



**TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA
SECCIÓN TERCERA
SUBSECCIÓN C**

MAGISTRADO PONENTE: JOSÉ ÉLVER MUÑOZ BARRERA

Bogotá D.C., tres (3) de marzo de dos mil veintiuno (2021)

Referencia	11001-33-31-722-2012-00084-01
Sentencia	SC3-21032860
Acción	REPARACIÓN DIRECTA
Demandante	FABIO MONTOYA PULIDO Y OTROS
Demandado	HOSPITAL DE FONTIBÓN ESE II NIVEL Y OTROS
Tema	Prestación del servicio médico ginecobstétrico. Muerte de madre menor de edad. Úlcera gástrica perforada y posterior peritonitis que no provino de la atención médica brindada en el servicio ginecobstétrico. Infección de origen abdominal. No se acreditó la falla en el servicio. Confirma la sentencia de primera instancia.

Procede la Sala a proferir sentencia de segunda instancia en el proceso de la referencia.

I. ANTECEDENTES.

1. La demanda y la subsanación.

El 21 de noviembre de 2011, la parte actora presentó solicitud de conciliación prejudicial donde se convocó a audiencia de conciliación al Hospital de Fontibón ESE II Nivel y al Hospital Occidente de Kennedy III Nivel. La audiencia se llevó a cabo el 23 de enero de 2012. El 27 de enero del mismo año se emitió la correspondiente constancia (fl. 38-40, c. 2).

El 20 de febrero de 2012 la parte actora presentó demanda de reparación directa contra el Hospital de Fontibón ESE II Nivel y el Hospital Occidente de Kennedy ESE IV Nivel con el fin de que se declararan administrativa y extracontractualmente responsables, y se condenaran a indemnizar los perjuicios materiales e inmateriales que les fueron ocasionados, por la muerte de la menor Lina María Montoya Ramírez el pasado 24 de diciembre de 2009, como consecuencia de presuntas fallas en la prestación del servicio médico.

Expresamente se solicitó:

Primera. Declarar administrativa y patrimonialmente responsables de los perjuicios materiales y morales causados a los demandantes, **FABIO MONTOYA PULIDO** identificado con la C.C. No. 91.273.333 de Bucaramanga, **OLGA ESPERANZA RAMÍREZ** identificada con la CC. No. 52.323.913 de Bogotá, quienes actúan en nombre y representación de sus hijos **JEISON STICK MONTOYA RAMÍREZ**, **VALERIN MONTOYA RAMÍREZ** y de su nieta **MARÍA ALEJANDRA MAHECHA MONTOYA** y **ROSALBA GARCÍA BELTRÁN** identificada con la C.C. No. 20.351.232 de Albán (Cund.), por la falla del servicio médico asistencial en que incurrieron cada una de las entidades hospitalarias, hechos y omisiones que provocaron el fallecimiento de la menor **LINA MARÍA MONTOYA RAMÍREZ** el 24 de diciembre de 2009 en el Hospital de Kennedy ESE III Nivel.

Segundo. Condenar en consecuencia a los Hospitales de Fontibón ESE II Nivel y Occidente de Kennedy ESE III Nivel a la reparación del daño material, del perjuicio

moral y del daño a la vida en relación ocasionado a cada uno de los actores, perjuicios que se estiman en la suma de **UN MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y CUATRO MILLONES DE PESOS M/cte.)** o conforme a lo que resulte probado dentro del proceso, daños de orden patrimonial y extrapatrimonial que se descomponen de la siguiente manera:

a) Por perjuicios materiales en la modalidad de lucro cesante, el ingreso que su hija **MARÍA ALEJANDRA MAHECHA MONTOYA** deja de percibir desde la muerte de su menor madre **LINA MARÍA MONTOYA RAMÍREZ** hasta el momento en que cumpla 25 años, aplicando para el efecto las fórmulas acogidas por la jurisprudencia del Consejo de Estado.

b) Los perjuicios morales el equivalente a **CIEN (100) SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES** para los padres y para la hija, y el equivalente a **CINCUENTA (50) SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES** para los hermanos y la abuela, para un total por este concepto de **CUATROCIENTOS (450) SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES.**

c) Por daño a la vida de relación, representado en la alteración de las condiciones materiales de existencia, el equivalente a **TRESCIENTOS (300) SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES** para los padres y para la hija, y el equivalente a **DOSCIENTOS (200) SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES** para los hermanos y la abuela, para un total por este concepto de **MIL QUINIENTOS (1.500) SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES.**

Tercera. Las condenas respectivas serán actualizadas de conformidad con lo previsto en el Art. 178 del C.C.A, aplicando para el efecto la variación mensual del índice de precios al consumidor, desde la fecha de la ocurrencia de los hechos hasta la de ejecutoria del correspondiente fallo definitivo.

Cuarta. La parte demandada dará cumplimiento a la sentencia, en los términos de los Arts. 176 y 177 del C.C.A.”

Como fundamento de las pretensiones señaló la parte actora que para el año 2009, la menor Lina María Montoya Ramírez, de 17 años, cursaba el grado décimo (10°) de bachillerato y trabajaba en el piqueteadero de su padre Fabio Montoya Pulido, cuando quedó en estado de embarazo.

Indicó que la menor inició trabajo de parto el 20 de noviembre de 2009 y fue trasladada en una ambulancia de la Secretaría de Salud al Hospital de Fontibón ESE II Nivel, donde dio a luz por parto vaginal a la menor María Alejandra Mahecha Montoya.

Aseguró que trasladada a una habitación de recuperación, Lina María manifestó a sus familiares que tenía un fuerte dolor abdominal y una extraña inflamación en el estómago, sin embargo, aunque estas dolencias fueron puestas en conocimiento del personal de salud, los mismos señalaron que eran síntomas normales del postparto.

Afirmó que tras varios días con persistencia de dolor abdominal agudo, los médicos del Hospital

de Fontibón ESE II Nivel decidieron practicar exámenes a la menor madre y someterla a valoración por médico cirujano, sin informar a sus familiares sobre su verdadera condición de salud.

Arguyó que después de la valoración por la especialidad de cirugía, el médico determinó que la menor Lina María Montoya Ramírez debía ser sometida a cirugía por el área de ginecología.

Sostuvo que previo a la cirugía, la menor madre fue sometida a una Paracentesis donde se le encontró un líquido abdominal extraño. Debido a su grave estado de salud, el médico internista Omar Velandia ordenó la remisión inmediata de Lina María a un Hospital de III Nivel que contara con unidad de cuidados intensivos (UCI).

Señaló que transcurrió un día sin que la menor madre fuera trasladada a otro centro médico y aunque los médicos ginecólogos indicaban a sus familiares la necesidad de intervenir quirúrgicamente a la menor de forma inmediata, el médico anestesiólogo se negó a realizar el procedimiento en un Hospital de II Nivel.

Alegó que Lina María Montoya Ramírez fue trasladada al Hospital Occidente de Kennedy III Nivel con el diagnóstico de: "ABDOMEN AGUDO, PERITONITIS NO ESPECIFICADA, EDEMA GESTACIONAL, CON PROTEINURIA, PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO, PRESENTACIÓN CEFÁLICA DE VÉRTICE Y SEPSIS PUERPERAL" otorgado por el Hospital de Fontibón.

Indicó que una vez internada en el Hospital de III Nivel y habiéndose practicado la cirugía prevista, se diagnosticó a la menor con "SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL PRODUCIDA POR UNA PERFORACIÓN DE ÚLCERA DUODENAL" por lo que fue llevada a la unidad de cuidados intensivos (UCI), donde finalmente falleció el 24 de diciembre de 2009 por un paro cardíaco en ritmo de asistolia desencadenado por sepsis multiorgánica.

Consideró la parte actora que la muerte de la menor Lina María Montoya Ramírez fue producto de una falla en el servicio médico hospitalario teniendo en cuenta que i) los galenos no fueron diligentes en la práctica de los exámenes y valoraciones que requería la víctima y que debieron hacerse desde el mismo momento de la sintomatología, ii) hubo falla en los protocolos de higiene del Hospital lo que conllevó a que adquiriera la sepsis puerperal y iii) hubo falta de disponibilidad de una cama de unidad de cuidados intensivos (UCI) en la ciudad de Bogotá por lo que el traslado que debió realizarse inmediatamente no pudo efectuarse sino hasta el día después.

2. Actuación procesal en primera instancia.

El 7 de marzo de 2012, el Tribunal Administrativo de Cundinamarca – Sección Tercera – Subsección B inadmitió la demanda (fl. 25, c. 1). Mediante auto del 25 de abril del mismo año, se declaró la falta de competencia de esta Corporación para conocer sobre el asunto y se remitió el expediente a los Juzgados Administrativos de Bogotá por la cuantía del proceso (fls. 33-35, c. 1).

El 26 de junio y el 6 de agosto 2012, el Juzgado 22 Administrativo de Descongestión del Circuito Judicial de Bogotá inadmitió la demanda de la referencia (fls. 38, 65 y 66, c. 1). El 25 de septiembre siguiente el a quo admitió la demanda (fl. 76, c. 1).

Una vez surtido el trámite de notificación por aviso (fls. 81 y 82, c. 1), el Hospital Occidente de

Kennedy ESE III Nivel contestó la demanda en oportunidad y propuso como excepciones: i) fuerza mayor y/o caso fortuito, ii) falta de agotamiento del requisito de procedibilidad y la iii) inexistencia de responsabilidad extracontractual. También solicitó llamamiento en garantía de La Previsora S.A. Compañía de Seguros (fls. 83-95, c. 1).

El Hospital de Fontibón ESE II Nivel contestó la demanda extemporáneamente por lo que mediante auto del 8 de octubre de 2013 se tuvo por no contestada (fls. 173 y 174, c. 1).

A través de providencia del 11 de junio de 2013 se aceptó el llamamiento en garantía presentado por el Hospital de Kennedy y se ordenó notificar personalmente a Le Previsora S.A. Compañía de Seguros (fls. 120 y 130, c. 1). La notificación personal de la aseguradora se surtió el 22 de agosto del mismo año (fl. 136, c. 1).

La llamada en garantía contestó la demanda el 29 de agosto de 2013 donde propuso como excepciones: i) inexistencia de prueba del daño moral y del daño a la vida en relación causado a los demandantes, ii) ausencia de responsabilidad del asegurado, iii) inexistencia de los elementos generadores de la responsabilidad y iv) límites de la cobertura (fls. 139-156, c. 1).

Con auto del 3 de diciembre de 2013, se profirió auto decretando las pruebas solicitadas por las partes (fls. 184-186, c. 1).

De conformidad con lo establecido en el acuerdo No. CSBTA 15-442 del 10 de diciembre de 2015, el expediente fue remitido al Juzgado 61 Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá (fl. 275, c. 1).

El 17 de agosto de 2018 se dio por terminada la etapa probatoria y se corrió traslado a las partes para que alegaran de conclusión (fl. 329, c. 1).

La parte actora presentó alegatos de conclusión el 3 de septiembre de 2018 (fls. 331-340, c. 1). La Previsora S.A. Compañía de Seguros ejerció su derecho el 5 de septiembre del mismo año (fls. 341-352, c. 1).

Los Hospitales Fontibón ESE II Nivel y Occidente de Kennedy ESE III Nivel, ahora Subred Integrada de Servicios de Salud Sur – Occidente E.S.E., no alegaron de conclusión.

El Ministerio Público tampoco rindió concepto.

3. Sentencia de primera instancia.

El 17 de junio de 2019, el Juzgado 61 Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá D.C. profirió sentencia de prima instancia donde resolvió (fls. 359-373, c. 5):

“PRIMERO: DECLARAR de oficio la indebida representación y la falta de agotamiento del requisito de procedibilidad de conciliación respecto de Jeison Stick Montoya Ramírez conforme a la parte motiva de este proveído.

SEGUNDO: NEGAR las pretensiones de la demanda de conformidad con lo expuesto dentro de la parte motiva de la presente providencia.

TERCERO: Sin condena en costas en esta instancia.

CUARTO: Ejecutoriada la sentencia, remítase el expediente a la oficina de apoyo de los Juzgados Administrativos del Circuito Judicial de Bogotá para la liquidación de los gastos del procesales y devolución de los remanentes si los hubiere.

QUINTO: Cumplido lo anterior, por Secretaría archívese el expediente.”

En primer lugar, señaló el a quo que se acreditó que Jeison Stick Montoya Ramírez era hermano de la víctima directa. Sin embargo, teniendo en cuenta que demostró que al momento de la presentación de la demanda el mismo contaba con 18 años, debía incoar la demanda y agotar el trámite de conciliación prejudicial por sí mismo y no a través de su padre, por lo que se encontró configurada su indebida representación.

Sobre el fondo del asunto, indicó que aunque se probó el daño antijurídico ocasionado a los demandantes consistente en la muerte de la menor Lina María Montoya Ramírez, no se demostró que el mismo hubiera sido consecuencia de una falla en la prestación del servicio médico.

Sostuvo que en el dictamen pericial allegado al expediente se concluyó que el personal de salud que brindó el servicio a la menor madre era idóneo y no se aportó prueba alguna que controvertiera dicha conclusión, ni que indicara que el material quirúrgico empleado en los Hospitales de Fontibón y Kennedy ESE no cumpliera con los protocolos de esterilización.

Argumentó que no se acreditó que el diagnóstico de “ABDOMEN AGUDO CON SOSPECHA DE PERITONITIS” fuera tardío, pues conforme lo probó la historia clínica, el diagnóstico obedeció a la presencia y avance de la sintomatología de la víctima y los diferentes exámenes que se realizaron para su localización, aunado a que se demostró que los galenos impusieron restricción de dieta a la menor y fue la misma Lina María quien rompió con las directrices prescritas por los médicos tratantes.

Indicó que no obraba medio probatorio que permitiera inferir que existió un tratamiento erróneo o alguna omisión derivada de la mala praxis o de la inexperiencia de alguno de los médicos que trataron la patología de Lina María Montoya Ramírez en ambos centros hospitalarios, así como tampoco encontró probada la demora en el traslado de la paciente a un Hospital de III Nivel.

Finalmente, señaló que tampoco se probó la pérdida de oportunidad pues era incierto que Laura María Montoya Ramírez hubiera superado su grave estado de salud si se practicaran otra serie de procedimientos.

La sentencia fue notificada por edicto fijado el 21 de junio de 2019 (fl. 374, c. 5).

II. RECURSO DE APELACIÓN.

El 2 de julio de 2019, la parte actora interpuso recurso de apelación contra la decisión adoptada en primera instancia señalando que el dictamen pericial rendido por el Dr. Carlos Alberto Sánchez Toro fue enfático en sostener que la paciente Lina María Montoya Ramírez no recibió la atención médica requerida de conformidad con los síntomas que presentaba en el Hospital de Fontibón ESE II Nivel.

Por lo anterior, sostuvo que la experticia allegada al expediente no fue valorada en debida forma por la Juez 61 Administrativa de Bogotá, ni de acuerdo con los parámetros de la sana crítica, existiendo jurisprudencia del Consejo de Estado que endilga responsabilidad a este mismo Hospital que ni siquiera contestó la demanda (fl. 378, c. 5).

Con auto del 19 de julio de 2019 se concedió el recurso de apelación contra la sentencia de primera instancia (fl. 380, c. 5).

1. Actuación procesal en segunda instancia.

Recibido el expediente en esta Corporación, el 16 de diciembre de 2019 fue admitido el recurso de apelación interpuesto oportunamente por la demandante (fl. 384, c. 5).

El 28 de febrero de 2020 se corrió traslado a las partes para alegar de conclusión y al Ministerio Público para que rindiera concepto (fls. 386, c. 5).

La partes no alegaron de conclusión.

El Agente del Ministerio Público no presentó concepto.

Al no encontrar causal de nulidad alguna que pudiera invalidar lo actuado, la Sala procede a resolver de fondo el asunto.

III. PROBLEMA Y TESIS JURÍDICA

1. Presentación del caso:

Los demandantes persiguen la declaratoria de responsabilidad administrativa y extracontractual del Hospital de Fontibón ESE II Nivel y el Hospital Occidente de Kennedy ESE III Nivel, así como la consiguiente condena de los perjuicios materiales e inmateriales que le fueron ocasionados, como consecuencia de la muerte de la menor madre Lina María Montoya Ramírez que presuntamente tuvo lugar por falla en la prestación del servicio médico.

El Juez de primera instancia negó las pretensiones de la demanda, al considerar que no se había demostrado la acción u omisión que estructuraba la presunta falla en la prestación del servicio médico. Argumentó que se probó que el personal médico que atendió a la paciente en los dos centros hospitalarios era idóneo, eficiente y había adelantado los procedimientos requeridos para tratar su estado de salud. Sostuvo que no se aportó prueba que acreditara que existía incumplimiento en los protocolos de esterilización del material quirúrgico, ni que la identificación y entrega del diagnóstico clínico de la víctima directa hubiere sido tardío. Tampoco encontró demostrada la negligencia en la remisión de Lina María Montoya Ramírez a un Hospital de III Nivel, ni los presupuestos que permiten concluir la pérdida de oportunidad.

Inconforme con la decisión de primera instancia, la parte actora interpuso recurso de apelación donde argumentó que el a quo no valoró en debida forma el dictamen pericial introducido al proceso y rendido por el Dr. Carlos Alberto Sánchez Toro, como quiera que a través de la probanza se acreditó que el Hospital de Fontibón ESE II Nivel sí incurrió en falla en la prestación del servicio médico, pues no brindó la atención médica que requería la paciente de conformidad con la sintomatología presentada.

El artículo 328 del CGP señala la competencia del Juez de segunda instancia de pronunciarse sólo frente a los argumentos expuestos por el apelante único. De igual forma, el Consejo de Estado¹ ha reiterado que el marco de la competencia del juez de la apelación lo constituyen los cargos planteados en contra de la decisión recurrida, por lo que únicamente frente a aquellos ha de examinarse la providencia emitida por el a quo².

En virtud de lo anterior, le corresponde a la Sala determinar si a partir de la experticia rendida dentro del expediente y la contrastación de ésta con los demás elementos probatorios debidamente recaudados, es posible advertir la falla en el servicio endilgada al Hospital de Fontibón ESE II Nivel, así como los demás elementos que estructuran la responsabilidad administrativa y extracontractual de este centro hospitalario por la muerte de la menor Lina María Montoya Ramírez.

2. Problema Jurídico:

Corresponde a la Sala resolver los siguientes problemas jurídicos:

- ✓ ¿A partir de la valoración del dictamen pericial rendido por el Dr. Carlos Alberto Sánchez Toro, así como de los demás medios probatorios, es posible advertir la responsabilidad administrativa y extracontractual del Hospital de Fontibón ESE II Nivel por la muerte de la menor madre Lina María Montoya Ramírez a causa de una presunta falla en la prestación del servicio médico?
- ✓ En caso de que se acredite la responsabilidad, ¿hay lugar al reconocimiento de los perjuicios materiales e inmateriales solicitados por la parte actora?

3. Tesis de la Sala.

- ✓ Para la Sala debe confirmarse la sentencia de primera instancia mediante la cual se negaron las pretensiones de la demanda, pues aunque se acreditó el daño antijurídico causado a los demandantes, consistente en la muerte de la menor madre Lina María Montoya Ramírez por perforación de la úlcera duodenal y posterior sepsis generalizada no atribuible al servicio de ginecología o al puerperio, del análisis de los medios probatorios allegados al expediente, incluido el dictamen pericial rendido por el Dr. Sánchez Toro, no es posible advertir la falla en el servicio médico atribuida al Hospital de Fontibón ESE II Nivel pues la atención por parte de las diferentes especialidades clínicas fue adecuada, oportuna y concordante con la lex artis de cara a la sintomatología y circunstancias clínicas en las que se encontraba la paciente.

Aunado a que la laparotomía exploratoria que requería la demandante para la identificación del foco infeccioso abdominal no podía desarrollarse en el Hospital de II Nivel por su requerimiento de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), por lo que los galenos del Hospital de Fontibón adelantaron las labores médicas que se encontraban a su alcance de conformidad con los hallazgos clínicos, infraestructura y material quirúrgico que tenían a su disposición, lo cual, para el caso en concreto, consistió en la ampliación del especto antibiótico y la remisión de la paciente a un Hospital de III Nivel.

¹ Sobre la obligatoriedad de sustentar en debida forma el recurso de apelación, véase: sentencia del Consejo de Estado, Sección Tercera, 14 de mayo de 2014, Exp. 31469, M. P. Carlos Alberto Zambrano Barrera y sentencia del Consejo de Estado, Sección Tercera, 27 de mayo de 2015, Exp. 36690, M.P. Carlos Alberto Zambrano Barrera.

² CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCIÓN TERCERA. SUBSECCIÓN A. Consejera ponente: MARÍA ADRIANA MARÍN. Bogotá D.C., treinta y uno (31) de enero de dos mil diecinueve (2019). Radicación número: 66001-23-31-000-2012-00271-01(52663)

Las premisas que desarrollará la Sala serán: La cláusula de responsabilidad extracontractual del Estado, el régimen de responsabilidad administrativa en la prestación del servicio médico - hospitalario, el régimen probatorio en los casos de responsabilidad médica, la responsabilidad médica en la prestación del servicio de ginecología, la pérdida de oportunidad y el caso concreto.

IV. CONSIDERACIONES

a. Competencia.

Esta Subsección es competente desde el punto de vista funcional para conocer del presente proceso, por la instancia, la naturaleza del asunto y la cuantía, dado que se trata del recurso de apelación de la sentencia proferida dentro de un proceso de reparación directa por el Juzgado 61 Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá D.C., y el valor de la pretensión mayor individualmente considerada no supera los 500 SMLMV, al tenor del numeral 1º del artículo 133 del Código Contencioso Administrativo.

b. Caducidad de la acción.

En concordancia con el artículo 136.8 del Código Contencioso Administrativo contenido en el Decreto Ley 01 de 1984, en los casos en los cuales se ejerce el medio de control de reparación directa, el término de caducidad de dos (2) años se cuenta desde el día siguiente del acaecimiento del hecho, omisión u operación administrativa causante del daño antijurídico.

En el caso en concreto se encuentra que la demanda fue interpuesta dentro del término legal pues el daño antijurídico consiste en la muerte de la menor Lina María Montoya Ramírez ocurrió el 24 de diciembre de 2009; el término fue suspendido entre el 21 de noviembre de 2011 y el 27 de enero de 2012 en virtud del trámite de conciliación prejudicial; y la demanda fue presentada el 20 de febrero de 2012, cuando aún quedaban doce (12) días para que operara el término de caducidad del medio de control.

c. Legitimación en la causa.

Por activa.

Los demandantes se encuentran legitimados en la causa por activa, de conformidad con los siguientes medios probatorios que acreditan su parentesco con la víctima directa:

Demandante	Parentesco	Prueba
Fabio Montoya Pulido	Padre	Registro civil de nacimiento de Lina María Montoya Ramírez (fl. 1, c. 2).
Olga Esperanza Ramírez García	Cónyuge	Registro civil de nacimiento de Lina María Montoya Ramírez (fl. 1, c. 2).
María Alejandra Mahecha Montoya	Hija	Registro Civil de nacimiento (fl. 4, c. 2).
Valerin Sofía Montoya Ramírez	Hermana	Registro Civil de nacimiento (fl. 5, c. 2).
Rosalba García Beltrán	Abuela	Registro civil de nacimiento de Olga Esperanza Ramírez García (fl. 7, c. 2).

Debido a que la parte actora no apeló la decisión a través de la cual se declaró la indebida representación del señor Jeison Stick Montoya Ramírez, no hay lugar a emitir pronunciamiento sobre lo pertinente.

Por pasiva.

En atención a que la muerte de la menor Montoya Ramírez se atribuye a la presunta falla en la prestación del servicio médico que brindó el Hospital de Fontibón ESE II Nivel durante el tiempo en que la víctima estuvo hospitalizada, para la Sala se encuentra acreditada su legitimación en la causa por pasiva como quiera que se probó dentro del proceso que efectivamente fue dicha Empresa Social del Estado la que brindó la atención médica inicial a la menor.

4. Argumentación Jurídica.

4.1. Cláusula general de responsabilidad del Estado Social de Derecho.

La fórmula del Estado Social de Derecho no es una simple muletilla gramatical o fina galantería retórica sino un nuevo paradigma de organización política y jurídica de la persona y los derechos ya que se funda en la dignidad humana, en la carta de derechos y mecanismos efectivos de protección, donde la persona humana es fuente última de legitimación y accionar del estado y sus autoridades. (Art. 1, 2, 86 y 94 CP)³. Pero mucho más importante es la inclusión a nivel constitucional de la fórmula básica o esencial de la responsabilidad patrimonial del Estado en el artículo 90 de la Constitución, pues el estado tiene el deber de protección y garantía efectiva de los derechos e intereses de la persona, por ello cuando a éstos se les produce un daño antijurídico o lesiona de manera injustificada, por la acción u omisión de la autoridad pública que le sea imputable, debe responder e indemnizar los perjuicios ocasionados, ya sea a partir de los criterios de la "falla del servicio, daño especial, riesgo excepcional" o cualquier otro. En síntesis, la responsabilidad extracontractual del Estado se configura con la demostración del daño antijurídico y de su imputación a la administración"⁴.

4.2. Régimen de responsabilidad en la prestación del servicio médico-hospitalario.

La responsabilidad del estado por falla médica ha cambiado o evolucionado en la jurisprudencia del Consejo de Estado, debido, esencialmente, a los muchos casos y situaciones que ha tenido que abordar, entonces ha pasado del régimen de falla probada del servicio, la falla presunta del servicio, la carga dinámica de la prueba y, a partir del año 2006⁵, volvió al régimen de falla probada del servicio⁶.

4.3. Régimen probatorio en los casos de responsabilidad médica.

En cuanto a la carga de la prueba en los casos de responsabilidad médica, el Consejo de Estado⁷ ha precisado ciertos criterios:

³ Ver Corte Constitucional T-406 de 1992, especialmente.

⁴ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C, sentencia del 27 de noviembre de 2017, Radicación número: 66001-23-33-000-2013-00147-01(52993). CP. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

⁵ Consejo de Estado; Sección Tercera, Sentencia del 31 de agosto de 2006, Exp. 15772; C.P. Ruth Stella Correa.

⁶ Ver evolución en Consejo de Estado; Sección Tercera, Subsección C, Sentencia del 26 de febrero de 2015, Radicación número: 25000-23-26-000-2005-01356-01(38149); C.P. Olga Mérida Valle De La Hoz.

⁷ Consejo de Estado. Sección Tercera. Subsección B. Consejero ponente: Ramiro de Jesús Pazos Guerrero. Sentencia de 27 de marzo de 2014. Radicación número: 05001-23-31-000-2002-00456-01(31508).

(i) por regla general, **al demandante le corresponde probar la falla del servicio**, salvo en los eventos en los que resulte “excesivamente difícil o prácticamente imposible” hacerlo; (ii) de igual manera, corresponde al actor aportar la prueba de la relación de causalidad, la cual podrá acreditarse mediante indicios en los casos en los cuales “resulte muy difícil –si no imposible- la prueba directa de los hechos que permiten estructurar ese elemento de la obligación de indemnizar”; (iii) en la apreciación de los indicios tendrá especial relevancia la conducta de la parte demandada, sin que haya lugar a exigirle en todos los casos que demuestre cuál fue la causa efectiva del daño; (iv) la valoración de esos indicios deberá ser muy cuidadosa, pues no puede perderse de vista que los procedimientos médicos se realizan sobre personas con alteraciones en su salud; (v) **el análisis de la relación causal debe preceder el de la falla del servicio**⁸. (...)

Actualmente se considera que en materia de responsabilidad médica **deben estar acreditados en el expediente todos los elementos que la configuran, esto es, el daño, la actividad médica y el nexa causal entre esta y aquel**⁹, sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados, incluso de la prueba indiciaria.

4.4. Responsabilidad en la prestación del servicio médico de ginecología.

En cuanto al régimen de responsabilidad en los casos de responsabilidad médica en prestación del servicio de ginecología, la Sección Tercera de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado, con ponencia del Magistrado Dr. Hernán Andrade Rincón, en sentencia del 13 de agosto de 2014, expediente 29596, señaló:

“(…), se debe precisar que bajo el cobijo de la tesis que actualmente orienta la posición de la Sala en torno a la deducción de la responsabilidad de las entidades estatales frente a los daños sufridos en el acto obstétrico, **a la víctima del daño que pretende la reparación le corresponde la demostración de la falla que acusa en la atención y de que tal falla fue la causa del daño por el cual reclama indemnización**, es decir, debe probar: (i) el daño, (ii) la falla en el acto obstétrico y (iii) el nexa causal. La demostración de esos elementos puede lograrse mediante cualquier medio probatorio, siendo el indicio la prueba por excelencia en estos casos ante la falta de una prueba directa de la responsabilidad, dadas las especiales condiciones en que se encuentra el paciente frente a quienes realizan los actos médicos, siendo que, la presencia de un daño en el momento del parto cuando el embarazo se ha desarrollado en condiciones normales, se constituye en un indicio de la presencia de una falla en el acto obstétrico, así como de la relación causal entre el acto y el daño.

“No se trata entonces de invertir automáticamente la carga de la prueba para dejarla a la entidad hospitalaria de la cual se demanda la responsabilidad. En otras palabras no le basta al actor presentar su demanda afirmando la falla y su relación causal con el daño, para que automáticamente se ubique en el ente hospitalario demandado la carga de la prueba de una actuación rodeada de diligencia y cuidado. No, a la entidad le corresponderá probar en contra de lo demostrado por

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

⁹ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 31 de agosto de 2006, Exp. 15772, C.P. Ruth Stella Correa Palacio; sentencia de 30 de julio de 2008, Exp. 15726, C.P. Myriam Guerrero de Escobar; sentencia de 21 de febrero de 2011, Exp. 19125, C.P. (E) Gladys Agudelo Ordóñez, entre otras.

el actor, demostración que –se insiste- puede lograrse a través de cualquier medio probatorio”. (Subrayado fuera de texto).

En este sentido, el Consejo de Estado ha precisado que, frente al acto obstétrico, en la actualidad no se rige por el régimen objetivo, sino por un régimen subjetivo- falla probada con flexibilización frente al rigor de la prueba de la falla, imponiéndose de esta forma la obligación por parte del accionante, de probar no solo el daño, sino adicional e inexcusablemente, la falla por el acto médico y el nexa causal entre ésta y el daño.¹⁰

4.5. Pérdida de oportunidad.

La pérdida de oportunidad ha sido definida como un daño autónomo (conforme a la línea jurisprudencial consolidada del Consejo de Estado desde el año 2010¹¹) que puede deviene de la pérdida definitiva de un beneficio respecto del cual existían razonables posibilidades de ser alcanzado, o también, del padecimiento de un perjuicio que tenía reales probabilidades de ser evitado, sin que en momento alguno existiera certeza de un desenlace favorable a la víctima.¹²

Sobre este daño se ha precisado:

“Se ha señalado que las expresiones ‘chance’ u ‘oportunidad’ resultan próximas a otras como ‘ocasión’, ‘probabilidad’ o ‘expectativa’ y que todas comparten el común elemento consistente en remitir al cálculo de probabilidades, en la medida en que se refieren a un territorio ubicable entre lo actual y lo futuro, entre lo hipotético y lo seguro o entre lo cierto y lo incierto (...) Es decir que para un determinado sujeto había probabilidades a favor y probabilidades en contra de obtener o no cierta ventaja patrimonial, pero un hecho cometido por un tercero le ha impedido tener la oportunidad de participar en la definición de esas probabilidades.

“En ese orden ideas, la pérdida de oportunidad o pérdida de chance alude a todos aquellos eventos en los cuales una persona se encontraba en situación de poder conseguir un provecho, de obtener una ganancia o beneficio o de evitar una pérdida, pero ello fue definitivamente impedido por el hecho de otro sujeto, acontecer o conducta ésta que genera, por consiguiente, la incertidumbre de saber si el efecto beneficioso se habría producido, o no, pero que al mismo tiempo da lugar a la certeza consistente en que se ha cercenado de modo irreversible una expectativa o una probabilidad de ventaja patrimonial; dicha oportunidad perdida constituía, en sí misma, un interés jurídico que si bien no cabría catalogar como un auténtico derecho subjetivo, sin duda facultaba a quien lo ha visto salir de su patrimonio –material o inmaterial– para actuar en procura de o para esperar el acaecimiento del resultado que deseaba, razón por la cual la antijurídica frustración de esa probabilidad debe generar para el afectado el derecho a alcanzar el correspondiente resarcimiento.

¹⁰ CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN TERCERA, SUBSECCIÓN A, Consejera ponente: MARTA NUBIA VELÁSQUEZ RICO, sentencia del diecisiete (17) de agosto de dos mil diecisiete (2017), Radicación número: 73001-23-31-000-2008-00068-01(40912)

¹¹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, Sentencias del 14 de marzo de 2013, Exp. 25000-23-26-000-1999-00791-01(23632) y del 9 de octubre de 2013, Exp. 25000-23-26-000-2001-02817-01(30286) CP: Hernán Andrade Rincón; Subsección B, sentencia del 26 de junio de 2014, Exp. 25000232600020000215101, CP: Ramiro Pazos Guerreiro; Subsección C, sentencia del 10 de diciembre de 2014, Exp. 23001-23-31-000-2012-00004-01 (46107), CP: Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

¹² Consejo De Estado Sala De Lo Contencioso Administrativo Sección Tercera, Subsección B, Consejero Ponente: Danilo Rojas Betancourth, sentencia del treinta (30) De Noviembre de 2017, Radicación Número: 05001-23-31-000-2005-03194-01(42956).

“La pérdida de oportunidad constituye, entonces, una particular modalidad de daño caracterizada porque en ella coexisten un elemento de certeza y otro de incertidumbre: la certeza de que en caso de no haber mediado el hecho dañino el damnificado habría conservado la esperanza de obtener en el futuro una ganancia o de evitar una pérdida para su patrimonio y la incertidumbre, definitiva ya, en torno de si habiéndose mantenido la situación fáctica y/o jurídica que constituía presupuesto de la oportunidad, realmente la ganancia se habría obtenido o la pérdida se hubiere evitado; expuesto de otro modo, a pesar de la situación de incertidumbre, hay en este tipo de daño algo actual, cierto e indiscutible consistente en la efectiva pérdida de la probabilidad de lograr un beneficio o de evitar un detrimento (...).

“Por otra parte, con el fin de precisar los alcances de la noción de ‘pérdida de oportunidad’ conviene identificar con la mayor claridad posible sus límites: así, de un lado, en caso de que el ‘chance’ constituya en realidad una posibilidad muy vaga y genérica, se estará en presencia de un daño meramente hipotético o eventual que no resulta indemnizable y, de otro lado, no puede perderse de vista que lo perdido o frustrado es la oportunidad en sí misma y no el beneficio que se esperaba lograr o la pérdida que se pretendía eludir, los cuales constituyen rubros distintos del daño. En consecuencia, la oportunidad difuminada como resultado del hecho dañoso no equivale a la pérdida de lo que estaba en juego, sino a la frustración de las probabilidades que se tenían de alcanzar el resultado anhelado, probabilidades que resultan sustantivas en sí mismas y, por contera, representativas de un valor económico incuestionable que será mayor, cuanto mayores hayan sido las probabilidades de conseguir el beneficio que se pretendía, habida consideración de las circunstancias fácticas de cada caso.

“La pérdida de oportunidad como rubro autónomo del daño demuestra que éste no siempre comporta la transgresión de un derecho subjetivo, pues la sola esperanza probable de obtener un beneficio o de evitar una pérdida constituye un bien jurídicamente protegido cuya afectación confiere derecho a una reparación que debe limitarse a la extensión del ‘chance’ en sí mismo, con prescindencia del resultado final incierto, frente a lo cual resulta lógico que dicha oportunidad perdida ‘tiene un precio por sí misma, que no puede identificarse con el importe total de lo que estaba en juego, sino que ha de ser, necesariamente, inferior a él’, para su determinación (...)”¹³.

En este sentido, se han establecido los siguientes elementos esenciales como requisitos para que se configure la pérdida de oportunidad: i) falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado, es decir, la incertidumbre respecto a si el beneficio o perjuicio se iba a recibir o evitar; ii) certeza de la existencia de una oportunidad; iii) certeza de que la posibilidad de adquirir el beneficio o evitar el perjuicio se extinguió de manera irreversible para la víctima.

Sobre el alcance de cada uno ha dicho la Sala¹⁴:

Falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado. En primer lugar, para determinar si se está en presencia de un daño de pérdida de oportunidad, es necesario establecer que, en efecto, el titular de la expectativa legítima se

¹³ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, sentencia del 30 de agosto de 2017, C.P. Carlos Alberto Zambrano Barrera, Exp. 43.646.

¹⁴ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia de 5 de abril de 2017, Exp. 25706, M.P. Ramiro Pazos Guerrero.

encontraba, para el momento en que ocurre el hecho dañino, en una situación de incertidumbre de recibir un beneficio o una ventaja esperada, o de evitar un perjuicio indeseado. La oportunidad debe encontrarse en un espacio caracterizado por no existir certeza de que su resultado habría beneficiado a su titular, pero tampoco en el que sólo exista la conjetura de una mera expectativa de realización o evitación. Si se tiene certeza sobre la materialización del resultado final, no es posible hablar del daño consistente en la pérdida de oportunidad sino de la privación de un beneficio cierto, o si se trata de una mera conjetura o ilusión, tampoco habría lugar a la configuración de una oportunidad por no tener la intensidad suficiente para convertirse en una probabilidad razonable de alcanzarse o evitarse. Así, **el requisito de la "aleatoriedad" del resultado esperado tiene enormes incidencias en el plano de la indemnización, ya que si se trata de la infracción a un derecho cierto que iba a ingresar al patrimonio de la víctima o frente al cual se debía evitar un menoscabo, su indemnización sería total, mientras que si el truncamiento es solo respecto de la expectativa cierta y razonable de alcanzar o evitar un resultado final, la posibilidad truncada sería indemnizada en menor proporción.**

En ese orden de cosas, la falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado consistente en la obtención de un beneficio o la evitación de un perjuicio que se busca evitar es el primer elemento para proceder a estudiar los otros que se exigen para la configuración de la pérdida de oportunidad

Certeza de la existencia de una oportunidad. En segundo lugar se debe constatar que, en efecto, existía una oportunidad que se perdió. La expectativa legítima debe acreditar inequívocamente la existencia de **"una esperanza en grado de probabilidad con certeza suficiente" de que de no haber ocurrido el evento dañoso, la víctima habría mantenido incólume la expectativa de obtener el beneficio o de evitar el detrimento correspondiente.**

Pérdida definitiva de la oportunidad. En tercer lugar se debe acreditar la imposibilidad definitiva de obtener el provecho o de evitar el detrimento. Es indispensable que se tenga la certeza de que la posibilidad de acceder al beneficio o evitar el perjuicio fue arrancada definitivamente del patrimonio -material o inmaterial- del individuo tornándola en inexistente, porque si el beneficio final o el perjuicio eludido aún pendiera de la realización de una condición futura que conduzca a obtenerlo o a evitarlo, no sería posible afirmar que la oportunidad se perdió, ya que dicha ventaja podría ser aún lograda o evitada y, por ende, se trataría de un daño hipotético o eventual; dicho de otro modo, **si bien se mantiene incólume la incertidumbre respecto de si dicho resultado se iba a producir, o no, la probabilidad de percibir el beneficio o de evitar el perjuicio sí debe haber desaparecido de modo irreversible, en la medida en que si el resultado todavía puede ser alcanzado, el "chance" aún no estaría perdido y, entonces, no habría nada por indemnizar."** Negrilla fuera de texto.

V. CASO CONCRETO.

1.- Medios de prueba relevantes.

Los siguientes son los elementos probatorios que se recaudaron en el presente proceso, cuya valoración resulta relevante para resolver los problemas jurídicos planteados en esta instancia:

- 1.1.** Registro civil de defunción No. 06865103 del 24 de diciembre de 2009 correspondiente a la menor Lina María Montoya Ramírez (fl. 2, c. 2).
- 1.2.** Certificación de defunción para antecedente del registro civil No. 70020594-8 del 24 de diciembre de 2009 firmado por el médico de la unidad de cuidados intensivos Dr. Mauricio Riveros Daza (fl. 3, c. 2).
- 1.3.** Copia de los resultados de ecografía prenatal realizada a la menor Lina María Montoya Ramírez de fecha 3 de septiembre de 2009 (fl. 11, c. 2).
- 1.4.** Dictamen pericial rendido por el Dr. Carlos Sánchez Toro – Gestor del Departamento Quirúrgico del Hospital Universitario Clínica San Rafael, médico cirujano general, quien aseguró que la atención prestada por el Hospital de Kennedy a la menor Lina María Montoya fue adecuada, los procedimientos médicos y cirugías realizadas pertinentes y se brindó un manejo diagnóstico idóneo. Sobre las complicaciones en su estado de salud aseguró que “las complicaciones son inherentes al estado de la paciente: fístulas en región gastroduodenal de muy difícil manejo dada la mala respuesta de la paciente por sus condiciones generales. Se hicieron muchos lavados abdominales y procedimientos de exclusión que son los que hacemos frente a estas complicaciones, procedimientos de drenaje, procedimientos de sutura primaria, pero sin bien resultado dadas las condiciones de deterioro en todas las respuestas inflamatorias y de cicatrización de esta paciente” (fl. 313, c. 1).
- 1.5.** Complementación a dictamen pericial rendido por el Dr. Carlos Sánchez Toro – Gestor del Departamento Quirúrgico del Hospital Universitario Clínica San Rafael, médico cirujano general, quien afirmó sobre la prestación del servicio médico brindado en el Hospital de Fontibón ESE II Nivel y la causa de la muerte de la menor Montoya Ramírez (fl. 325, c. 1):

“CAUSAS MÉDICAS REALES DE LA MUERTE DE LINA MARÍA MONTOYA:

- Como ya expresé en el informe anterior la causalidad final de la muerte es dada por un dictamen de medicina legal frente a una autopsia realizada.
- La paciente presente sepsis en forma progresiva en el Hospital de Fontibón hasta llegar a un estado de sepsis severa cuando es enviada al Hospital de Kennedy. Frente a la pregunta de las causas reales de la muerte, mi concepto es: 1. Presentación de úlcera duodenal perforada en puerperio, 2. Peritonitis, 3. Sepsis severa.
- No hay sospecha de abdomen agudo quirúrgico y sepsis en el Hospital de Fontibón hasta cuando se hace dicho diagnóstico en la institución y remiten al Hospital de Kennedy de urgencia.

- La paciente no recibe el manejo requerido hasta cuando ingresa al Hospital de Kennedy, pues sólo allí se sabe qué presenta, hasta ser operada en el Hospital de Kennedy el día que llega la paciente” (Subrayado fuera del texto original).

1.6. Historia Clínica de la menor Lina María Montoya Ramírez que obraba en el Hospital de Fontibón ESE II Nivel (fls. 12-37, 41-110, 112-133, 164-195, c. 2):

Fecha y hora	Servicio	Médico tratante
20/11/2009 08:15:12	<u>Ginecología y obstetricia.</u> MC Traslado paciente en fase expulsiva. Niega ruptura de membranas. EA: Paciente que ingresa en fase expulsiva con embarazo de 36 semanas, primigestante adolescente con <u>pobre CPN.</u> (...) CPN: Control prenatal.	Dra. Osaya Natakcha García López.
20/11/2009 09:34:00	<u>Pediatría.</u> En sala de partos se recibe RN vivo femenino producto de madre primigestante adolescente con embarazo de 36 semanas, <u>con 3 CPN</u> (...) Ecografía del 19/11/09 reporta embarazo de 36 semanas, hidronefrosis derecha masa quística abdominal, arteria umbilical única, quien ingresa en T. de parto fase expulsiva, tras expulsivo de 15 minutos se obtiene por parto vaginal RN vivo femenino, deprimida, requiere ventilación con presión positiva y recupera APGAR 6/10 8/10. (...) G/U ano imperforado sin fistula aparente (...).	Dr. Fernando Enrique García Acuña
22/11/2009 09:34:12	<u>Ginecología y obstetricia.</u> Paciente de 21 años con DX de: 1. Puerperio de 2 días + hemorragia posparto, 2. Anemia secundaria S/PTE refiere regular estado general, dolor en hemiabdomen superior, diuresis – hoy deposición negativa, sangrado moderado no escaso. (...) Paciente alerta, orientado NO mejoría de sus síntomas CC//: mucosa oral húmeda, cuello móvil simétrico, sin masas, ni adenopatías. ABD//: blando, DISTENDIDO doloroso a la palpación, útero INFRAUMBILICAL MAMAS NO CONGESTIVAS, LÍQUIDOS NO FÉTIDOS, EXT. Eutróficas, sin edemas. Plan //: transfundir 2 unidades de glóbulos rojos empaquetados. Parcial de orina incluido sedimento y cuadro hemático.	Dr. Rafael Ovidio Gómez
23/11/2009 11:24:53	Paciente (...) con DX de: 1. Puerperio de 3 días + hemorragia posparto, 2. Anemia secundaria 3. G1P1 S/PACIENTE refiere sentirse mejor, refiere leve dolor en hemiabdomen superior, diuresis, deposición negativa hace 4 días, sangrado escaso no fétido. (...) Paraclínicos análisis y plan de manejo: Análisis // Paciente con diagnóstico de hemorragia posparto, quien el día de hoy refiere mejoría del dolor abdominal, al examen físico no	No especificado.

	<p>presenta palidez mucocutánea, se encuentra taquicárdica y con leve dolor en abdomen. (...) PLAN // Se decide colocar inmunoglobulina anti D. Se continúa igual manejo, pendiente cuadro hemático postransfusión.</p>	
24/11/2009 09:45:53	<p><u>Ginecología y obstetricia.</u> Paciente (...) con DX de: 1. Puerperio de 4 días + hemorragia posparto, 2. Anemia secundaria 3. G1P1 S/PACIENTE refiere dolor en hemiabdomen superior, náuseas, diuresis, deposición negativa hace 4 días, sangrado vaginal escaso no fétido. (...) Paraclínicos análisis y plan de manejo: Análisis // Paciente con diagnóstico de hemorragia postparto, al día de hoy se encuentra distendida, onda ascítica positiva, no ruidos intestinales por lo cual se sospecha en íleo. (...) PLAN // Se decide interconsultar por cirugía.</p>	Dra. Osaya Natakcha García López.
24/11/2009 11:52:43 am	<p><u>Cirugía General.</u> DISTENSIÓN ABDOMINAL, NO EMESIS, NO FIEBRE (...) PTE DE 17 AÑOS EN SU CUARTO DÍA DE PUERPERIO FISIOLÓGICO QUIEN PRESENTÓ HEMORRAGIA POSTPARTO POR LO QUE REQUIRIÓ 2 U DE GLÓBULOS ROJOS CON HBM ABDOMEN GLOBOSO (...) EN EL MOMENTO CURSANDO CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL. PLAN // SE SOLICITA RX DE ABDÓMEN SIMPLE, CH, PCR, ELECTROLITOS.</p>	No especificado.
24/11/2009 03:56:17 PM	<p><u>Cirugía General.</u> (...) RX DE ABDOMEN ABUNDANTE EVIDENCIA DE MATERIA FECAL EN MARCO CÓLICO. ANÁLISIS: PTE DE 17 AÑOS EN SU CUARTO DÍA DE PUERPERIO FISIOLÓGICO <u>ASOCIADO A CONSTIPACIÓN CON ABDOMEN NO QX EN EL MOMENTO</u>, SE SEGUIRÁ ATENTO A SU EVOLUCIÓN. PLAN // ENEMA. AVISAR CAMBIOS.</p>	No especificado.
25/11/2009 09:54:24	<p><u>Ginecología y obstetricia.</u> Paciente en regular estado general con distensión abdominal, deposición número 2 del día de ayer después de enema, con persistencia abdominal. PLAN: Se solicita ecografía transvaginal. Diagnósticos: Ascitis.</p>	No especificado.
25/11/2009 16:38:39	<p><u>Obstetricia de alto riesgo.</u> Paciente en 5° día puerperio con síndrome edematoso severo, anasarca, con dificultad respiratoria. Intolerancia al decúbito dorsal. (...) SS Valoración urgente por medicina interna y cirugía general para posible paracentesis diagnóstica. (...). Diagnósticos: Ascitis.</p>	Dr. Edgar Danilo Cancino Rincón.
25/11/2009 19:17:25	<p><u>Cirugía General.</u> Pte de 17 años con puerperio fisiológico con distensión abdominal progresiva, <u>secundaria a ascitis de etiología no clara a quien se le ha descartado proceso infeccioso asociado a su</u></p>	No especificado.

	<p><u>parto por parte de ginecología</u>. Abdomen sin irritación peritoneal. PLAN // Se realiza paracentesis SS se drena 100 CC Líquido turbio no purulento sin evidencia de contenido intestinal, ni hemático, se solicitan GRAM cultivo HDL y proteínas totales, amilasa. Diagnósticos: Ascitis.</p>	
25/11/2009 08:36:35 pm	<p><u>Medicina Interna.</u> (...) remisión Urgente a III nivel de manejo integral por medicina interna, nefrología, ginecología. Diagnósticos Insuficiencia renal aguda, no especificada. Parto único espontáneo, sin otra especificación. Edema generalizado.</p>	Dr. Omar Olimpo Velandia Forero.
26/11/2009 09:05:23	<p><u>Ginecología y obstetricia:</u> Reporte de paracentesis. Paciente con mala evolución clínica, hoy D1 de hospitalización en UCI, persiste edema generalizado con leve disminución en relación con el día de ayer, cifras tensionales dentro de los límites normales, aunque persiste taquicardia (...) se comenta paciente con el servicio de cirugía y en conjunto con ginecología se decide llevar a laparotomía previo consentimiento informado.</p>	Dra. Osaya Natakcha García López.
26/11/2009 09:43:51	<p><u>Medicina Interna.</u> Paciente de 17 años en su día 1 de HX en la unidad de cuidados intermedios con DX: 1. Sepsis de origen abdominal, 2. Peritonitis, 3. Injuria renal aguda, 4. Posparto vaginal pretérmino sexto día, 5. Pos hemorragia posparto (controlada) (...) No se han registrado picos febriles. (...) EN EL MOMENTO CURSA SÉPTICA CON INJURIA RENAL ASOCIADA CON EVIDENCIA CLÍNICA DE ABDOMEN QUIRÚRGICO Y REPORTE DE GRAM DE LÍQUIDO PERITONEAL COMPATIBLE CON PERITONITIS. SE VALORA EN CONJUNTO CON SERVICIOS DE CIRUGÍA GENERAL Y GINECOLOGÍA Y SE DECIDE AMPLIAR CUBRIMIENTO ANTIBIÓTICO CON CEFTRIAXONA E INDICACIÓN DE LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA URGENTE. PLAN // (...) SE ACTUALIZA REMISIÓN A III NIVEL UCI / QX.</p>	Dr. Juan Heredia.
26/11/2009 11:36:04	<p>(...) SE COMENTA CON ANESTESIA LA CONDICIÓN DE LA PACIENTE <u>LA CUAL DEBE SER LAPAROTOMIZADA EN III NIVEL CON DISPONIBILIDAD DE UCI EN POSOPERATORIO.</u> NO SE CONSIDERA PACIENTE CON CRITERIOS PARA HELLP PERO SÍ CON PROCESO INTRABDOMINAL PERITONITIS DE ORÍGEN A DESCARTAR POSIBLEMENTE INFECCIOSA, SE COMENTA PACIENTE EN III NIVEL <u>ES ACEPTADA EN HOSPITAL DE KENNEDY SE ENVÍA CON AMBULANCIA MEDICALIZADA.</u> (...) Diagnósticos:</p>	Dr. Álvaro Alonso Acevedo Puerto.

	Peritonitis no especificada. Edema gestacional con proteinuria. Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice. Sepsis puerperal. Abdomen agudo	
--	---	--

- 1.7.** Dictamen pericial rendido por la Dra. Mabel del Carmen Zurbarán Barrios, profesional especializada forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses donde se indica que la causa del fallecimiento de la menor Lina María Montoya Ramírez es "una perforación de úlcera duodenal, que conlleva a una sepsis de origen abdominal, con posterior presentación de fístula duodenal, sepsis y la muerte". Sobre su patología señaló (fl. 161, c. 2):

"**ÚLCERA DUODENAL Y GESTACIÓN:**

La enfermedad ulcerosa péptica es un cuadro que aparece cuando se daña la pared estomacal o duodenal como consecuencia del incremento de la producción de ácido y pepsina, una anulación de los mecanismos de defensa de la pared gástrica, o una combinación de ambos factores. Se presenta como episodios de dolor epigástrico intenso, quemante o punzante que usualmente comienza unas horas antes de la comida y que despierta a la paciente por la noche. Sin embargo, también hay cuadros más inespecíficos de náuseas, vómitos, timpanismo o molestias abdominales sin relación con las comidas.

(...)

La úlcera en el embarazo.

El embarazo tiende a tener un efecto beneficioso sobre el curso de la enfermedad debido a la disminución de la producción de ácido gástrico y al aumento del mucus gástrico (...) Por ello es muy rara la presencia de enfermedad ulcerosa aguda en embarazadas y de producirse sería en el tercer trimestre o en puerperio, que es cuando se produce un incremento de la acidez gástrica." (Subrayado fuera del texto original).

- 1.8.** Historia Clínica de la menor Lina María Montoya Ramírez que obraba en el Hospital Occidente de Kennedy ESE III Nivel donde se dejó constancia del estado de salud y procedimientos quirúrgicos que debieron practicarse en su ingreso a la institución hospitalaria, inmediata remisión del Hospital de Fontibón ESE II Nivel (c. 3 y c. 4):

Fecha y hora	Servicio	Médico tratante
26/11/2009 20:05	<u>Ginecología y obstetricia.</u> Paciente en malas condiciones generales (...) Se considera manejo quirúrgico (Laparotomía) y tratamiento según hallazgo se considera urgencia vital. Paciente <u>con cama 4 reservada en unidad de cuidados intensivos (...).</u>	No especificado
26/11/2009 22:45	<u>Cirugía General.</u> Nota operatoria. DX Pre: 1) sepsis de origen ginecológico. 2) falla multiorgánica. 3) sala posparto vaginal extrainstitucional.	Dr. Lozano.

	<p>4) <u>bajo control prenatal.</u> 5) primigestante adolescente. <u>Dx Pos-o: 1) Idem + úlcera gástrica perforada.</u> 2) Peritonitis secundaria. Cirugía: laparotomía exploratoria. Hallazgos: líquido peritoneal, turbio, amarillo ocre con abundantes detritus aproximadamente 9500 cc olor penetrante (...) Se advierte perforación gástrica cara posterior + o – 1 cm de diámetro. Superficie hepática con membranas purulentas. Se soluciona con parche de GRAHAM pres (...).</p>	
27/11/2009 06:00 am	<p><u>Cirugía General.</u> Se valora paciente en cubículo 4 de UCI. <u>Ginecología y Obstetricia.</u> DX: 6H POP Laparotomía exploratoria. Sepsis abdominal rafia gástrica, peritonitis secundaria. Se atiende llamado por UCI. Paciente con sangrado a través de bolsa de laparostomía. Se encuentra paciente en malas condiciones generales con soporte ventilatorio e inotrópico (...).</p>	No especificado.

(...)

Fecha y hora	Servicio	Médico tratante
20/12/2009 10:00	<p><u>Cuidados intensivos</u> Paciente que se hospitaliza en UCI por SIRS secundaria a sepsis de origen abdominal por fístula duodenal secundaria a perforación de úlcera duodenal en puerperio inmediato.</p>	No especificado.
24/12/2009 08:26	<p><u>Cuidados intensivos</u> Paciente en pésimo estado general sin respuesta a estímulos entra en paro cardíaco en ritmo de asistolia previa confirmación de protocolo de línea isoelectrica, se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada, adrenalina 1 MG IV C/3MN atropina 1MG IV C/3 minutos sin obtener respuesta. <u>Paciente fallece. Hora de defunción 8+26.</u></p>	Dr. Mauricio Daza

- 1.9.** Testimonio rendido por el médico ginecobstetra Dr. Luis Rubén Paz Acevedo, quien trabajaba para el Hospital Occidente de Kennedy ESE III Nivel para el momento de los hechos. Aseguró que el día del ingreso de la menor al Hospital les comentó a los padres la situación en la que se encontraba la paciente y la necesidad de llevarla a cirugía, así como las posibles complicaciones de la intervención. Señaló que al inicio se consideró que la paciente tenía una infección que probablemente tenía origen puerperal que requería ser confirmada mediante exploración quirúrgica. Indicó que cuando una de las pacientes en posparto o puerperio inmediato inicia con proceso infeccioso, primero se sospecha que la infección proviene del útero o de sus anexos pero debe definirse el origen del proceso infeccioso. Manifestó que se denomina "puerperio inmediato" a las siguientes 72 horas posteriores al parto. Arguyó que la paciente requeriría unidad de cuidado intensivo y manejo multidisciplinario y efectivamente fue llevada a cirugía en donde se encontró un foco infeccioso proveniente de una infección gástrica, de una úlcera y no se trató de un proceso infeccioso de origen ginecológico, por tal razón la paciente pasó al

servicio por cirugía general. Señaló que la paciente tenía una úlcera gástrica perforada y como consecuencia de eso, hubo diseminación que comprometía toda la cavidad abdominal. Afirmó que cuando fue remitida al servicio de cirugía general se encontraba en malas condiciones de salud, debido a que la diseminación de la infección en la cavidad abdominal afecta los órganos vitales como los riñones, los pulmones, el corazón y el cerebro. Indicó que las úlceras duodenales pueden ser diagnosticadas a través de la sintomatología de la paciente: el dolor abdominal, el ardor en la boca del estómago, el vómito, las náuseas, la distensión abdominal, entre otras. Argumentó que "el dolor en hemiabdomen superior" que presentó la paciente en el Hospital de Fontibón ESE sí podía ser indicativo de una posible enfermedad intestinal. Igualmente, consideró que las anotaciones de la historia clínica del Hospital de Fontibón relativas a la "inexistencia de movimiento intestinal" y la presencia de "abundantes heces" lo único que indicaban era la necesidad de ubicar el foco inicial de la infección para brindar tratamiento adecuado. Reiteró que en las condiciones en las que conoció a la paciente era necesario operarla. (fls. 150 y 151, c. 2 y CD del c. 2).

- 1.10.** Testimonio rendido por el médico cirujano especializado en cuidado crítico Dr. César Augusto Acevedo Jiménez, quien trabajaba en el Hospital Occidente de Kennedy ESE III Nivel para el momento de los hechos. Sostuvo que valoró a la paciente en servicio de interconsulta que solicitó la especialidad de ginecología y obstetricia, y que en su calidad de médico de cuidados intensivos valoró a la menor y la diagnosticó con una sepsis con posible origen abdominal, por lo que fue quien solicitó valoración por el servicio de cirugía general para desarrollar laparotomía exploratoria. Señaló que dentro de la cirugía se encontró una úlcera gástrica perforada con peritonitis que se solucionó con un parche de GRAHAM, la paciente prosiguió a la UCI y se dio un manejo adecuado pues se estabilizó a la menor Montoya Ramírez por unos días, se extubó y se trasladó a cuidado intermedio. Indicó que desafortunadamente la paciente presentó nuevamente drenaje de líquido intrabdominal después de múltiples lavados realizados y nuevamente desarrolló en una sepsis abdominal que la llevó a la muerte. Señaló que nuevamente apareció una fístula el estómago en el sitio donde se había puesto el parche de GRAHAM y eso es consecuencia de los múltiples lavados realizados, el estado nutricional de la paciente y su estado de gravedad que permitió la cicatrización adecuada. Afirmó que el estado de la paciente era muy grave. Ilustró que la laparotomía exploratoria consiste en entrar a la cavidad abdominal para estudiar todos los órganos intrabdominales y buscar la causa de la infección para solucionarla. Por otro lado, los lavados quirúrgicos se requerían por la peritonitis generalizada y consisten en entrar nuevamente a la cavidad abdominal para lavar con solución salina y retirar microorganismos que queden allí. Por otro lado, señaló que el síndrome de disfunción multiorgánica implica que muchos de sus órganos funcionan incorrectamente y como se indica en la HC desde el ingreso de la paciente, fallaban los riñones, el hígado, el pulmón, el corazón y demás. La mayoría de las veces ello es consecuencia de un proceso infeccioso. Insistió en que el diagnóstico de remisión es una sepsis puerperal y no una úlcera perforada y que el diagnóstico de úlcera perforada sólo se hace intraoperatorio en el Hospital Occidente de Kennedy una vez se realiza la laparotomía. La paciente llegó con un diagnóstico de posible sepsis abdominal y se confirmó en laparotomía. Señaló que una perforación del duodeno puede tener diferentes causas: puede ser por estrés, cáncer o pueden ser perforaciones por cuerpos extraños. Informó que la úlcera

gástrica perforada tiene unos signos y síntomas que sí se puede diagnosticar y tratar, como el dolor abdominal, la fiebre, la infección, el abdomen agudo, pero una vez identificada y diagnosticada el tratamiento es quirúrgico. Consideró que la operación se realizó a tiempo desde que ingresó al Hospital de Kennedy. Finalmente, aseguró que los síntomas de la paciente tales como el abdomen distendido, el dolor abdominal, la presencia de heces y demás, no indicaban a los galenos que necesariamente debía hacerse una laparotomía pues ello es una decisión exclusiva de los médicos tratantes a partir de otros hallazgos médicos. (fls. 152 y 153, c. 2 y CD del C. 2).

- 1.11.** Testimonio rendido por la médico anesthesiologa intensivista Dra. Sandra Patricia Sánchez Giraldo, quien trabajaba en el Hospital Occidente de Kennedy ESE III Nivel para el momento de los hechos. Testificó que realizó el ingreso de la menor a la UCI el 27 de noviembre de 2009 con diagnóstico de perforación gástrica y peritonitis secundaria descubierto en laparotomía. Indicó que aunque a la paciente la ingresó ginecología sospechando una sepsis ginecológica, se encontró una perforación gástrica. Manifestó que el postoperatorio inmediato de la cirugía se hace en la UCI. Específicamente, indicó que la paciente requirió soporte ventilatorio, es decir, aparatos médicos para que respirara por ella y soporte inotrópico y vasopresor, debido a que cuando los pacientes están en sepsis se le baja la tensión arterial y esto permite que se mantenga una tensión adecuada. Señaló que después de múltiples lavados la paciente seguía con sepsis abdominal, esta vez con presencia de una fístula en el mismo sitio de la perforación, por lo que vuelve a tener trastornos de coagulación y disfunción multiorgánica. Arguyó que la paciente falleció por una sepsis abdominal que conllevó una falla multiorgánica. Se refirió a las fístulas y determinó que son una parte de una asa intestinal que pierde continuidad y permite la salida del contenido del intestino hacia el exterior. Indicó que la paciente ingresó en un compromiso importante y sistémico que comprometía varios órganos y que todo paciente que se opera de una fístula tiene más riesgo de que reaparezca la fístula posteriormente porque es un tejido que ya está infectado y que no "pega" con facilidad por el estado crítico (fls. 154 y 155, c. 2 y CD, c. 2).
- 1.12.** Testimonio de la señora Luz Marina Montoya Pulido, tía de la menor víctima, de profesión administradora. Señaló que Lina María tuvo un parto normal, ella la visitaba y notó que empezó a inflamarse el estómago. Indicó que se acercó a la doctora para contarle lo sucedido y que la doctora le indicó que era normal en el postparto. Alegó que a la niña le dieron de comer normalmente y cuando fue a bañarla, no podía ni siquiera moverse bien. Fue después cuando un médico conocido por el padre de la menor le dijo a la familia que la niña tenía infección por peritonitis. Sostuvo que Lina María Montoya Ramírez les contó que le habían apagado el timbre para llamar a las enfermeras y que duró hospitalizada 5 días en el Hospital de Fontibón donde se fue agravando. Consideró que la menor salió con negligencia médica del Hospital de Fontibón. Aseguró que el estado de la niña en todo el embarazo fue bueno y que para el momento del parto ella estaba bien, por lo que se trató de un parto "normal". Manifestó que se enteró que a la menor la operaron en el Hospital de Kennedy y mientras los padres se trasladaban tuvo que quedarse en el Hospital de Fontibón para gestionar el pago de la prestación del servicio médico porque no la querían "dejar salir". Resaltó que el miércoles en la noche no encontraban una ambulancia medicalizada por lo que fue hasta el jueves en la tarde que se pudo trasladar. Indicó que la menor adelantó los controles

prenatales con Sura EPS y que tuvo un embarazo sin complicación alguna (fls. 198 y 199, c. 2 y CD del c. 2).

- 1.13.** Testimonio de la señora Hilda Inés Burgos de Poveda, vecina de la menor Lina María Montoya Ramírez, donde se refirió a las actividades económicas que desarrolló la víctima durante el embarazo. Señaló que vio a la menor salir de su casa para tener la bebé y la volvió a ver en el Hospital de Kennedy en un grave estado de salud que la sorprendió. Indicó que la niña estaba normal y estaba bien y sus padres siempre le dijeron que los controles y el embarazo estaban perfectos (fls. 196 y 197, c. 2).
- 1.14.** Interrogatorios de parte practicados a los señores Rosalba García Beltrán, Fabio Montoya Pulido y Olga Esperanza Ramírez García sobre las razones por las cuales interpusieron la demanda, la edad de la menor al momento de la concepción y muerte, la asistencia a controles prenatales y el conocimiento de los mismos sobre el padecimiento de la víctima de úlcera duodenal. Los demandantes respondieron que no tenían conocimiento del padecimiento de dicha enfermedad (fls. 136-141, c. 2).

2.- Análisis probatorio.

Tal como se señaló con anterioridad, le corresponde a la Sala determinar si a partir de la experticia rendida por el Dr. Carlos Sánchez Toro – Gestor del Departamento Quirúrgico del Hospital Universitario Clínica San Rafael (1.4 y 1.5) y la contrastación de ésta con los demás elementos probatorios debidamente recaudados, es posible advertir la falla en el servicio endilgada al Hospital de Fontibón ESE II Nivel, así como los demás elementos que estructuran la responsabilidad administrativa y extracontractual de este centro hospitalario por la muerte de la menor Lina María Montoya Ramírez

2.1. Daño antijurídico.

El primer elemento que se debe constatar es la existencia del **daño**, el cual además debe cumplir con los siguientes presupuestos: i) que sea antijurídico, esto es, que la persona no tenga el deber jurídico de soportarlo; ii) que lesione un derecho, bien o interés protegido por el ordenamiento legal y iii) que sea cierto, es decir, que se pueda apreciar material y jurídicamente y no se limite a una mera conjetura.

En el proceso se probó que la menor Lina María Montoya Ramírez, de 17 años, falleció el pasado 24 de diciembre de 2009 en el Hospital Occidente de Kennedy III Nivel a causa de un paro cardíaco que se ocasionó como consecuencia de una sepsis severa de origen abdominal por fístula duodenal secundaria a perforación de úlcera gástrica que desembocó en una peritonitis y una falla multiorgánica (1.8, 1.5, 1.4, 1.7, 1.9, 1.10, 1.11). Todo ello, con posterioridad al nacimiento de su menor hija María Alejandra Mahecha Montoya (1.6, 1.8, 1.12, 1.13).

En este sentido, encuentra la Sala que se encuentra demostrado el daño antijurídico, consistente en la muerte de la menor Montoya Ramírez. Daño que los demandantes no se encuentran en el deber jurídico de soportar.

2.2. Imputación.

El juicio de atribución o imputación del daño conlleva una valoración fáctica, en la que se determina su origen o causa material; y otra jurídica, en la que se analiza la relación que surge entre el daño y la observancia o inobservancia de los deberes jurídicos. En aquellos eventos en los que el asunto a tratar suponga un daño causado a particulares por la prestación del servicio médico, el título de imputación indicado será el de la falla en el servicio, que debe estar plenamente probada en el expediente.

Para la parte demandante se encuentra acreditada la falla en el servicio atribuible al Hospital de Fontibón ESE II Nivel debido a que a través del dictamen pericial rendido por el Dr. Carlos Sánchez Toro – Gestor del Departamento Quirúrgico del Hospital Universitario Clínica San Rafael se indicó que la paciente Lina María Montoya Ramírez no recibió la atención médica requerida de conformidad con los síntomas que presentaba en esa institución hospitalaria. De allí que sostuviera la actora que esta experticia no fue valorada en debida forma y de acuerdo con los parámetros de la sana crítica.

Para resolver el argumento del apelante único, resulta necesario precisar los hechos probados en el sub-lite relativos a la prestación del servicio médico brindado por la demandada a la menor Lina María Montoya Ramírez, así:

Se encuentra probado dentro del expediente que la menor ingresó al servicio de ginecología y obstetricia por encontrarse en fase expulsiva de trabajo de parto el 20 de noviembre de 2009 a las 8:15 am, con 36 semanas de embarazo y pobres controles prenatales (1.6).

El 22 de noviembre siguiente, la víctima refirió encontrarse en regular estado de salud, con hemorragia postparto y deposición negativa, por lo que la médico ginecóloga ordenó realizar transfusión de dos unidades de glóbulos rojos empaquetados y le ordenó exámenes médicos de parcial de orina incluido sedimento y cuadro hemático (1.6).

Al día siguiente, la paciente refirió sentirse mejor. El dolor abdominal en hemiabdomen superior cedió y el sangrado disminuyó a “escaso” por lo que los galenos determinaron continuar con el mismo manejo clínico (1.6)

El 24 de noviembre de 2009, Lina María Montoya Ramírez presentó dolor en hemiabdomen superior, náuseas y persistencia de sangrado vaginal escaso. La profesional en ginecología y obstetricia encontró a la paciente distendida, con onda ascítica positiva y sin ruidos intestinales, por lo que solicitó interconsulta por cirugía general a las 9:45 am (1.6).

Ese mismo día, a las 11:52 am, la menor fue valorada por cirugía general, no presentaba emesis, ni fiebre, pero sí obstrucción intestinal y abdomen distendido, por lo que el médico especialista solicitó examen de rayos X de abdomen simple, cuadro hemático, PCR y electrolitos (1.6).

A las 3:56 del mismo día, los resultados de los rayos X de abdomen revelaron que había evidencia de materia fecal en marco cólico. El especialista en cirugía general indicó que no se trataba de abdomen quirúrgico (o con necesidad de intervención quirúrgica) por lo que indicó que debía practicarse un enema debido a la constipación intestinal (1.6).

El 25 de noviembre a las 09:54 am Lina María se encontró en regula estado general, con

persistencia de distensión abdominal pero con deposición positiva por el enema. Se solicitó ecografía transvaginal por el servicio de ginecología (1.6).

A las 16:38 pm la paciente empeoró su estado de salud al presentar síndrome edematoso severo, anasarca, dificultad respiratoria e intolerancia decúbito dorsal. Se requirió valoración por medicina interna y cirugía general (1.6). A las 19:17 la especialidad de cirugía valoró a la menor, descartó infección asociada a parto por ginecología y realizó procedimiento de paracentesis donde encontró líquido turbio, no purulento, sin evidencia de contenido intestinal y sin presencia de sangre. Solicitó GRAM, cultivo HDL, proteínas totales y amilasa (1.6).

Ese mismo día, a las 20:36 pm medicina interna solicita remisión a III Nivel de manejo integral para que la paciente sea valorada por interconsulta de medicina interna, nefrología y ginecología, debido que empezó a presentar insuficiencia renal aguda no especificada (1.6).

El 26 de noviembre de 2009 a las 09:05 am la menor fue hospitalizada en unidad de cuidados intermedios y por las especialidades de cirugía y ginecología se determinó la necesidad de realizar laparotomía exploratoria, en consideración a los resultados del GRAM donde se evidenció líquido peritoneal compatible con peritonitis. En consecuencia, los médicos deciden ampliar cubrimiento antibiótico (1.6).

A las 11:36 am se realiza interconsulta con la especialidad de anestesiología, donde el médico anestesiólogo indica que debido a la condición de la paciente la misma debe ser laparotomizada en un Hospital de III Nivel con disponibilidad de UCI en posoperatorio (1.6).

La menor fue aceptada en Hospital de Kennedy III Nivel y se envió en ambulancia medicalizada (1.6).

Una vez ingresada al Hospital Occidente de Kennedy III Nivel se reserva cama cuatro (4) en unidad de cuidados intensivos y se realiza laparotomía exploratoria a la menor. Se señaló que ingresó con diagnóstico del Hospital de Fontibón de: i) sepsis de origen ginecológico, ii) falla multiorgánica, iii) parto vaginal y iv) bajo control prenatal. Sin embargo, después de la laparotomía se encontró: i) úlcera gástrica perforada y ii) peritonitis secundaria (1.8) por lo que se descartó que el origen infeccioso fuera ginecológico. Los galenos cierran la perforación de la úlcera con parche de GRAHAM (1.8).

La paciente es trasladada a la unidad de cuidados intensivos debido a que requirió soporte ventilatorio e inotrópico después de la laparotomía (1.8).

Finalmente, aunque presentó mejorías en el transcurso de los días, fue desintubada y hospitalizada en unidad de cuidados intermedios, nuevamente cursó con sepsis de origen abdominal por aparición de nueva fístula duodenal secundaria a la perforación de úlcera gástrica, que la llevó a una nueva falla multiorgánica y sepsis generalizada, hasta su muerte (1.8).

Ahora bien, analizada la experticia rendida por el Dr. Carlos Sánchez Toro – Gestor del Departamento Quirúrgico del Hospital Universitario Clínica San Rafael, advierte la Sala que el médico **no** concluyó que en el Hospital de Fontibón II Nivel se hubiera brindado una atención médica inadecuada, inoportuna o ineficiente en relación con la sintomatología que presentó la menor Lina María Montoya Ramírez (1.4 y 1.5), pues los resultados de su análisis profesional fueron los siguientes (1.5):

“La paciente presente sepsis en forma progresiva en el Hospital de Fontibón hasta llegar a un estado de sepsis severa cuando es enviada al Hospital de Kennedy. (...).

No hay sospecha de abdomen agudo quirúrgico y sepsis en el Hospital de Fontibón hasta cuando se hace dicho diagnóstico en la institución y remiten al Hospital de Kennedy de urgencia.

La paciente no recibe el manejo requerido hasta cuando ingresa al Hospital de Kennedy, pues sólo allí se sabe qué presenta, hasta ser operada en el Hospital de Kennedy el día que llega la paciente”

De allí que para la Sala, lo único que indica el dictamen pericial de la referencia es que en el Hospital de Fontibón II Nivel la sepsis se presentó en forma progresiva, no hubo sospecha de abdomen agudo quirúrgico de forma inmediata y no se diagnosticó a la menor con la úlcera gástrica perforada, lo que fue la verdadera causa de la sepsis generalizada que la condujo a la muerte. Sólo fue hasta cuando se diagnosticó la perforación, en el Hospital Occidente de Kennedy, que se iniciaron los protocolos médicos requeridos para tratar la fisura de úlcera duodenal que desencadenó a la peritonitis y posterior sepsis generalizada con falla multiorgánica.

Sin embargo, ello no indica que se probó la falla en el servicio atribuida al Hospital de Fontibón ESE II Nivel pues, de la contrastación integral de los medios probatorios allegados al expediente, incluido el dictamen pericial rendido por el Dr. Sánchez Toro, para la Sala dicha Empresa Social del Estado brindó un servicio médico adecuado, eficiente y de conformidad con la sintomatología que presentó la menor Lina María Montoya Ramírez entre el 20 de noviembre y el 26 de noviembre de 2009, por los argumentos que pasan a exponerse:

Lo primero es señalar que tal como lo indicó el Dr. Luis Rubén Paz Acevedo, médico ginecobstetra, en prueba testimonial, cuando una paciente posparto o en puerperio inmediato¹⁵ presenta un proceso infeccioso, lo primero que se sospecha es una infección proveniente del útero o de sus anexos, por lo que debe descartarse que el proceso inflamatorio e infeccioso tiene origen ginecológico (1.9). En contraste con la historia clínica del Hospital de Fontibón ESE, se advierte que la menor Lina María Montoya Ramírez fue valorada por el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital en un primer momento, donde se brindó una atención médica oportuna e idónea, se solicitaron exámenes médicos desde el mismo día de las dolencias y se ordenó un plan médico que precisamente conllevó a que el 23 de noviembre de 2009, la menor tuviera una mejoría significativa y disminuyera el sangrado vaginal con el que cursaba (1.6).

Sin embargo, el día 24 de noviembre y ante la desmejora de la salud de la paciente, el servicio de ginecología solicitó interconsulta por cirugía general debido a la distensión y dolor abdominal, así como la ausencia de ruidos intestinales. La valoración por dicha especialidad fue adecuada y oportuna, pues se surtió a las dos (2) horas de requerida y en ella se solicitó RX de abdomen que arrojó como resultado que la menor se encontraba constipada con abundantes heces fecales, lo que conllevó a la práctica de un enema que efectivamente causó que Lina María Montoya Ramírez pudiera tener deposición en las próximas horas (1.6).

¹⁵ De conformidad con el testimonio rendido por el mismo Dr. Luis Rubén Paz Acevedo, médico ginecobstetra, se denomina “puerperio inmediato” a las 72 horas siguientes al alumbramiento (1.9).

En este punto, cobra especial relevancia lo asegurado en prueba testimonial por el Dr. César Augusto Acevedo Jiménez, médico cirujano especializado en cuidados críticos, al indicar que los síntomas de "abdomen distendido, dolor abdominal y presencia de heces" por sí solos "no indican a los galenos que necesariamente debe hacerse una laparotomía" (1.10), sino que es una decisión de los médicos tratantes a partir de otros hallazgos médicos. De igual forma señaló el Dr. Luis Rubén Paz Acevedo que las anotaciones en la historia clínica del Hospital Fontibón relativas a "inexistencia de movimiento intestinal" y la presencia de "abundantes heces" lo único que indicaban era la necesidad de ubicar el foco inicial de la infección para brindar tratamiento adecuado (1.9), por lo que no se probó que para esa fecha y de conformidad con la sintomatología que presentaba la paciente, debía advertirse por parte del Hospital de Fontibón ESE II Nivel que la menor requiriera intervención quirúrgica o que se tratara de un abdomen quirúrgico.

Ahora, en virtud de las complicaciones en el estado de salud de Lina María Montoya Ramírez, pese a haberse realizado edema y deposición de la paciente para el 25 de noviembre de 2009, se advierte que el servicio de ginecología, medicina interna y cirugía general fue prestado en forma oportuna y eficiente pues debido a la persistencia del malestar abdominal se volvió a practicar examen obstétrico, ecografía transvaginal, para descartar que se tratara de una infección de origen ginecológico, se realizó paracentesis donde se extrajo líquido turbio "no purulento y sin contenido intestinal, ni hemático", se solicitó cultivo GRAM y se determinó la necesaria remisión de la paciente a un III Nivel de manejo de interconsulta (1.6).

De allí que fuera hasta el 26 de noviembre del mismo año que, de conformidad con el resultado del cultivo GRAM, se haya determinado que la menor tenía peritonitis secundaria a un proceso infeccioso que debía identificarse a través de laparotomía exploratoria (1.6). Procedimiento quirúrgico que **no** se podía desarrollar en el Hospital de Fontibón ESE II Nivel ante la necesidad de contar con una unidad de cuidado intensivo para el posoperatorio, de conformidad con lo señalado por el médico anestesiólogo del servicio, la historia clínica del Hospital Occidente de Kennedy y el testimonio de la médico anestesióloga intensivista Dra. Sandra Patricia Sánchez Giraldo donde se evidencia que, efectivamente, posterior a la laparotomía exploratoria que se le realizó a la menor en esa misma fecha, la paciente requirió soporte ventilatorio e inotrópico¹⁶ por su estado de salud (1.8, 1.11).

Luego, se advierte que una vez identificada la peritonitis secundaria al proceso infeccioso de origen desconocido en el Hospital de Fontibón ESE II Nivel, los médicos tratantes brindaron un servicio adecuado e idóneo pues, por los servicios disponibles en el II Nivel, sólo podían ampliar el espectro antibiótico - como en efecto ocurrió (1.6) - pero no realizar la intervención quirúrgica requerida, ante la inexistencia de unidad de cuidado intensivo que requería la paciente. Sin embargo, advierte la Sala que ello no incidió en el resultado fatal e infortunado que ocurrió pues lo cierto es que se acreditó que la laparotomía exploratoria se realizó ese mismo día, 26 de noviembre de 2009, en las instalaciones del Hospital de Kennedy III Nivel, por lo que la imposibilidad material del Hospital de Fontibón II Nivel de realizar el procedimiento no conllevó a un procedimiento tardío e inoportuno que dilatara la práctica de la intervención quirúrgica.

Ello explica entonces que el Dr. Sánchez Toro haya indicado que fue hasta que Lina María Montoya Ramírez ingresó al Hospital de Kennedy que pudo saberse el origen infeccioso de la menor y tratarse de conformidad pues sólo es con la laparotomía exploratoria que es posible

¹⁶ Según el testimonio de la médico anestesióloga intensivista Dra. Sandra Patricia Sánchez Giraldo el soporte ventilatorio e inotrópico se refiere a la utilización de equipos médicos que "respiran por la paciente" y permiten que se regule su tensión arterial (1.11).

identificar que se trata de una úlcera perforada (1.4 y 1.5). Procedimiento que, como se reitera, no podía adelantarse en el Hospital de Fontibón II Nivel, por lo que una vez identificado por los médicos tratantes, se dispuso la inmediata remisión de la paciente a un Hospital de III Nivel.

En este mismo sentido se pronunció el Dr. César Augusto Acevedo Jiménez, médico cirujano especializado en cuidado crítico, cuando indicó que aunque el diagnóstico de remisión era una sepsis puerperal, el diagnóstico de úlcera perforada sólo se hizo en el intraoperatorio con la laparotomía, aunado a que aseguró que aunque se identifique y diagnostique sintomatológicamente la presencia de una úlcera perforada "el tratamiento es quirúrgico" (1.10).

Luego, aunque es cierto que el diagnóstico definitivo de la paciente sólo ocurrió en el Hospital Occidente de Kennedy, lo cierto es que la progresiva sepsis por peritonitis que sufrió la menor Lina María Montoya Ramírez, así como la úlcera perforada y posterior fístula no se ocasionaron por una presunta falla en el servicio médico del Hospital de Fontibón ESE II Nivel como quiera que se probó con las pruebas allegadas al proceso, que la atención ginecológica, de cirugía general, de medicina interna y anestesiología fueron adecuadas, oportunas y concordantes con la lex artis de cara a la sintomatología y circunstancias clínicas en las que se encontraba la paciente.

Cabe resaltar que de conformidad con las guías de práctica clínica basadas en la evidencia para el diagnóstico y tratamiento de la dispepsia en adultos, elaboradas por la Asociación Colombiana de Gastroenterología, se advierte que los problemas médicos relativos a la presencia y complicación de úlceras gástricas cursan con una serie de síntomas percibidos en hemiabdomen superior o región retroesternal que incluyen "pesadez posprandial (68%-84%), sensación de distensión o abombamiento del abdomen superior (68%-84%), ardor epigástrico (68%-74%), saciedad temprana (49%-72%)" y otros como "eructos (50%-60%), náuseas (39%-65%), pirosis (23%-63%) y vómito (23%-63%)"¹⁷. Sintomatología que, a excepción de la distensión o abombamiento del abdomen superior, no se presentó en la menor Lina María Montoya Ramírez mientras se encontraba en el Hospital de Fontibón ESE II Nivel.

Además, advierte la Sala que según lo determinado en las historias clínicas allegadas al expediente por parte de las demandadas, la menor no llevó un debido control prenatal, sino que ingresó al Hospital de Fontibón II Nivel con un pobre registro médico. Aunque a través de los interrogatorios de parte y el testimonio practicado a la señora Luz Marina Montoya Pulido, se asegura que Lina María Montoya Ramírez sí asistió a los controles prenatales señalados por sus médicos (1.12 y 1.14), lo cierto es que no obra prueba documental que controvierta lo determinado en la historia clínica y permita inferir que la menor se encontraba en perfecto estado de salud durante el embarazo, como quiera que sólo se allegó una copia de ecografía realizada el 3 de septiembre de 2009 (1.3) y no su historia clínica o el soporte de los controles prenatales donde probablemente podía haberse identificado alguna enfermedad que requiriera la intervención de la especialidad de gastroenterología, teniendo en cuenta que en el tercer trimestre de embarazo y el parto se incrementan los niveles de acidez gástrica, como lo aseguró la Dra. Mabel del Carmen Zurbarán Barrios en dictamen pericial del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (1.7).

Finalmente, para la Sala tampoco se encuentra acreditado el daño autónomo de pérdida de

¹⁷ Asociación Colombiana de Gastroenterología (2016-2017). Guía de práctica clínica basadas en la evidencia para el diagnóstico y tratamiento de la dispepsia en adultos. Directores: Luis Carlos Sabbagh, MD, FASGE. William Otero Regino, MD, FAGA. Consultado en: https://www.gastrocol.com/wp-content/uploads/2020/04/GPC2_Dispepsia.pdf

oportunidad pues del análisis de los hechos, pretensiones y las pruebas allegadas, no se advierte que los galenos del Hospital de Fontibón ESE II Nivel hayan dejado de practicar un procedimiento médico o quirúrgico respecto del cual existieran razonables posibilidades de evitar el desenlace fatal que conllevó a la muerte de Lina María Montoya Ramírez.

Para la Sala que se acreditó que el Hospital tuvo que descartar el origen ginecológico de la infección que se presume cuando las madres en puerperio temprano adquieren síntomas de procesos inflamatorios e infecciosos y la demás sintomatología no era concluyente respecto a la perforación de úlcera duodenal a tal punto que permitieran su diagnóstico y tratamiento sin la laparotomía exploratoria practicada en el Hospital Occidente de Kennedy ESE III Nivel. De hecho, únicamente a través de la práctica de dicha intervención quirúrgica los galenos de dicho centro hospitalario de III Nivel pudieron diagnosticar en debida forma a la menor Montoya Ramírez.

Adicionalmente, se reitera que el Dr. César Augusto Acevedo Jiménez, médico cirujano especializado en cuidados críticos, indicó que los síntomas de "abdomen distendido, dolor abdominal y presencia de heces" por sí solos "no indican a los galenos que necesariamente debe hacerse una laparotomía" (1.10). Aunado a que no se acreditó que tuvieran conocimiento del posible foco infeccioso abdominal antes de los resultados del cultivo GRAM ordenados por interconsulta que, sólo hasta el 26 de noviembre de 2009, reportó que el líquido abdominal era concordante con peritonitis y se trataba de un proceso infeccioso abdominal, sin origen ginecobstétrico, que debía ser identificado a través de una exploración quirúrgica de la cavidad abdominal.

En todo caso, pese a realizarse la señalada exploración, cerrarse la perforación duodenal que padeció Lina María Montoya con parche GRAHAM (1.8, 1.10 y 1.11) y realizar constantes lavados quirúrgicos gastrointestinales, se presentó nueva fisura duodenal que conllevó a la sepsis generalizada y la falla multiorgánica que la condujo a la muerte. Fisura que, según el testimonio de la Dra. Sandra Patricia Sánchez Giraldo, anestesióloga intensivista, tiene altas probabilidades de reaparición en este tipo de pacientes que han tenido perforaciones debido a que "el tejido ya está infectado y no 'pega' con facilidad" (1.11), por lo que aún con los cuidados médicos que se brindaron a la víctima existía una probabilidad alta de aparición de la fístula duodenal que llevó a su deceso.

4.- Costas Procesales.

Por no existir temeridad manifiesta de la parte vencida, la Sala se abstiene de condenar en costas, de conformidad con lo señalado en el artículo 171 del Código Contencioso Administrativo, reformado por el artículo 55 de la Ley 446 de 1998.

En mérito de lo expuesto, la Subsección "C" del de la Sección Tercera del Tribunal Administrativo de Cundinamarca, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

FALLA

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia proferida por el Juzgado 61 Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá D.C el pasado 17 de junio de 2019, de conformidad a lo expuesto en la parte motiva de la presente sentencia.

SEGUNDO: Sin condena en costas.

TERCERO: Ejecutoriada la presente providencia y cumplido lo anterior, por Secretaría devolver el expediente al Juzgado de origen para lo de su cargo.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE, CÚMPLASE

JOSÉ ÉLVER MUÑOZ BARRERA

Magistrado

MARÍA CRISTINA QUINTERO FACUNDO

Magistrada

FERNANDO IREGUI CAMELO

Magistrado

Firmado electronicamente por la Sala, desde la plataforma SAMAI.