



## JUZGADO TERCERO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO

Ibagué, veintitrés (23) de marzo de dos mil veintiuno (2021)

**MEDIO DE CONTROL:** REPARACIÓN DIRECTA  
**DEMANDANTE:** VANESSA MEJÍA SÁNCHEZ Y OTROS  
**DEMANDADO:** E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DEL LÍBANO Y OTRO  
**RADICACIÓN:** 73001-33-33-003-2014-00413-00

### ASUNTO

Procede este Juzgado a emitir sentencia, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 187 de la Ley 1437 de 2011, dentro del presente medio de control de Reparación Directa impetrado por **Vanessa Mejía Sánchez, Erika Paola Mejía Sánchez, Blanca María Alturo, Diógenes Romero, Magda Yaneth Sánchez Duque, Giovanni Alexander Romero A. y Nelbin Mejía Muñoz**, actuando por intermedio de apoderado judicial, contra el **Hospital Regional del Líbano E.S.E. y la Clínica Ibagué -SALUDCOOP (entiéndase Corporación IPS SALUDCOOP)**

### I. ANTECEDENTES

#### 1. DEMANDA

Los demandantes, actuando por intermedio de apoderado judicial, formulan demanda en contra del **Hospital Regional del Líbano E.S.E. y Corporación IPS SALUDCOOP**, para reclamar, respectivamente, el resarcimiento de los presuntos perjuicios materiales, morales y fisiológicos, por una alegada prestación negligente del servicio de atención médica a **Erika Paola Mejía Sánchez**, en hechos ocurridos entre el 1º de abril y el 9 de mayo de 2012; así mismo solicitan se condene en costas a la parte demandada.

#### 2. HECHOS.

Como sustento fáctico relevante, se dice que:

- 2.1. Erika Paola Mejía Sánchez, quien se encontraba afiliada a Saludcoop E.P.S., estaba embarazada de su primer hijo, teniendo aproximadamente 7 meses de gestación hacia el mes de abril de 2012, y recibía la atención de control prenatal en la I.P.S. Saludcoop del Municipio del Líbano, sin que se le hubiere advertido en tales controles, algún tipo de problema o anomalía durante su embarazo.
- 2.2. En la mañana del 1º de abril de 2012, Erika Paola Mejía Sánchez presentó dolores fuertes en su abdomen, razón por la cual fue atendida en la tarde de ese mismo día en la unidad de urgencias del Hospital Regional del Líbano, en donde fue diagnosticada con una infección urinaria, en virtud de lo cual se le formularon medicamentos y fue remitida a su casa alrededor de las 5:00 p.m.

- 2.3.** A las 7:00 p.m. del mismo 1º de abril de 2012, Erika Paola Mejía Sánchez regresó al Hospital Regional del Líbano, pues continuaba con dolor persistente, siendo dejada en observación y luego intervenida quirúrgicamente por apendicitis con peritonitis localizada.
- 2.4.** Luego de practicada la cirugía, el médico tratante le informó que su estado de salud era óptimo y la citó para control de la cirugía a la semana siguiente; no obstante, el 8 de abril la paciente no podía ponerse de pie a causa del dolor que presentaba en la zona abdominal, así que fue transportada en ambulancia hasta el Hospital Regional del Líbano, en donde fue diagnosticada con una infección y le practicaron incisión con bisturí cerca de la herida quirúrgica, con lo que se advirtió supuración, y fue hospitalizada por varias horas sin recibir tratamiento.
- 2.5.** El día 9 de abril de 2012, la paciente seguía hospitalizada y fue valorada por un médico cirujano de turno, quien manifestó que no la iba a atender, pues su estado de salud era crítico y no quería asumir responsabilidades; ante esto, la paciente fue trasladada en ambulancia a la Clínica Saludcoop de Ibagué, a petición de sus padres y su compañero permanente, y una vez allí el médico tratante indicó que debía abrirle la herida para poder diagnosticarla.
- 2.6.** La paciente fue operada y se le realizó un lavado de abdomen para desinfectar la herida quirúrgica; a los dos días siguientes, dada la persistencia del dolor, otro médico la valoró y señaló que debía hacerse incisión en todo el abdomen por la gravedad de la infección, lo cual se realizó advirtiéndose por parte de los médicos que el problema, que consideraron normal, consistía en que las heridas de Erika Paola Mejía Sánchez no cerraban por el crecimiento del feto en gestación.
- 2.7.** A la paciente, que continuó hospitalizada, un médico le informó que le iba a cerrar la herida quirúrgica, sin embargo, otro médico procedió a quitarle los puntos que le quedaban de tal herida, para hacerle lavado y desinfección.
- 2.8.** A la semana de estar hospitalizada, la paciente presentó problemas de deglución, motivo por el cual se le iba a practicar una traqueotomía para darle alimento, pero esa intervención fue interrumpida porque aquella manifestó no sentir movimientos del feto; se le practicaron monitoreos y los médicos le informaron a la madre gestante, el 23 de abril de 2012, que no había problema alguno con el feto.
- 2.9.** La paciente insistió, así que le realizaron una ecografía con la que verificaron que el feto ya no tenía vida y fue hasta el 26 de abril de 2012 que le indujeron el parto y le practicaron un legrado.
- 2.10.** Los demandantes, familiares de la paciente Erika Paola Mejía Sánchez, incluyendo su compañero, participaron en una ceremonia fúnebre en honor a su sobrino, nieto e hijo, a quien enterraron con el nombre de Juan Pablo Romero Mejía; a esta ceremonia no pudo asistir Erika Paola, al seguir hospitalizada.

- 2.11. La demandante Erika Paola Mejía Sánchez fue dada de alta el 9 de mayo de 2012 y le asignaron cita de control para el mes de julio de 2012; no obstante, a los 20 días de la salida del hospital, esta se presentó de nuevo en la entidad porque sus heridas no habían cerrado completamente, siendo allí revisada por un médico, quien le indicó que no había problema alguno y podía regresar a su municipio de residencia.
- 2.12. En julio de 2012 la paciente asistió a la cita de control, siéndole encontrada una hernia en el abdomen, que al parecer se había formado a causa de las cirugías practicadas y el mal proceso de cicatrización, y se le informó que tal hernia podía extraérsele hasta que perdiera 20 kilos de peso, y además debía practicársele una reconstrucción de abdomen.
- 2.13. En octubre de 2012 el médico tratante le indicó a Erika Paola Mejía Sánchez que no podían operarla porque no había bajado el peso suficiente y que, además, según los exámenes realizados, el intestino se le había pegado a la piel abdominal, lo cual también necesitaba cirugía.
- 2.14. Un médico especialista de Saludcoop E.P.S. le diagnosticó esterilidad a Erika Paola Mejía Sánchez a causa del deterioro sufrido por las cirugías, el aborto, el parto inducido y el legrado que le practicaron.
- 2.15. En octubre de 2013 la demandante fue operada de la hernia y se le hizo la reconstrucción de abdomen, siendo determinado que requería de una posterior cirugía plástica para adecuar la estética del abdomen, lo cual no sería cubierto por la E.P.S.
- 2.16. Erika Paola Mejía Sánchez y su compañero permanente, Giovany Alexander Romero Alturo, sufrieron problemas emocionales a raíz de la esterilidad diagnosticada de aquella y de las afectaciones de salud físicas y mentales que presentó la misma por haber estado casi al borde de la muerte y por las secuelas que sobrevinieron, especialmente las referidas a la imposibilidad de tener un hijo y al aspecto de la zona de su abdomen; lo anterior derivó en el deterioro de la relación de pareja y en la consecuente separación de ambos compañeros.
- 2.17. La hermana y padres de Erika Paola Mejía Sánchez y los padres de Giovany Alexander Romero Alturo sufrieron por la pérdida de quien sería el primer sobrino y primer nieto, respectivamente.

### 3. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

#### 3.1. Corporación IPS SALUDCOOP (fl. 194-218)

Se opone a la prosperidad de las pretensiones, haciendo la manifestación respectiva frente a los hechos narrados en la demanda; como argumentos de defensa, esgrime bajo el rótulo de excepciones, **Cumplimiento de las obligaciones contractuales y extracontractuales por parte de la Corporación I.P.S. Saludcoop-Clínica Saludcoop Ibagué; Culpa probada y carga de la prueba; Inexistencia de relación de causalidad entre los actos desplegados y**

**el lamentable deceso; Actuar discrecional de los profesionales de la medicina; Frente al monto de las pretensiones y el juramento estimatorio**, que, en síntesis, plantean, respectivamente, que la I.P.S. prestó de forma directa los servicios de salud a la usuaria, de manera oportuna y diligente, cumpliendo la normatividad, protocolos institucionales, guías de manejo del Ministerio de Salud y *lex artis*; que en estos casos la responsabilidad del médico no puede presumirse, además de que en el caso concreto, las complicaciones presentadas obedecen a la configuración de los riesgos inherentes a las patologías y condiciones de la paciente; y que la tasación de los perjuicios es desmesurada y desconoce lo dispuesto por el Consejo de Estado en la materia.

### **3.2. Hospital Regional del Líbano Tolima E.S.E.** (fl. 220-225)

Se opone a la prosperidad de las pretensiones incoadas en la demanda, haciendo la manifestación respectiva frente a los hechos narrados en el libelo; como argumentos de defensa esgrime la excepción denominada **Cumplimiento del protocolo médico-Lex artis**, indicando que las actuaciones surtidas por los médicos del hospital fueron ajustadas al protocolo médico, y por lo tanto no es el llamado a responder por el presunto daño causado.

## **4. TRÁMITE PROCESAL**

La demanda fue presentada el 20 de junio de 2014 (Fol. 1), siendo luego de varios requerimientos a la parte actora, finalmente admitida a través de auto fechado 3 de marzo de 2015, disponiendo lo de Ley (Fol. 161); vencido el término de traslado para contestar, mediante auto de 23 de mayo de 2016 se fijó fecha para la audiencia inicial consagrada en el artículo 180 del CPACA (Fl. 311), frente a lo cual hubo solicitud de aplazamiento, sienta reprogramada, mediante auto de 7 de septiembre de 2016 (Fl. 324) para llevarse a cabo el día 18 de noviembre de 2016; fecha en la que se llevó a cabo con la comparecencia de los apoderados judiciales de las partes (Fl. 328 a 332); en ella se analizaron los requisitos de procedibilidad, se fijó el litigio, se evacuó el trámite correspondiente a las posibles fórmulas de conciliación sin que las partes llegaran a un acuerdo, y se decretaron pruebas y seguidamente. Los días 30 de marzo de 2017 (Fls. 352 a 355) y 18 de febrero de 2020 (Fls. 399 a 400) se adelantó la audiencia de pruebas consagrada en el artículo 181 del C.P.A.C.A, en la que se evacuaron las pruebas decretadas y se autorizó la presentación por escrito de los alegatos de conclusión dentro de los 10 días siguientes, derecho del cual hicieron uso el Hospital Regional del Líbano E.S.E. y Corporación IPS Saludcoop, y mientras corría dicho término, la Procuraduría Judicial 106 en lo Administrativo de Ibagué presentó concepto, tal y como se evidencia en constancia secretarial obrante a folio 421 del expediente, cuyos argumentos serán objeto de análisis en este fallo.

## **5. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN.**

### **5.1. Parte demandante**

No presentó alegatos de conclusión.

## **5.2. Hospital Regional del Líbano (Fls.403-404)**

Indica que en el caso bajo estudio no existe prueba efectiva de la falla del servicio por parte de la entidad demandada. Su tesis la sustenta, afirmando que la atención brindada fue totalmente ajustada a los protocolos que ordena el ejercicio de la medicina, lo cual afirma quedó demostrado con el dictamen pericial rendido por el especialista escuchado en audiencia y los testimonios de los médicos tratantes.

## **5.3. Corporación IPS Saludcoop (Fls. 405--409).**

Afirma que con del material probatorio recaudado no se demuestra la existencia de los elementos necesarios para atribuir una responsabilidad como al que se pretende endilgar a la parte demandada, así como tampoco se encuentra acreditada la relación de causalidad entre el daño y la conducta desplegada. Además, indica que las E.S.E. son las llamadas a responder por las fallas en la prestación de los servicios de salud cuando esto corresponda, en virtud de la autonomía y obligaciones que por ley ostentan, y aunado a esto, agrega que los médicos que atienden directamente los pacientes son los que toman las decisiones frente al tratamiento para estos y por esto corresponde que las E.P.S. respondan por los tratamientos escogidos por los mencionados profesionales de salud.

## **5.4. Concepto del Ministerio Público (Fls. 410-420).**

Luego de hacer referencia a las pruebas practicadas, la señora delegada del Ministerio Público, indicó que el asunto carecía de prueba que permitiera determinar que la actuación del personal médico de las entidades accionadas se constituye en la causa generadora del daño y menos la configuración de una falla del servicio y que al contrario, el dictamen pericial da cuenta de la atención oportuna y pertinente a la paciente.

## **II. CONSIDERACIONES**

Agotado el trámite de instancia, procede el Despacho a dirimir a continuación la controversia.

### **1. COMPETENCIA**

Es competente este Despacho para aprehender el conocimiento del presente asunto en primera instancia, de conformidad a lo previsto en la cláusula general de competencia consagrada en el inciso 1º del artículo 104 del C.P.A.C.A., así como lo dispuesto en los artículos 155 numeral 6º y 156 numeral 6º *ibídem*.

### **2. PROBLEMA JURÍDICO**

El problema jurídico a resolver, consiste en determinar si los demandados E.S.E. Hospital Regional del Líbano y Corporación IPS Saludcoop, son administrativamente responsables, por los perjuicios materiales e inmateriales que se dicen causados a los demandantes, como consecuencia de la presunta falla en el servicio médico y asistencial prestado a Erika Paola Mejía Sánchez.

### 3. MARCO JURÍDICO

#### 3.1. *Responsabilidad patrimonial del Estado*

Existe una cláusula general de responsabilidad patrimonial del Estado, cuyo fundamento constitucional está consagrado en el artículo 90 de la Constitución Política, que preceptúa: “*El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas.*”, lo cual supone la responsabilidad de cualquier autoridad pública, no solo por el actuar antijurídico de sus agentes, sino también por sus acciones lícitas que, aunque estén encaminadas a la satisfacción de los fines esenciales del estado, devienen en antijurídicas, cuando imponen a los coasociados, una carga que no están en el deber jurídico de soportar.

Bajo este entendido, para que exista responsabilidad del Estado se requiere de la concurrencia de varios elementos, a saber: (i) el daño antijurídico, (ii) la imputabilidad jurídica y fáctica del daño a un órgano del Estado y, (iii) el nexo causal entre el daño y el hecho de la administración.

A partir de la disposición constitucional trascrita, la jurisprudencia y la doctrina contencioso administrativa han desarrollado distintos regímenes de responsabilidad imputables al Estado, como (i) el subjetivo, que se basa en la teoría de la falla del servicio y (ii) el objetivo, que obedece a diferentes situaciones en las cuales la entidad estatal está llamada a responder, por un lado, con ocasión del ejercicio de actividades peligrosas o la utilización de elementos de la misma naturaleza, caso en el cual se habla del régimen del riesgo excepcional, y por otro, debido a la ruptura de la igualdad frente a las cargas públicas, caso en el cual estamos en presencia del régimen del daño especial, por ende, corresponde determinar en cada caso, el régimen de responsabilidad aplicable.

En el caso concreto, los demandantes en sus pretensiones solicitan que se declare que las demandadas incurrieron en falla del servicio médico que les originó perjuicios; en los enunciados fácticos se hace referencia a que el daño se concretó en el procedimiento médico y hospitalario aplicado de forma tardía, negligente y sin pericia en la atención a Erika Mejía Sánchez, desde el 1º de abril de 2012 hasta el día en que fue dada de alta el 9 de mayo de 2012. (ver hechos 7, 22 y 24 de la demanda a fls. 121 y 123)

Bajo ese hilo conductor, es claro para el Despacho que el título de imputación que se ajusta a las pretensiones de la demanda es el de **falla del servicio** por la actividad médica hospitalaria<sup>1</sup>, para lo cual le corresponde a la parte accionante demostrar la ocurrencia de todos los elementos integradores de este tipo de responsabilidad, esto es, i) un daño antijurídico que configure lesión o perturbación de un bien jurídicamente tutelado, ii) una falla en la prestación del servicio por retraso, irregularidad, ineficiencia, omisión o ausencia del mismo, y iii) un nexo de causalidad entre la falla o falta de prestación del servicio a que la Administración está obligada y el daño.

<sup>1</sup> Consejo de Estado-Sección Tercera-Subsección B. Sentencia del 5 de marzo de 2015. Expediente: 50001-23-31-000-2002-00375-01(30102).

### **3.2. De la falla probada del servicio en los casos de responsabilidad médica.**

En relación con la responsabilidad por perjuicios causados con ocasión de la prestación de servicios médicos, la Sección Tercera del Consejo de Estado<sup>2</sup> luego de diversas posturas jurisprudenciales, ha señalado que el régimen de responsabilidad aplicable es el de falla probada del servicio; es así que dicho cuerpo colegiado en sentencia del 24 de julio de 2013 dentro del expediente No. 25000-23-26-000-2000-01412-01 Numero interno 30309, adujo que:

*“La Responsabilidad por falla médica ha evolucionado a lo largo de los años, pasando desde el régimen de falla probada del servicio, la falla presunta del servicio, la carga dinámica de la prueba y en el año 2006, mediante Sentencia del 31 de agosto, volvió al régimen de falla probada, en razón de la complejidad de los temas médicos y la dificultad para las instituciones públicas en el ámbito probatorio, debido al tiempo que transcurre y la cantidad de casos que manejan”, razón por la cual actualmente en “los casos de falla médica son revisados actualmente bajo el régimen de la falla probada del servicio, en el cual no solo debe demostrarse la existencia de un daño, sino también su imputabilidad a la entidad que se demanda”.*

Es que, a voces del Consejo de Estado, en materia de responsabilidad médica, la presunción de la falla del servicio eliminaría del debate probatorio asuntos de suma importancia, como la distinción de hechos que pueden calificarse como omisiones, retardos o deficiencias, así como aquellos que puedan ser efectos de la misma enfermedad que sufra el paciente; por tanto, trasladar al Estado la carga de desvirtuar dicha presunción, en una materia sumamente compleja, donde el paso del tiempo y las condiciones de masa (impersonales) en las que se presta el servicio en las instituciones públicas hacen muy compleja la demostración de todos los actos en los que éste se materializa. Y es que el sólo transcurso del tiempo entre el momento en que se presta el servicio y aquél en el que la entidad debe ejercer su defensa, aunado además a la imposibilidad de establecer una relación más estrecha entre médicos y pacientes, hace más difícil para la entidad que para el paciente acreditar las circunstancias en las cuales se prestó el servicio.

Por consiguiente, de manera reiterada determina el Consejo de Estado que debe ser una exigencia institucional, llevar de forma clara y completas las historias clínicas de manera tal *“que su solo estudio permita al juez, **con la ayuda de peritos idóneos**”*<sup>3</sup> establecer si hubo o no responsabilidad estatal en los daños que invoquen sufrir los pacientes como consecuencia de la prestación de un servicio médico.

### **3.3. De la atención en el servicio de urgencias**

De conformidad con el artículo 49 Constitucional, la atención en salud es un servicio público a cargo del Estado, además un derecho fundamental, lo que supone un disfrute de bienes y servicios que puedan alcanzar el más alto nivel posible en el

<sup>2</sup> Consejo de Estado. Sentencias de 3 de mayo de 2007. Expediente: 17.280; 26 de marzo de 2008. Expediente: 16.085; 23 de abril de 2008. Expediente: 15.750; 28 de abril de 2010. Expediente: 20.087. Sentencia del 5 marzo de 2015, expediente 50001-23-31-000-2002-00375-01(30102).

<sup>3</sup> Sentencia del 22 de enero de 2014, Consejo de Estado-Sección Tercera-Subsección C, Rad. 25000-23-26-000-1999-01117-01(27076)

mismo. A través de la Ley 100 de 1993 se reguló el sistema de seguridad social en materia de salud, estableciéndose además de la atención de urgencias en todo el territorio nacional<sup>4</sup>, unos niveles de complejidad de las instituciones prestadoras de servicio (Baja<sup>5</sup>, Media<sup>6</sup> y Alta<sup>7</sup>) y los niveles de atención<sup>8</sup> que se prestan respecto a las actividades, procedimientos e intervenciones (Nivel I, Nivel II, Nivel III), donde el tercer nivel de atención incluye aquellas intervenciones o enfermedades de alta complicación y costo, que debido a ello requieren para su atención, del nivel más especializado y de la mayor calidad de atención humana, técnica y científica<sup>9</sup>.

Por su parte, el Decreto 412 de 1992, reglamentó el servicio de urgencias, independientemente de la persona que solicite el servicio<sup>10</sup> y además dio 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. ATENCION 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. ATENCION 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*

<sup>4</sup> Numeral 2º del artículo 159 de la Ley 100 de 1993: Garantías de los afiliados.

<sup>5</sup> Baja complejidad: Son aquellas instituciones que habilitan y acreditan en su mayoría servicios considerados de baja complejidad y se dedican a realizar intervenciones y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica, internación, atención de urgencias, partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica básicos en lo que se denomina primer nivel de atención.

<sup>6</sup> Mediana complejidad: Son instituciones que cuentan con atención de las especialidades básicas como lo son pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia y ginecobstetricia con disponibilidad las 24 horas en internación y valoración de urgencias, además ofrecen servicios de consulta externa por especialista y laboratorios de mayor complejidad, en lo que es el segundo nivel de atención.

<sup>7</sup> Alta complejidad: Cuentan con servicios de alta complejidad que incluyen especialidades tales como neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, dermatología, etc. con atención por especialista las 24 horas, consulta, servicio de urgencias, radiología intervencionista, medicina nuclear, unidades especiales como cuidados intensivos y unidad renal. Estas Instituciones con servicios de alta complejidad atienden el tercer nivel de atención, que incluye casos y eventos o tratamientos considerados como de alto costo en el POS.

<sup>8</sup> Los Niveles de Atención en la Salud se definen como la capacidad que tienen todos los entes prestadores de servicios de salud y se clasifican de acuerdo a la infraestructura, recursos humanos y tecnológicos.

<sup>9</sup> Calidad de la atención es el conjunto de características técnico- científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se provea a los beneficiarios, para alcanzar los efectos posibles con los que se obtenga el mayor número de años de vida saludables y a un costo que sea social y económicamente viable para el sistema y sus afiliados. Sus características son: oportunidad, agilidad, accesibilidad, continuidad, suficiencia, seguridad, integralidad e integridad, racionalidad lógico-científica, costo-efectividad, eficiencia, humanidad, información, transparencia, consentimiento y grado de satisfacción de los usuarios.

<sup>10</sup> Artículo 2º ibidem.

*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”<sup>11</sup>.*

Al respecto, si bien se establece que la responsabilidad de las entidades de salud está supeditada al nivel de atención y grado de complejidad, el Consejo de Estado-Sección Tercera en sentencia proferida el 18 de mayo de 2017 dentro del expediente 35613, indicó:

*“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”.*

#### **4. PRUEBAS RELEVANTES PRACTICADAS.**

##### **4.1. Pruebas documentales:**

Decantados los parámetros jurisprudenciales actualmente imperantes y que resultan aplicables para resolver el problema jurídico, conviene descender en el examen de los elementos de juicio obrantes en el plenario, y sobre los que se erigirá la respectiva decisión de fondo, dentro de los cuales se destacan entre otros, los siguientes:

- Registro civil de nacimiento y cédula de ciudadanía de Erika Paola Mejía Sánchez.
- Certificado de defunción del hijo de Erika Paola Mejía Sánchez.
- Registros civiles de nacimiento y cédulas de ciudadanía de Vanessa Mejía Sánchez, Magda Yaneth Sánchez Duque, Nelbin Mejía Muñoz, que acreditan cual hubiere sido su parentesco con el hijo de Erika Paola Mejía Sánchez y de los demandantes entre sí. (Fol.6-16).
- Historia clínica de Erika Paola Mejía Sánchez correspondiente a la atención médica en el Hospital Regional del Líbano E.S.E. (fls. 17-40 y 229-307 Cuad. Princ. y Fls. 2-70 Cuad. Prueb.).
- Historia clínica de Erika Paola Mejía Sánchez correspondiente a la atención médica en la Clínica Ibagué el Hospital Regional del Líbano E.S.E. (Fls. 42-110 Cuad. Princ. Tom. I. y Fls. 101-169 Cuad. Prueb.)

##### **4.2. Pruebas testimoniales:**

En audiencia de pruebas del 30 de marzo de 2017, se escucharon los testimonios de los médicos Deslazar Orielson García Moreno (médico y cirujano general) y

---

<sup>11</sup> Artículo 3 ibídem.

Carmelo Díaz Pájaro (médico y cirujano general), quienes atendieron a la paciente en el Hospital Regional del Líbano y en cuyas declaraciones refirieron que la atención brindada a esta, es la que aparece consignada en la historia clínica, la cual resultó acorde con la sintomatología inicialmente presentada, la apendicectomía realizada y las complicaciones posteriormente presentadas.

#### **4.3. Dictamen pericial:**

El médico especialista en ginecología y obstetricia, Carlos Arturo Vivas Ramírez, adscrito a la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología, rindió dictamen pericial (Fis. 129-140), el cual fue sustentando y ampliado en audiencia de pruebas el 18 de febrero de 2020, a cuyas conclusiones se referirá el Despacho al estudiar los elementos de responsabilidad en el caso concreto.

El perito indicó como conclusión general frente al caso de la paciente Erika Paola Mejía Sánchez, que se trató de una paciente en estado de embarazo de segundo trimestre, la cual presentaba dolor abdominal agudo, siendo diagnosticada con apendicitis aguda e intervenida quirúrgicamente para su extracción; precisó sobre la recuperación posoperatoria que en todos los casos siempre hay riesgos relacionados con la patología de base y con cualquier acto quirúrgico, tales como la extensión de la infección localizada a todo el cuerpo, complicaciones en otros órganos distantes, procesos infecciosos residuales o hemorragias, y que tales riesgos incluyen el embarazo y el bebé en formación, pues en el caso de las mujeres embarazadas, en estos casos pueden tener parto anticipado o el líquido amniótico o la placenta y el feto pueden presentar procesos infecciosos. Explicó que la paciente concretamente tuvo una complicación posoperatoria referida a absceso residual en el sitio de la cirugía, lo cual requirió una nueva intervención quirúrgica y todo esto llevó a complicar su problema de base en el sentido de que el proceso infeccioso inicial se reactivó o tuvo un proceso residual, ocasionando esto una respuesta inflamatoria en todo el cuerpo; finalizó la conclusión general, refiriendo que los cuidados posoperatorios que recibió la paciente fueron los habituales.

Durante la audiencia de pruebas, refirió que la apendicectomía practicada a la demandante fue realizada de acuerdo a los cánones establecidos por la *lex artis*, y esta debió hacerse para evacuar el foco infeccioso, siendo dificultoso diagnosticar la apendicitis a este tipo de pacientes, pues los síntomas clásicos o característicos de esta enfermedad no se presentan de igual forma que en las mujeres no embarazadas, tales como la aparición del dolor, pudiendo ser confundidos con los usuales síntomas del embarazo, como las náuseas o vómito. Además, puntualizó que el procedimiento que se observó con la paciente fue el correcto de acuerdo al estado inicial de su ingreso y que el riesgo inherente en casos de apendicitis y embarazo, son asociados, y varían, según la severidad de la patología de base o apendicitis, si hay un compromiso sistémico, o si el apéndice está roto o la cirugía tiene una complicación adicional.

Explicó que después de la primera cirugía, la paciente estaba estable y el procedimiento quirúrgico fue evaluado positivamente de acuerdo a los pasos y propósitos establecidos y sin que se presentara una complicación intraoperatoria; precisó que la paciente, para el momento de la cirugía, tenía el apéndice perforado,

lo cual afecta las expectativas de evolución de una apendicectomía e implica un riesgo adicional por la contaminación. Finalmente, señaló que no es correcto decir que la segunda intervención quirúrgica se tuvo que realizar porque la primera intervención no se hizo bien, pues la segunda cirugía se realizó a partir de una condición nueva que sí está asociada a la primera intervención, pero que tiene que ver con complicaciones posoperatorias y una serie de condiciones de la paciente.

## **5. ANÁLISIS DE LOS ELEMENTOS DE RESPONSABILIDAD ESTATAL EN EL CASO CONCRETO**

### **5.1. EL DAÑO**

La jurisprudencia Contencioso - Administrativa ha definido el daño antijurídico como *“la lesión de un interés legítimo, patrimonial o extrapatrimonial, que la víctima no está en la obligación de soportar, que no está justificado por la ley o el derecho”*, en otros términos, aquel que se produce a pesar de que *“el ordenamiento jurídico no le ha impuesto a la víctima el deber de soportarlo, es decir, que el daño carece de causales de justificación”*<sup>24</sup>.

También ha indicado que dicho daño tiene como características *que sea cierto, presente o futuro, determinado o determinable*<sup>25</sup>, *anormal*<sup>26</sup> y *que se trate de una situación jurídicamente protegida*<sup>27</sup>.

A su vez, la jurisprudencia constitucional considera *que el daño antijurídico se encuadra en los “principios consagrados en la Constitución, tales como la solidaridad (Art. 1º) y la igualdad (Art. 13), y en la garantía integral del patrimonio de los ciudadanos, prevista por los artículos 2º y 58 de la Constitución”*<sup>28</sup>.

Según se desprende del texto de la demanda, el daño antijurídico cuya reparación se pretende en el *sub lite*, es la afectación de salud que sufrió Erika Paola Mejía Sánchez con ocasión a su patología de apendicitis, incluyendo aquí la pérdida de su embarazo por muerte fetal intrauterina, lo cual se encuentra plenamente acreditado con la historia clínica, no así la esterilidad de la paciente, que a través de ningún medio de prueba se corroboró en este trámite.

Constada la existencia del daño, se debe establecer si el mismo resulta atribuible a o imputable a las entidades demandadas, y, por lo tanto, si tienen el deber de resarcir los perjuicios que de él se derivan.

### **5.2. IMPUTACIÓN DEL DAÑO**

Bajo los criterios jurisprudenciales expuestos precedentemente, y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 187 del CPACA, en el sentido de que toda decisión judicial debe fundarse en las pruebas regular y oportunamente allegadas al proceso, las cuales deben ser apreciadas en su conjunto a la luz de las reglas de la sana

crítica y de conformidad con los razonamientos jurídicos adecuados, en esa medida, en el *sub iudicio* esta instancia judicial verifica lo siguiente:

Según la historia clínica del **Hospital Regional del Líbano** aportada, se puede evidenciar:

**Que Erika Paola Mejía Sánchez consultó el 1 de abril de 2012** en horas de la mañana por un dolor tipo contracción uterina, siendo reportado a la **1:34 pm** *“paciente con cuadro clínico de dolor en hipogastrio tipo cólico, el cual califica de intensidad de 9/10, paciente en estado de gestación con 21 semanas de gestación por ecografía tomada hace tres días, la cual reportó normalidad y viabilidad de producto paciente niega sangrado vaginal manifiesta también coluria, siendo diagnosticada con infección no especificada en las vías urinarias en el embarazo de 21.2 semanas, no evidenciando anormalidad comentada a ginecólogo de turno Dr. Osorio el cual decide manejo ambulatorio, medicamentos formulados Hioscina Butil Eromuro 20mg”*.

Luego, al persistir el dolor a pesar del manejo ambulatorio dado en la mañana, **fue ingresada a las 11:43 pm** del mismo día a hospitalización presentando el siguiente cuadro: *“refiere adecuada tarde, no dolor, no picos febriles, micción y deposición normales, tolerando la vía oral; buen estado general, afebril, hidratada, temperatura corporal (36.81)- P.A.B. (MMAG) (120)- frecuencia cardiaca (122)-, mucosas húmedas y rosadas, corazón ritmo cardiaco sin soplos, respiratorio sin sobreagregados, abdomen blando depresible con útero grávido altura uterina de 12 cm, urológico sin déficit, extremidades sin edemas, hemo dinámicamente estable, con p orina tomado con sonda IVU”, siendo indicado inicio de antibiótico IV previa toma de urocultivo, dieta blanda, cefradina, ranitidina, bromuro de hioscina, control de signos vitales y aviso de cambios.*

Al día siguiente, **2 de abril de 2012, a las 8:45 am** la paciente refiere *persistencia del dolor abdominal de predominio en fid, asociado a múltiples episodios eméticos, niega fiebre, mvts fetales positivos, no pérdidas vaginales, dictando el análisis médico un cuadro clínico de aprox. 24 horas de evolución de dolor abdominal inicialmente generalizado que posteriormente se localiza en FID, paraclínicos con evidencia de leucocitos y neutrofilia, uroanálisis no conclusivo, se inicia manejo analgésico, sin embargo paciente persiste con intenso dolor y emesis, refiere mvts fetales positivos, niega perdidas vaginales, en el momento paciente hermodinámicamente estable, sin SIRS, sin dificultad respiratoria, persiste muy algica, valorada por ginecólogo de turno Dr. Osorio, quien indica hemograma de control y valoración por cirugía general, se suspende vía oral.*

**10:20 am:** *Persistencia de náuseas y emesis, se ordena dosis única de meoclopramida, sin embargo, paciente requiere ser alergia a medicamento, se suspende orden y se pasa bolo de 500 cc de ssn 0.98.*

**10:33 am:** *Valoración por cirugía general, realización de ecografía obstétrica, iniciar tratamiento antibiótico con ampicilina/sulbactam y nueva valoración para definir conducta.*

**12:27 am:** *paciente hermodinámicamente estable, sin dificultad respiratoria, sin SIRS, persisten con dolor abdominal sin emesis, mvts fetales positivos, niega*

pérdidas vaginales, se explica a paciente realización de ecografía (4:00 pm) en horas de la tarde ya que en el momento no hay servicio disponible.

**1:42 pm:** Paciente refiere aumento de intensidad de dolor, sin otros síntomas asociados al examen físico hermodinámicamente estable, sin dificultad respiratoria, abdomen plano depresible dolor a la palpación y fosa iliaca derecha se ordena dosis unidad de buscapina compuesta y continuar vigilancia clínica estricta en espera de realización de ecografía y nueva valoración por ginecología y cirugía general para definir conducta.

**3:00 pm:** Paciente valorada nuevamente por ginecólogo de turno quien encuentra paciente con dolor a la palpación de flanco y fosa derecha, con signos de irritación peritoneal, considera cuadro clínico y paraclínicamente positivo de apendicitis, puesto que persiste leucocitosis y dolor abdominal a pesar de manejo analgésico y antibiótico instaurado, comenta paciente con cirujano de turno y deciden pasar a sala de cirugía para procedimiento quirúrgico.

Paciente de emb. De 22.5 sem con cuadro de aprox. 24 horas de evolución de dolor abdominal inicialmente generalizado posteriormente se localiza en la fosa iliaca derecha, paraclínicos con evidencia de leucocitosis y neutrofilia, uroanálisis no patológico relacionado con infección urinarias con intenso dolor y emesis, hermodinámicamente estable sin dificultad respiratoria, cuadro clínico compatible con apendicitis, se solicita ecografía para evaluar bienestar fetal, revaloración por ginecología con reporte ecográfico, se reajusta la antibioterapia, se sugiere concepto de ginecólogo del reporte ecográfico para posterior cirugía.

**4:30 pm:** Paciente revalorada por ginecólogo de turno Osorio quien observa reporte ecográfico 31 de marzo con bienestar fetal e indica que la paciente se ha descartado patología ginecológica y la deja en manejo quirúrgico

**5:00 pm:** Se le practicó el **procedimiento quirúrgico de apendicectomía sin complicaciones**, siendo el **diagnóstico preoperatorio:** "apendicitis, embarazo de 22.5 semanas", y el **posoperatorio:** "embarazo de 21.5 semanas, apendicectomía con necrosis en tercio medio, peritonitis localizada", LBV SSN en bolsa 500cc, pasar a 100 cc/hora, Dipirona amp. 2.5.6, una ampolla cada 8 horas iv lenta y diluida, Ranitidina amp. 50 mg, una ampolla iv cada 8 horas, ampicina sulbactan 1.5 g cada 6 horas y control de signos vitales.

En su proceso de evolución médica posoperatoria, el día **3 de abril de 2012**, mismo día se consignó: día 2 de apendicectomía fase con peritonitis localizada, embarazo 20.2 semanas por ecp 1 trim y 21.6 por fu buena evolución médica, con herida quirúrgica en buen estado sin signos de infección local, sin evidencia de actividad uterina, movimientos fetales presentes, no pérdidas vaginales ni sangrados por genitales externos, en ronda con ginecología considera nuevo control de hemograma, en ronda por cirugía general.

**5:20 pm:** Se considera salida con manejo ambulatorio en 7 días por cirugía, bultamicilina 357 mg vo cada 12 h/7 días, acetaminofen 1 gr/6 horas según dolor, signos de alarma consulta si refiere sangrado genital, dolor abdominal o intolerancia a la vía oral.

**El 8 de abril de 2012** la paciente ingresa a hospitalización por dolor abdominal, presentando estado de embarazo de 23 semanas con cuadro de inicio en horas de la mañana, *con intensificación de dolor abdominal de aparición el día anterior, asociado además a dolor en pierna derecha el cual incapacitaba la correcta movilización de dicha extremidad, los cuales son descritos por la paciente como normales debido a su condición de gestación por tal motivo decide consultar al servicio de urgencias, muy álgica y recibe valoración por cirugía general, quien considera la realización de ecografía transabdominal en la cual se evidencia normalidad en el curso del embarazo pero con presencia de absceso de pared, por lo cual retiran puntos y drenan abundante material seropurulento, posterior a lo cual dejan herida abierta con apósito cubriendo la misma al momento de ingreso al servicio, se encuentra en mejores condiciones manifestando disminución del cuadro de dolor abdominal sin más síntomas asociados , recibiendo diagnóstico de embarazo de 23 semanas de gestación, infección del sitio operatorio son sepsis asociada, posoperatorio mediato de apendicectomía, siéndole formulado L ringer 120cc hora previo bolo de 500 cc, ranitida 50 mg cada 9 h ampicilina sulbactam 3 gr cada 6 horas curación de herida ahora.*

**El 9 de abril de 2012 a las 3:31 pm** se reporta paciente en condiciones generales regulares, afebril, con abdomen distendido y defendido, con dolor que se ha intensificado a la palpación en abdomen inferior, herida quirúrgica limpia, se realiza tacto vaginal encontrado cuello posterior cerrado sin pérdidas vaginales, cuadro hemático con leucocitosis persistente, granulocitos de 83 a pesar de tratamiento con ampicilina sulbactam, se cambia a ceftriaxona , diagnóstico embarazo de 23 semanas, apendicectomía, ¿peritonitis?

**4:32 pm:** Se informa a familiar sobre los riesgos y el caso de alto riesgo para la paciente gestante y el feto.

**4:58pm:** Diagnóstico peritonitis residual, ¿absceso intraabdominal?, infección de herida quirúrgica.

**6:01 pm:** En conjunto con servicio de cirugía general se considera paciente con posible nueva sepsis de origen residual, posible peritonitis generalizada, sin embargo, por el riesgo de parto pretérmino y complicaciones del embarazo en curso se solicita manejo integral por tercer nivel.

**Egreso:** En manejo intrahospitalario por medicina especializada paciente en pop de apendicectomía y drenaje de absceso de pared, se reporta persistencia de dolor abdominal, no actividad uterina, peritonitis residual, se remite a cirugía iii nivel, diagnóstico, embarazo, infección de herida quirúrgica obstétrica. Remisión a la Clínica Saludcoop III nivel.

La paciente ingresó a la Clínica Saludcoop de Ibagué el **9 de abril de 2012, 10:05 pm:** Abdomen anormal, herida de apendicectomía abierta cubierta no eritema perilesional no secreción activa, dolores abdominales, dolor a la palpación generalizado predominio fosa iliaca derecha y región inguinal derecha; diagnóstico: embarazo de 23 semanas, pelviperitonitis, liquido peritoneal.

El **10 de abril de 2012** a la 12 de la media noche se reporta *apendicitis aguda con absceso peritoneal, embarazo de 22 semanas más absceso peritoneal residual*. Horas más tarde, a las **7:19 am** se ordena *bolo de 2000 clev, estando pendiente la valoración por cirugía general, no se obtuvo respuesta del cirujano de turno, se solicita hemograma y pcr de control, se explican los riesgos y posibles complicaciones, estos se entienden y se aceptan*. A las **8:53** se registra *tratamiento de ampicilina silbactan y turno para cirugía*.

A la **1:40 pm** se reporta *ingreso a sala de cirugía para laparotomía exploratoria y lavado quirúrgico con nota operatoria sin complicaciones incisión mediana infraumbilical amplia con disección a la cavidad drenaje de pelviperitonitis y toma de cultivo, lavado abundante de cavidad con s/sse deja in dren de sum por el lado derecho que se cierra de fascia con vycryl 1/0 y de pel con prole 3/0, se dejó apósito con furación a la herida de la fos iliaca derecha*.

A las **3:20 pm** en pos operatorio de laparotomía exploratoria se refiere *dinámica uterina y dolor vaginal, ecografía de 10 de abril de 2012 muestra embarazo de 24 semanas, placenta posterior, liquido normal, peso fetal 656 g ii + podálico, se decide iniciar esquema de uteroinhibición, diagnostico falso trabajo de parto antes de las 37 semanas de gestación*.

A las **5:43 pm** se reporta *supervisión de otros embarazos de alto riesgo*.

El día **11 de abril de 2012 a las 7:23 am**, se manifiesta *dolor abdominal, drenes con salida de líquido seropurulento escaso, evolución posoperatoria favorable*.

A las **10:17 am** se registra *paciente en estado general, refiere dolor moderador y dolor de pierna derecha, manifiesta movimientos fetales disminuidos, se continua con analgésico y antibióticos y sulfato de mg, se ordena ecografía obstétrica*.

A las **7:32 pm** se registra *pendiente ecografía obstétrica, valoración por g/o en sala de partos*.

A las **7:52 pm** se pasa a la *ecografía de urgencia, se observa vitalidad fetal. Igual manejo*.

El día **12 de abril de 2012** en un lapso entre la **1:13 am** y las **8:28 pm**, con cinco registros de valoración de esa fecha, se anota respectivamente: *Refiere dolor abdominal leve, paciente estable clínicamente, supervisión de embarazo de alto riesgo, valoración por nutricionista, ecografía reporta embarazo de 24 semanas in alteraciones, plan manejo de cirugía general, abdomen agudo posquirúrgico, se debe llevar a laparotomía exploratoria para descartar peritonitis residual, se realiza laparotomía exploratoria, lavado quirúrgico, drenaje de absceso retrocecal, enterorragia en dístula de muñon apendicular, se halla peritonitis generalizada no fecaloide leve residual con liquido turbio y membranas fibrinopurulenta subfrénicas interasas y en fosas pélvicas, se evidencia en fosa iliaca derecha sobre el ciego absceso retrocecal comprometiendo fimbrias del aexo derecho epiplón mayor necrótico y de olor fecaloide con amputación del muñó apendicular y fuga por fistula del muñon apendicular puntiforme de 3mm con salida de líquido fecaloide sin*

*compromiso de las paredes del ciego. Se consulta al ginecólogo Calderón que sugiere inicio de ceftriaxona. Se reinicia sulfato de magnesio.*

**El 13 de abril de 2012** se registra entre la **1:24 am** y las **11:21 pm** en cuatro anotaciones médicas: *Antibiótico Ceftriaxona, reinicio de sulfato de magnesio, útero grávido sin actividad uterina, sin sagrado, convalecencia consecutiva a cirugía, sonda gástrica activa, herida quirúrgica bien, tendencia a la taquicardia con sonda nasogástrica, se comentó la posibilidad de pasar a catéter para nutrición parenteral, solicitan valoración para nutrición parenteral, lleva tres días sin comer, no signos de irritación peritoneal, herida quirúrgica bien, producción importante por sonda nasogástrica.*

**El 14 de abril de 2012** entre las **7:15 am** y las **5:14 pm** se reporta en tres anotaciones médicas: *No pérdidas vaginales, útero grávido, continua igual manejo por ginecología, no ha tolerado la vía oral, se considera iniciar nutrición enteral, se pasa a turno para catéter central según sala, v valoración cirugía general, pendiente paso de catéter central para inicio de nutrición parenteral, movimientos fetales presentes, persiste dolor abdominal generalizados, paciente con mejoría clínica sin tolerar vía oral, no aceptó paso de catéter venosos central para paso de nutrición parenteral, se continua igual tratamiento.*

En fechas **15-16 de abril** se reporta: *pendiente por definir nutrición parenteral, evolución favorable, estable clínicamente, continua igual manejo, movimientos fetales persistentes, hemodinámicamente estable, no tolera viral oral, no aceptó paso de cvc, continúa igual manejo, no pérdidas vaginales, mejoría clínica, tolerando medianamente la vía oral, control de fetocardía, se le retira sonda nasogástrica, paciente con evolución estado fetal clínicamente estable, murmullo vesicular presente en campos pulmonares sin sobreagregado, se realiza terapia respiratoria intensiva, paciente estable, tratamiento, ejercicios de rehabilitación diafragmática, incentivo respiratorio movilizándolo aire, se recomienda faja para deambulación, paciente en buenas condiciones generales, refiere tolerar la vía oral, no fiebre, no dificultad respiratoria, recomienda incentivo respiratorio.*

**El 18 de abril** se anota: *evolución hacia la mejoría, continúa manejo médico insaturado. Se hace terapia respiratoria incentiva, bien tolerado, continua con antibiótico igual por cirugía general, refiere leve disminución de dolor, no sangrado ni secreción vaginal, ha tolerado la vía oral, pero con drenaje purulento de sitio operatorio que se termina de drenar.*

El día **19 de abril de 2012** refiere mejoría de dolor abdominal, tolera dieta líquida, presenta emesis, sensación de mareo debilidad no se realiza terapia incentivo respiratoria, deja paciente estable, estable con secreción por la herida, movimientos fetales positivos, leve deshiencia de piel, drena leve de secreción hematopurulenta en hipogástrico.

**El 20 de abril de 2012** la paciente reportó buen estado general y movimientos fetales positivos, asimismo se le hizo terapia respiratoria intensiva y curación diaria de herida quirúrgica; al día siguiente el **21 de abril de 2012** niega contracciones

uterinas, sin sangrado, con buena evolución, sin signos de infección materna o fetal, se planea continuar conjunto con cirugía, la herida abierta presenta secreción hematopurulenta, se hace curación de heridas, se maneja igual tratamiento antibiótico, se observa mejora en deambulación, los movimientos fetales se observan presentes a examen de monitoreo.

El día **22 de abril de 2012** la paciente reportó *útero sin alteración, heridas con secreción, estabilidad y recibo de alimento*. Al día siguiente, se anotó *herida quirúrgica con dehiscencia en el extremo interior y evisceración contenida, se ordenó ayuno para posible revisión de herida y cierre de la pared* y se registró *abdomen útero grávido sin actividad fetocardia, continuación de igual tratamiento, pendiente día siguiente revisión herida, se realizó ecografía obstétrica que advierte buen estado del feto, pero la paciente solicita nueva ecografía*.

El día **24 de abril** se reporta *paciente con muerte fetal en útero*, una vez tomada la ecografía se confirma diagnóstico de óbito fetal, ausencia cardiaca y de movimientos fetales y se ordena la remisión a sala de partos para extracción de óbito.

Durante los días **24, 25, 26 y 27 de abril** la paciente estuvo en *maduración cervical estable e inducción de parto de óbito fetal*, con abdomen fajado y tratamiento de misoprostol intravaginal, teniendo parto vaginal el **día 26** sin complicaciones, para posterior realización de legrado, manejo de herida en evisceración, evolución favorable y cierre de manejo por ginecología con buen estado general y herida cubierta.

Entre los días **29 de abril de 2012** y **9 de mayo** del mismo año, la paciente manifestó evolución favorable, curación diaria de heridas como tratamiento, se le terminó el esquema antibiótico, fue valorada por psiquiatría siéndole diagnosticado un cuadro depresivo secundario a múltiples dificultades físicas y emocionales durante los últimos días y se cerró la valoración por cirugía general con el registro de abdomen abierto con evisceración contenida sin drenaje, buen tejido de granulación, herida abierta en buen estado, ordenándose el egreso con tratamiento con metronidazol por vaginosis bacteriana e indicándose posterior control externo plan por cirugía general.

El Despacho no realiza ninguna otra transcripción de la historia clínica porque hasta esa fecha se aportaron los reportes transcritos de la misma y según los hechos narrados de la demanda, el daño se concreta entre el 1 de abril de 2012 y el 9 de mayo del mismo año.

Conforme a lo revisado, frente a la supuesta atención y tratamiento negligente, no oportuno ni experto que se imputa a las demandadas, al analizar las pruebas frente a la patología de apendicitis y el estado de embarazo, esto es la historia clínica, como pieza procesal fundamental en el presente asunto, el dictamen pericial y los testimonios rendidos, se puede establecer por el Despacho, que no se evidencia que la parte demandada hubiera dejado de realizar estudio o procedimiento diverso a lo determinado por la *lex artis*; por el contrario, se evidencia

que estuvo acorde a las necesidades de la paciente; en los siguientes términos lo anterior quedó reflejado en el dictamen pericial, al responderse por parte del perito médico que, de acuerdo a la historia clínica, la apendicectomía fue practicada a la paciente de acuerdo a los cánones establecidos por la *lex artis*, y cuando al indagársele si el manejo de la paciente fue el adecuado y las medidas tomadas eran necesarias o se pudiera considerar que un mal procedimiento quirúrgico fue lo que causó las complicaciones y la necesidad de una nueva intervención quirúrgica, este respondió: “... se considera que los procedimientos adoptados con la paciente eran necesarios debido a su enfermedad de base; ... en general se considera que las conductas adoptadas durante la estadía de la paciente en la clínica fueron adecuadas... decir que la segunda intervención fue causada porque la primera no se hizo bien realmente no es correcto...”.

En la sustentación del dictamen, el perito expresó que la enfermedad de base, apendicitis, se trataba de una enfermedad de difícil diagnóstico inmediato debido al estado de embarazo de la paciente, lo cual comúnmente hace difícil una diferenciación más clara de síntomas característicos de tal enfermedad, respecto de lo cual observa el Despacho, según la historia clínica, que la paciente ingresó por consulta de urgencias al Hospital Regional del Líbano el día 8 de abril de 2012 manifestando dolor abdominal, siendo tratada en principio por una infección urinaria, y fue el mismo día en horas de la noche cuando la paciente regresó para ser atendida de nuevo por persistencia de dolor, razón por la cual, al no funcionar el tratamiento antes manejado, se le dio hospitalización en ese mismo momento, siéndole practicados exámenes de cuadro hemático y proteína c reactiva, y siendo valorada por especialidad de ginecología y cirugía general, para luego recibir diagnóstico de apendicitis el día 9 de abril de 2012 e iniciar inmediatamente con los respectivos tratamientos para esto, incluyendo la programación para procedimiento quirúrgico, realizado el mismo día en horas de la tarde, el cual, según el perito médico, podía realizarse, pues el embarazo no es una contraindicación para la apendicectomía, y que, como ya se señaló, se trató procedimiento adecuado, conforme la *lex artis*, que además era necesario para tratar tal patología.

Posteriormente, cuando la paciente regresó el 8 de abril de 2012 al hospital antes de lo previsto para su control posoperatorio, manifestando presencia de dolor abdominal, fue intervenida quirúrgicamente por proceso infeccioso de la herida operatoria de la apendicectomía, recibiendo tratamiento inmediato y continuo de antibióticos, analgésicos, lavados y curaciones, y atención y acompañamiento por medicina general, ginecología y cirugía general, para luego, debido a un cuadro clínico que empeoró, ser sospechosa de diagnóstico de peritonitis residual, siendo remitida al día siguiente a un hospital de III nivel, en donde sin dilación iniciaron exámenes diagnósticos y le realizaron una intervención de laparotomía exploratoria para confirmar diagnóstico de apendicitis aguda con absceso peritoneal, peritonitis residual y realizar lavado quirúrgico, aunado a tratamiento con ampicilina sulbacatan, continuando hospitalizada en cuidados posoperatorios, lo cual cursó aproximadamente por un mes desde su ingreso el 10 de abril de 2012, lapso en que la paciente estuvo estable, presentando en su evolución picos de mejoría y aparición de complicaciones, dentro de las cuales se presenta la muerte fetal intrauterina, y las cuales fueron manejadas y monitoreadas durante toda la estancia por especialistas en medicina general, cirugía general, ginecología y nutrición.

De cara a lo anterior, y teniendo en cuenta que no se aportaron pruebas que acreditaran la tesis de la parte demandante, esta es, que el daño se produjo por demora injustificada y negligencia en la atención especializada para el tratamiento de apendicitis y remisión a un hospital de mayor nivel, y que concretamente una supuesta conducta médica contraria a *lex artis* ocasionó que la apendicitis que padecía la paciente derivara en peritonitis, causándole así daños en su salud y la del feto en formación, se puede concluir que no está acreditado que las medidas tomadas por los médicos tratantes fueran las causantes de la peritonitis que padeció la paciente, frente a lo cual debe considerarse además, como lo indicó el perito especializado, que la patología de apendicitis puede coexistir con la de peritonitis, y adicionalmente, dependiendo del compromiso de la pared del apéndice, la apendicitis puede o no convertirse en una peritonitis localizada o generalizada.

Tampoco está acreditado que las complicaciones posoperatorias, como las infecciones en herida quirúrgica y la eventual muerte fetal intrauterina, se debieran a un manejo médico contrario a la *Lex artis*, sino que, a luces del informe pericial, se advierte que tales complicaciones hacen parte de los riesgos inherentes a la patología de la paciente, al concurso con su estado de embarazo, a las condiciones generales de aquella, y al tipo de intervenciones que se le practicaron y que sin duda, eran requeridas para el tratamiento.

En virtud de lo anterior, es preciso recordar que en materia de carga de la prueba, según la jurisprudencia contencioso administrativa<sup>12</sup>, le atañe a la parte demandante probar dentro del medio de control de reparación directa, los requisitos que configuran la responsabilidad y los fundamentos de hecho de la demanda como noción procesal que se basa en el principio de autorresponsabilidad de las partes y como requerimiento de una conducta procesal exigible a todo aquél a quien le interesa sacar adelante sus pretensiones y evitar una decisión desfavorable<sup>13</sup> (sentencia).

Particularmente y en materia de responsabilidad médica, en sentencia del *Consejo de Estado del 5 de octubre de 2020, radicación 43032*, se hizo referencia a la necesidad de acreditar la relación causal de la actividad médica con el daño, a partir de la explicación de un experto a través de un dictamen pericial, en virtud de los conocimientos especializados que este tiene y de los cuales carece el juzgador.

Así las cosas, a partir de lo revisado de la historia clínica, lo sustentado por el perito especializado en ginecología y lo expresado por los médicos tratantes de la paciente, se encuentra que la paciente recibió valoración, atención y tratamiento médico de acuerdo con los protocolos que debían seguir los galenos tratantes de

---

<sup>12</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, Sub. C.C.P. JAIME ORLANDO SANTOFIMIO GAMBOA, 12 de noviembre de 2014. Rad. 73001-23-31-000-1999-02532-01(29828)

<sup>13</sup> “La carga de la prueba es una noción procesal que consiste en una regla de juicio, que le indica a las partes la autorresponsabilidad que tienen para que los hechos que sirven de sustento a las normas jurídicas cuya aplicación reclaman aparezcan demostrados y que, además, le indica al juez cómo debe fallar cuando no aparezcan probados tales hechos...”. PARRA QUIJANO Jairo, Manual de Derecho Probatorio, Librería Ediciones del Profesional Ltda., 2004, pág. 242. Y, “...Frente a las partes, se afirma que la carga de la prueba es una norma de conducta para éstas porque indirectamente les señala los hechos que a cada una le interesa probar si quiere sacar adelante sus pretensiones y evitar una decisión desfavorable...” BETANCUR JARAMILLO, Carlos, De la Prueba Judicial, Ed. Dike.1982, pág. 147. Posición reitera en sentencia de 16 de julio de 2008, expediente: 29221.

distintas especialidades que atendieron su caso para atender la patología y sintomatología al momento de consulta por urgencias y durante su estadía hospitalaria, y que para el entendimiento de las desafortunadas complicaciones posquirúrgicas que la afectaron y afectaron al feto en gestación, no debe perderse de vista que la prestación del servicio médico se encuentra revestida de cierto grado de incertidumbre, por cuanto se trata de una actividad a la cual no se le puede exigir un resultado específico sino una labor bien realizada por parte del equipo médico, y la misma está frecuentemente enfrentada a unos riesgos inherentes a los actos médicos, que en este caso lastimosamente se concretaron.

## **6. CONCLUSIÓN**

El Despacho encuentra que la parte accionante para derivar responsabilidad a las entidades demandadas, se fundamentó en la suposición de una prestación de un servicio y atención en salud negligente, inexperto e inoportuno, conductas que como se vio, no ocurrieron en el caso de la paciente Erika Paola Mejía Sánchez, cuyas afectaciones físicas y la pérdida del nasciturus en gestación fueron ocasionadas por unas complicaciones posoperatorias inherentes a la enfermedad de apendicitis, afectación que en principio resultaba difícil de diagnosticar de forma inmediata por el estado de embarazo de la paciente, y que aun así fue diagnosticada al día siguiente a que esta acudió al servicio de urgencias, además, a pesar del esfuerzo médico, se concretaron los riesgos inherentes a la conjugación de la cirugía de apendicectomía, el embarazo y las condiciones generales de la paciente, sin que se demostraran las deficiencias en la prestación del servicio médico asistencial por parte de la ESE o de la la IPS demandadas para atender las patologías de la paciente; en consecuencia, no se demostró la falla en el servicio alegada, lo que impone denegar las pretensiones de la demanda.

## **7. COSTAS**

El artículo 188 del C.P.A.C.A. señala:

*“Salvo en los procesos en que se ventile un interés público, la sentencia dispondrá sobre la condena en costas, cuya liquidación y ejecución se regirán por las normas del Código de Procedimiento Civil.”*

Al resultar denegatorias las pretensiones de la demanda y al no tratarse de un asunto en el que se ventile un interés público, es menester proveer sobre la correspondiente condena en costas a favor de la parte accionada, ateniendo el criterio objetivo valorativo expuesto por el Consejo de Estado en sentencia calendada el 26 de julio de 2018<sup>19</sup>, verificando en consecuencia que las entidades demandadas desplegaron actividades en pro de su defensa con la contestación de la demanda, asistencia de sus apoderados a las audiencias inicial y de pruebas y la presentación de alegatos de conclusión escritos, razón por la cual se fijará la suma de \$500.000, por concepto de agencias en derecho a favor de las accionadas en partes iguales, y se ordenará que por Secretaría se realice la correspondiente

liquidación de los gastos procesales en los términos del artículo 366 del Código General del Proceso.

En mérito de lo expuesto el **Juzgado Tercero Administrativo Oral del Circuito de Ibagué**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

**R E S U E L V E:**

**PRIMERO: DENEGAR** las pretensiones de la demanda promovida por **Vanessa Mejía Sánchez, Erika Paola Mejía Sánchez, Blanca María Alturo, Diógenes Romero, Magda Yaneth Sánchez Duque, Giovani Alexander Romero A. y Nelbin Mejía Muñoz**, actuando por intermedio de apoderado judicial, contra el **Hospital Regional del Líbano E.S.E. y Corporación IPS SALUDCOOP.**

**SEGUNDO: CONDENAR** en costas de esta instancia a la parte accionante. Tásense, tomando en cuenta como agencias en derecho la suma de QUINIENTOS MIL PESOS (\$500.000) a favor de las entidades demandadas en partes iguales. Líquidense por Secretaría.

**TERCERO:** Ejecutoriada la presente sentencia, archívese el expediente, previa las anotaciones de rigor.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**



**DIANA CAROLINA MÉNDEZ BERNAL**  
Jueza

*Firmado Por:*

**DIANA CAROLINA MENDEZ BERNAL**  
**JUEZ CIRCUITO**  
**JUZGADO 3 ADMINISTRATIVO ORAL IBAGUE**

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

*Código de verificación: **1b4c32fa2de64933e4be8ebc7f852458b702fd3cf45b099c3081140e610686e6**  
Documento generado en 23/03/2021 05:40:38 PM*

*Valide éste documento electrónico en la siguiente URL:  
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>*