino, pues el paciente va a hacer algún tipo de alteración en el examen abdominal y en ese momento debe intervenir de forma inmediata si hay alteración en el examen abdominal, si no hay alteración en el examen abdominal se deben tomar otra serie de exámenes para mirar la causa de la obstrucción, en este acaso se realizó la radiografía, la ecografía y se solicitó el TAC, lastimosamente la tomografía, que me parece una buena conducta por parte del cirujano, no se pudo realizar dado que el paciente cursaba con una falla renal aguda e impedía darle medio de contraste en ese momento, entonces en este caso tuvo dos patologías una obstrucción intestinal y una apendicitis aguda con peritonitis. ¿ahora en que momento desarrolló la apendicitis? difícil saberlo señor juez, no sé si desde el primer momento del ingreso o lo desarrollo en el último día de hospitalización.

97. Tampoco se puede pasar por inadvertido el hecho que el

señor Amelio Morales era una persona de 75 años de edad que, de un lado, presentaba antecedentes – comorbilidades- de Gastritis crónica, EPOC oxígeno dependiente e Hipotiroidismo, las cuales hacían más difícil el diagnóstico de una posible apendicitis, pero tal como aseguró el perito en la sustentación de su dictamen y como se evidencia en la historia clínica del paciente, todos los posibles signos de una apendicitis en el señor AMELIO MORALES eran negativos, pues se reitera, que según las pruebas analizadas se realizaron estudios para verificar la patología incluyendo la ecografía abdominal que no mostraba alteraciones, la radiografía de abdomen que lo que les mostraba era el cuadro de obstrucción intestinal.

En torno a este punto el perito de refirió de la siguiente manera:

El difícil diagnóstico de este paciente se daba, primero. Por la edad avanzada porque no es fácil diagnosticar una apendicitis en una persona de avanzada edad y lo segundo y mucho menos si no tengo signos clínicos que me indiquen que el paciente estaba cursando con una apendicitis, que de hecho en ninguna nota de evolución ellos describen signos de apendicitis. Hay unos signos clínicos descritos en la literatura que tienen algunos epónimos que me indican a mí que el paciente puede cursar por una apendicitis (...) varios signos clínicos que como cirujanos son importantes 'para mí, pero en toda la historia clínica estos signos eran negativos para apendicitis (...) el examen clínico es examinar al paciente todos los días y eso se queda consignado en una nota de evolución médica en la Historia Clínica y según esas notas de evolución el examen abdominal, cuando ellos examinaban el abdomen, pues ellos no le encontraban signos que sugieran una apendicitis."

98. Finalmente es preciso mencionar que, el señor AMELIO MORALES para la fecha en que ingresó por urgencias al Hospital Regional de Sogamoso, esto es, el 11 de septiembre de 2012, tenía un antecedente de colecistectomía, es decir, había tenido una cirugía en la que se le retiró la vesícula biliar por presentar una obstrucción en la misma, procedimiento que en un gran porcentaje de pacientes genera obstrucciones

intestinales posteriores a dicha cirugía, hecho que ayudó para dar certeza al cirujano que atendió al señor MORALES por servicio de urgencias en su primer ingreso en su diagnóstico de obstrucción intestinal, descartando otra patólogo como una apendicitis.

En efecto, el perito se refirió a dicho antecedente de la siguiente manera:

*“(…) **Preguntado.** podría ilustrar al Despacho si esa obstrucción intestinal que usted señala presentaba el paciente en su primer ingreso, necesariamente conlleva a una peritonitis y que estuviera perforada. Puede explicar ese aspecto por favor. **Contestó.** una de las principales causas de obstrucción abdominal, son las adherencias intestinales que se forman cuando yo hago una cirugía, cuando yo hago una cirugía en el abdomen no solo se forma una cicatriz externa, **sino hay cicatrices internas que se llaman bridas intestinales y la principal causa de obstrucción intestinal o lo que se sospechó en este paciente era que fuera secundario a una brida, porque el paciente tenía antecedente de una colecistectomía, es decir, una obstrucción de la vesícula biliar, al haber ese antecedente lo que hizo pensar al cirujano, un gran porcentaje de pacientes 70% o 80% de los pacientes con cuadros de obstrucción intestinal, la causa son adherencias intestinales y cuando son adherencias intestinales, la gran mayoría de esos pacientes responden al manejo médico, es decir, sin necesidad de ningún tipo de intervención quirúrgica, entonces a este paciente se le sospechó una obstrucción por bridas y se le inició el manejo adecuado.***

99. Adicionalmente, del recuento probatorio que antecede es posible inferir con grado de certeza que, contrario a lo que manifiesta la parte demandante no se presentó error en el diagnóstico, por lo siguiente:

100. Luego de haber transcurrido un corto tiempo de haber ingresado el señor AMELIO MORALES ALARCÍN por el servicio de Urgencias al Hospital Regional de Sogamoso, el cirujano general que se encontraba de turno realizó un diagnóstico expedito y oportuno de conformidad con, **primero los síntomas que traía el paciente**, y segundo teniendo en cuenta **los resultados que arrojaron los exámenes que le fueron practicados al ingresar al ente hospitalario** pues tal

como se indicó en las anotaciones de la historia clínica parcialmente transcrita, y del dictamen pericial allegado al expediente, el resultado de los paraclínicos, exámenes de sangre, radiografía abdominal y ecografía abdominal que se le realizaron al paciente y la valoración física efectuada por los cirujano, no mostraron signos, ni síntomas que permitieran indicar que la patología del paciente fuera una apendicitis, por el contrario, fueron concluyente en el sentido de indicar que se trataba de una obstrucción intestinal, aunado al antecedente de colecistectomía, lo que ratificaba tal diagnóstico.

101. Igualmente no se puede perder de vista que fue por la misma valoración adecuada y la actuación oportuna realizada por el cirujano tratante, que se le ordenó la toma de un TAC abdominal, el cual, si bien es cierto no se pudo realizar, también lo es que, no fue por causa atribuible a la entidad hospitalaria demandada, sino por una situación eminentemente clínica del paciente, situación que, por resultar de gran riesgo y complejidad en su salud, hacía necesario, previo a su realización iniciar un protocolo para proteger otros órganos vitales del paciente como eran los riñones, tal como en forma responsable y diligente se realizó por parte de las especialidades de cirugía y medicina interna de la institución.

102. Sin embargo, el citado protocolo y/o procedimiento no pudo ser concluido debido a la decisión intempestiva y voluntaria del paciente de abandonar el hospital al cual tuvo que re ingresar 24 horas después cuando ya sus signos vitales no se encontraban en buenas condiciones, por lo que, fue llevado de urgencia a cirugía en la que finalmente, además de hallarse la obstrucción intestinal diagnosticada desde el principio, se encontró la peritonitis a la que se ha hecho referencia.

103. En las anteriores condiciones, considera la Sala que tal como lo adujo el juez de primera instancia, del material

probatorio obrante en el expediente no es posible colegir que la entidad demandada hubieran incurrido en una deficiencia en la prestación del servicio médico o, como lo señala la parte actora en un error en el diagnóstico o falta de aplicación adecuada de las guías médicas correspondientes, en tanto, como quedó establecido el señor AMELIO MORALES ALARCÓN fue atendido en forma rápida y oportuna, practicándole los exámenes pertinentes con el fin de hacer un diagnóstico asertivo e iniciar el tratamiento correspondiente, tomando en consideración las guías para manejo de la patología diagnosticada.

104. Adicionalmente, no observa la Sala prueba alguna allegada por la parte demandante, que permita colegir una deficiencia en la prestación del servicio médico por parte de la ESE Hospital Regional de Sogamoso, tampoco se evidenció negligencia en el actuar de los médicos que atendieron el caso analizado, ni mucho menos la falla en el servicio endilgada a las entidades demandada.

105. En consecuencia, tal como lo consideró el juez de primera instancia, no encontrándose acreditada la existencia de una falla médica en el presente caso, no es posible endilgar la responsabilidad del daño a las entidades accionadas, razón por la cual se confirmará la sentencia impugnada.

106. En este punto, es importante aclarar que si bien es cierto la Sala procederá a confirmar la sentencia de primera instancia en tanto no se encontró probada la falla en el servicio por parte del ente hospitalario demandado, también lo es que, contrario a lo afirmado por el *A quo* tampoco se advierte configurada la causal eximente de responsabilidad “*culpa exclusiva de la víctima*”, pues en criterio de esta corporación y teniendo en cuenta el material probatorio analizado, el hecho que el señor AMELIO MORALES ALARCÓN hubiera decidido por su cuenta y riesgo abandonar el Hospital Regional de Sogamoso, salida que dicho



Accionante: Belén Amézquita Sierra de Morales y otros
Accionado: Hospital Regional de Sogamoso ESE
Expediente: 152383339751 2014 00049 01
Reparación Directa – sentencia de 2ª instancia

sea de paso solo duro 24 horas, no fue la causa eficiente y determinante del daño, esto es, su fallecimiento.

107. Así las cosas, se **REVOCARÁ PARCIALMENTE** el numeral primero de la sentencia de primera instancia en cuanto no se probó la causal eximente de responsabilidad “culpa exclusiva de la víctima” y será confirmada en todo lo demás.

COSTAS

108. En el sub examine, la Sala se abstendrá de condenar en costas y agencias en derecho a la parte demandante, toda vez que, *conforme al artículo 365 del CGP. “1. Se condenará en costas a la parte vencida en el proceso, o a quien se le resuelva desfavorablemente el recurso de apelación, casación, queja, suplica, anulación o revisión que haya propuesto...”* también, *precisa el numeral 3º de esta misma norma que habrá condena en costas en segunda instancia cuando el superior confirme totalmente la del inferior.*

Como en este caso el numeral primero de la sentencia será revocado parcialmente, en lo que corresponde a uno de los medios exceptivos y, que alude a la existencia de una causa extraña – culpa exclusiva de la víctima – que no fue probada, no se condenará en costas.

En mérito de lo expuesto, la Sala N° 5 del Tribunal Administrativo de Boyacá, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

FALLA:

PRIMERO: REVOCAR PARCIALMENTE el numeral primero de la sentencia del 13 de febrero de 2019, proferida por el Juzgado Segundo Administrativo del Circuito de Sogamoso, en cuanto no se probó la causal eximente de responsabilidad “culpa exclusiva de la víctima”; razón por la cual quedará así:



Accionante: Belén Amézquita Sierra de Morales y otros
Accionado: Hospital Regional de Sogamoso ESE
Expediente: 152383339751 2014 00049 01
Reparación Directa – sentencia de 2ª instancia

“(…) **Primero.** Declarar fundadas las excepciones de mérito denominadas “falta de causa para promover la acción y falta de causa petendi” propuestas por el Hospital Regional e Sogamoso”

SEGUNDO: Sin condena en **COSTAS** en ambas instancias.

TERCERO: CONFIRMAR en lo demás, la sentencia del 13 de febrero de 2019, proferida por el Juzgado Segundo Administrativo del Circuito de Sogamoso.

CUARTO: Una vez en firme la presente providencia, por Secretaría envíese el expediente al despacho de origen.

Esta providencia fue estudiada y aprobada por la Sala en sesión de la fecha.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



ÓSCAR ALFONSO GRANADOS NARANJO
Magistrado



FÉLIX ALBERTO RODRÍGUEZ RIVERO
Magistrado

AUSENTE – CON PERMISO
FABIO IVÁN AFANADOR GARCÍA
Magistrado