



## JUZGADO TERCERO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO

Ibagué, ocho (08) de octubre de dos mil veintiuno (2021)

**MEDIO DE CONTROL:** REPARACIÓN DIRECTA  
**DEMANDANTE:** HERNANDO ALFONSO REYES  
**DEMANDADO:** E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE MARIQUITA Y OTRO  
**RADICACIÓN:** 73001-33-33-003-2017-00014-00

### 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 **Hernando Alfonso Reyes**, actuando por intermedio de apoderado judicial, contra el **Hospital San José de Mariquita E.S.E y Javier Enrique Navarro Moscote**.

### I. ANTECEDENTES

#### 1. DEMANDA

El demandante **Hernando Alfonso Reyes** actuando por intermedio de apoderado judicial, formula demanda en contra del **Hospital San José de Mariquita E.S.E y Javier Enrique Navarro Moscote**, buscando obtener indemnización por concepto de perjuicios de diversa índole, aduciendo la omisión de las acciones de prestarle atención médica urgente idónea y oportuna al señor **Hernando Alfonso Reyes**, en hechos ocurridos el 23 de abril de 2015 y siguientes; así mismo solicita se condene en costas a la Empresa Social del Estado demandada.

#### 2. HECHOS

Como sustento fáctico relevante, se dice que:

- 2.1. El señor Hernando Alfonso Reyes ingresó por si solo al servicio de urgencias del Hospital San José de Mariquita E.S.E., a las 12:41 p.m. del día 23 de abril de 2015, presentando síntomas como fiebre, dolor abdominal, escalofríos y malestar general de un día de evolución.
- 2.2. El médico de turno, Javier Enrique Navarro Moscote, encontró en el paciente, además de los ya referidos síntomas indicados por este, una marcada debilidad física, dolor abdominal ubicado en flanco derecho y puño percusión positiva derecha. Adicionalmente se le practicaron exámenes de laboratorio, arrojando como resultado *Leucocitos 11.3 mm<sup>3</sup>* y más tarde, ese mismo día de *11.7mm<sup>3</sup>*, siendo lo normal entre *5 a 10 mm<sup>3</sup>*. Pese a lo anterior, el mismo día del ingreso, sobre las 10:19 p.m., fue dado de alta.
- 2.3. El 26 de abril del mismo año, sobre las 7:00 a.m., el señor Hernando Alfonso Reyes debió regresar al Hospital San José de Mariquita E.S.E., a causa de

un dolor abdominal agudo, siendo examinado en esa oportunidad por el médico Rubén Guillermo Quintana Mora, quien encontró en el examen físico, *distensión abdominal, con dolor abdominal generalizado a la palpación, signo blumberg o signo de rebote positivo*, lo que según su apreciación indicaba irritación peritoneal, típico entre otras enfermedades, de la apendicitis.

- 2.4. Los exámenes practicados el día del reingreso, arrojaron en el cuadro hemático unos niveles de leucocitos de  $5.6 \text{ mm}^3$ , detectando por parte del médico que atendió la urgencia, gravedad del paciente, por lo que solicitó que fuera remitido a un centro hospitalario de tercer nivel, así las cosas, la E.S.E. demandada inició los trámites de remisión correspondientes el mismo día, pero sin éxito.
- 2.5. Al no sentir mejoría ni lograr la remisión correspondiente, el día 27 de abril de 2015, el señor Hernando Alfonso Reyes solicitó su salida voluntaria del Hospital aquí demandado, trasladándose el mismo día por sus propios medios hasta el Hospital San Juan de Dios de Honda, siendo allí admitido y ante la gravedad de su estado, intervenido quirúrgicamente, teniendo como hallazgos *apéndice perforada con peritonitis generalizada y sepsis de origen abdominal*.
- 2.6. La misma noche del 27 de abril de 2017, fue remitido al Hospital Fundación San Carlos de Bogotá, para ser internado en la unidad de cuidados intensivos, donde estuvo hospitalizado hasta el 13 de junio de 2015, habiendo sido sometido a múltiples procedimientos quirúrgicos dada la gravedad de su estado, manteniéndose por tanto incapacitado para trabajar, hasta el día de hoy inclusive.
- 2.7. La impericia del médico de turno Enrique Navarro Moscote y de la E.S.E. Hospital San José de Mariquita, al no intervenir quirúrgicamente y de manera oportuna al señor Hernando Alfonso Reyes, dados los evidentes síntomas que este mostraba y los exámenes que le fueron practicados el mismo día, hoy se encuentra en riesgo de fallecer y sin poderse valer por si mismo.

### 3. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

#### 3.1. E.S.E. Hospital San José de Mariquita (fl. 75-83 Exp. físico)

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, ***Falta de legitimación en la causa por pasiva, inexistencia de los elementos esenciales de responsabilidad y culpa exclusiva de la víctima***, que en síntesis plantean un tratamiento acorde a la patología presentada y que no hubo acción u omisión que edificara un daño al paciente.

#### 3.2. La Previsora S.A. compañía de seguros – Llamado en garantía (fl. 117-124 Exp. físico)

Se opone a la prosperidad de las pretensiones incoadas en la demanda, haciendo la manifestación respectiva frente a los hechos narrados en el libelo inicial; como argumentos de defensa esgrime las excepciones denominadas ***Inexistencia de los elementos estructurales de la responsabilidad, Inexistencia del daño, Inexistencia y falta de acreditación de la obligación que se pretende se indemnice, Inexistencia de mala atención médica o mala praxis médica, Inexistencia de la obligación de indemnizar, y Que la obligación que se endilgue a la Sociedad Previsora S.A. Compañía de Seguros ha de ser en virtud de la existencia de un contrato de seguro y conforme los términos establecidos en la Póliza No. 1002588 Hospital San José de Mariquita (Tolima) de dicho contrato***, indicando que no existe relación de causalidad entre los actos del servicio de Hospital y los hechos materia de demanda, en consecuencia, que los procedimientos se practicaron conforme a los protocolos establecidos; que adicionalmente no se demostraron los elementos estructurales que la ley exige, como lo es el daño, pues el mismo no está demostrado por la víctima. Finalmente, asegura que no existe obligación de indemnizar y en todo caso, si fuera plausible la condena, la compañía aseguradora sólo debe indemnizar hasta el valor asegurado.

**3.3. Javier Enrique Navarro Moscote** (A5. 2017-00014 CONTESTACIÓN DEMANDA JAVIER ENRIQUE NAVARRO MOSCOTE)

Se opone a la prosperidad de las pretensiones, señalando que no se produjo una falla en la prestación de los servicios médicos asistenciales o una actuación dañina a él imputable, pues la atención que brindó al paciente se dio en debida forma y con pertinencia médica de acuerdo al estado patológico y los exámenes médicos.

Indica que objeta la estimación razonada de la cuantía, al considerar que desborda incluso los límites fijados para los casos de muerte que establecen un máximo de 100 salarios mínimos.

Hace el respectivo pronunciamiento frente a cada uno de los hechos de la demanda, reiterando que la atención que brindó al paciente se hizo dentro de los parámetros de su competencia y que al momento de la valoración del dolor abdominal del paciente no aparecía consignado a su ingreso, ningún síntoma que indicara apendicitis, pues el dolor que presentaba era en flanco derecho y asociado a síntomas urinarios como lo refirió el paciente al momento del ingreso, que incluso el abdomen era blando y depresible, síntomas que son contrarios a la apendicitis.

Afirma que si existió un daño, este fue consecuencia del hecho de la víctima por su omisión, pues en la consulta del 23 de abril de 2015, 10 horas después de atención y exámenes, se evidenció que los síntomas de fiebre y dolor abdominal desaparecieron, por lo cual se le dio el alta con signos de alarma que consistieron en que si los síntomas que dieron lugar a la primera atención se presentaban de nuevo, debía acudir de inmediato a urgencias, pero el paciente volvió hasta el día 26 de abril de 2015 y refiriendo que tenía un cuadro clínico de 3 días de evolución por dolor abdominal, por lo que es claro que el paciente no cumplió con las recomendaciones médicas ni los signos de alarma.

Luego señala que en la segunda consulta -26 de abril de 2015-, habiendo ingresado a las 7 a.m., a las 7:51 ya había sido atendido, se le ordenaron y practicaron

exámenes y al tener los resultados a las 10 a.m., se concluyó que debía ser remitido a cirugía general, para lo que se requería una remisión a un hospital de mayor complejidad, pero el paciente de forma voluntaria y asumiendo los riesgos de su decisión, decidió irse del centro hospitalario.

Concluye afirmando que como lo dijo el auditor médico del Hospital San José de Mariquita, la atención dada por el Hospital fue la debida, teniendo en cuenta el nivel de este. (cita apartes del informe del galeno auditor).

Como excepciones plantea las de ***Culpa exclusiva de la víctima, Inexistencia de los elementos esenciales de responsabilidad, hecho del tercero como causal exonerativa de responsabilidad y excepción genérica.***

#### **4. TRÁMITE PROCESAL**

La demanda fue presentada el 19 de enero de 2017 y admitida a través de auto fechado 31 de enero de 2017, disponiendo lo de Ley (Fol. 56 Exp. físico), vencido el término de traslado para contestar, la E.S.E. demandada realizó un llamamiento en garantía a La Previsora Compañía de Seguros, el cual fue admitido mediante auto del 8 de septiembre de 2017 (FI 18 C. Llamamiento en Garantía Exp. físico).

Luego se adelantaron todas las etapas propias del trámite ordinario, tales como la audiencia inicial, audiencia de pruebas, alegatos de conclusión e incluso el 30 de junio de 2020 este Despacho dictó sentencia de primera instancia (Fol. 238 Exp. físico)

Dentro del término legal para apelar, el demandado Javier Enrique Navarro Moscote, por conducto de apoderado judicial presentó un incidente de nulidad por indebida notificación, la cual fue declarada por este Juzgado en auto del 1º de marzo de 2021 con efectos desde la notificación de la demanda al accionado promotor del incidente, a quien en consecuencia se le tuvo notificado por conducta concluyente. En la providencia en cuestión, se advirtió que la nulidad declarada no afectaba las pruebas practicadas, entendidas por tales, las aportadas con la demanda, el llamamiento en garantía, la contestación de la demanda y del llamamiento, así como las que se llevaron a cabo en las audiencias del 13 de marzo y 17 de julio de 2019. (Cuaderno incidente de nulidad archivo B1. 2017-00014 AUTO DECLARA NULIDAD)

La audiencia inicial consagrada en el artículo 180 del CPACA se llevó a cabo el día 03 de agosto de 2021, con la comparecencia de los apoderados judiciales de las partes; 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 (B5. 2017-00014 ACTA AUDIENCIA INICIAL). Los días 8 (C2. 2017-00014 ACTA AUDIENCIA DE PRUEBAS) y 17 de septiembre de 2021 (C7. 2017-00014 ACTA AUDIENCIA DE PRUEBAS) se adelantó la audiencia de pruebas consagrada en el artículo 181 del C.P.A.C.A, en la que se evacuó la prueba decretada, y se constituyó el Juzgado en audiencia de alegaciones y Juzgamiento, en la que se escuchó en forma oral las alegaciones de las partes, que ratificaron sus argumentos y tesis en torno al problema jurídico, así como el concepto del señor agente del Ministerio Público, quien pidió que se declare la responsabilidad patrimonial de las demandadas y se acceda a las pretensiones, dentro de los límites de lo probado.

## 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 San José de Mariquita de Tolima y Javier Enrique Navarro Moscote, son solidaria, administrativa y extracontractualmente responsables, por los perjuicios materiales, morales y fisiológicos (entiéndase daño a la salud) causados al demandante, como consecuencia de la presunta falla en el servicio médico y asistencial prestado al señor Hernando Alfonso Reyes.

Adicionalmente se determinará cual es la relación sustancial entre el llamante E.S.E. Hospital San José de Mariquita y la llamada en garantía Aseguradora La Previsora S.A.; así mismo se determinará si la llamada en garantía está obligada o no a pagar los perjuicios a los que eventualmente pudiera ser condenado el respectivo llamante.

### 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, la parte actora en sus pretensiones solicita que se declare que los demandados incurrieron en falla del servicio médico que originó perjuicios al señor Hernando Alfonso Reyes; en los enunciados fácticos se hace referencia a que el daño se concretó en el error de diagnóstico dado por el médico tratante inicial y la falta de remisión oportuna a una entidad hospitalaria de mayor nivel. (ver hecho 11 de la demanda a fl. 34)

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.

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

En relación a 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”.*

<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).

<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).

Es que, en 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 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>.

<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)

<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.

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 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”.*

### **3.4. Del error de diagnóstico**

---

<sup>10</sup> Artículo 2º ibídem.

<sup>11</sup> Artículo 3 ibídem.

En cuanto a la responsabilidad médica por error de diagnóstico, cabe precisar que el mismo Consejo de Estado<sup>12</sup> ha definido el diagnóstico como el elemento determinante del acto médico, puesto que es a partir de este que se elabora todo el tratamiento. Al respecto ha dicho las siguientes palabras:

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

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

*Cronológicamente el diagnóstico es el primer acto que debe realizar el profesional, para con posterioridad emprender el tratamiento adecuado. Por ello bien podría afirmarse que la actividad médica curativa comprende dos etapas. La primera constituida por el diagnóstico y la segunda por el tratamiento. (...)<sup>13</sup>.*

Como se lee del renglón anterior, se tiene que el diagnóstico se encuentra conformado por dos etapas:

*“En una primera etapa, o fase previa, se realiza la exploración del paciente, esto es, el examen o reconocimiento del presunto enfermo. Aquí entran todo el conjunto de tareas que realiza el profesional y que comienzan con un simple interrogatorio, tanto del paciente como de quienes lo acompañan y que van hasta las pruebas y análisis más sofisticados, tales como palpación, auscultación, tomografía, radiografías, olfatación, etc. Aquí el profesional debe agotar en la medida de lo posible el conjunto de pruebas que lo lleven a un diagnóstico acertado. Tomar esta actividad a la ligera, olvidando prácticas elementales, es lo que en más de una oportunidad ha llevado a una condena por daños y perjuicios.*

*En una segunda etapa, una vez recolectados todos los datos..., corresponde el análisis de los mismos y su interpretación...; se trata, en suma, una vez efectuadas las correspondientes valoraciones, de emitir un juicio...<sup>14-15</sup>.*

En el mismo sentido, en sentencia de 10 de febrero de 2000 Exp.11878 y reiterado en sentencia del 2 de mayo de 2016. Exp.36.517, la alta Corporación recordó que es necesario que el médico sea diligente y cuidadoso en el cumplimiento de las fases anteriormente descritas, toda vez que gracias a ello el diagnóstico puede ser acertado y se puede determinar con mayor precisión cuál es la enfermedad que aqueja al paciente.

Ahora bien, vale aclarar que si ese médico actuó con la pericia y cuidado esperado, su responsabilidad no se ve comprometida a pesar de que su diagnóstico sea equivocado, pues allí se entiende que usó todos los recursos técnicos a su alcance y aplicó todos los esfuerzos y conocimientos médicos, pero infortunadamente la

<sup>12</sup> En este mismo sentido, Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C. Sentencia de 22 de enero de 2014. Exp. 28.816. *“Uno de los momentos de mayor relevancia en la prestación del servicio médico lo constituye el diagnóstico, el cual se convierte en uno de los principales aspectos de la actividad médica, como quiera que los resultados que arroja permiten elaborar toda la actividad que corresponde al tratamiento médico.”*

<sup>13</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000 Exp.11878. Reiterado en reiterada en las sentencias de 27 de abril de 2011, exp.19.846; 10 de febrero de 2011, exp.19.040; 31 de mayo de 2013, exp.31724; 9 de octubre de 2014, exp.32348; y 2 de mayo de 2016. Exp.36.517

<sup>14</sup> VÁZQUEZ FERREYRA, Roberto. Daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina. Biblioteca Jurídica Diké, 1ª edición colombiana, Medellín, 1993, pp. 78, 79.

<sup>15</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000 Exp.11878. Reiterado en Sentencia del 2 de mayo de 2016. Exp.36.517

patología se debió a un caso científicamente dudoso, poco documentado, porque los síntomas no eran específicos o encajaban diversas afecciones<sup>16</sup>.

Por lo anterior, la misma corporación ha señalado que para estos casos, es necesario establecer si el médico empleó los recursos y procedimientos adecuados para llegar a un diagnóstico adecuado<sup>17</sup>, para lo cual, a fin de imputar responsabilidad al Estado por daños derivados de este tipo de error, es necesario que se acredite que el servicio médico no se prestó de manera adecuada por alguno de los siguientes motivos<sup>18</sup>:

*i) El profesional de la salud omitió interrogar al paciente o a su acompañante sobre la evolución de los síntomas que lo aquejaban.*

***ii) El médico no sometió al enfermo a una valoración física completa y seria.***

*iii) El profesional omitió utilizar oportunamente todos los recursos técnicos y científicos a su alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente<sup>19</sup>.*

*iv) El médico dejó de hacerle el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, o simplemente, incurrió en un error inexcusable para un profesional de su especialidad<sup>20</sup>.*

***v) El galeno interpretó indebidamente los síntomas que presentó el paciente<sup>21</sup>.***

*vi) Existe una omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto<sup>22</sup>.* (Negrilla, subrayado y cursiva del Despacho)

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

Respecto a la atención médica dada al paciente, se cuenta con los medios de prueba que se relacionan a continuación.

##### **Pruebas documentales:**

**a) Historia clínica de Hernando Alfonso Reyes del Hospital San José de Mariquita E.S.E., que da cuenta de la atención en ese centro asistencial (fls. 5-31 y 84-103 cuaderno principal Exp. físico).**

Este documento permite establecer que el señor Hernando Alfonso Reyes ingresó por primera vez al Hospital San José de Mariquita, el 23 de abril de 2015 a las 12:41 horas; siendo las 13:03:19 le fue practicado el triage, registrándose como motivo de la consulta un cuadro de *“fiebre, escalofríos, debilidad, desvanecimiento, cuadro clínico de*

<sup>16</sup> *Ibd.*

<sup>17</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000 y sentencia del 2 de mayo de 2016. Exp.36.517

<sup>18</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B. Sentencias del 2 de mayo de 2016. Exp.36.517 y 3 de octubre de 2016. Exp. 40.057.

<sup>19</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C. Sentencia de 22 de enero de 2014. Exp. 28.816. Posición reiterada en sentencia del 3 de octubre de 2016. Exp. 40.057

<sup>20</sup> Al respecto, la doctrina ha señalado que el error inexcusable no es cualquier error, sino aquél *“objetivamente injustificable para un profesional de su categoría o clase. En consecuencia, si el supuesto error es de apreciación subjetiva, por el carácter discutible del tema o materia, se juzgará que es excusable y, por tanto, no genera responsabilidad”*. Alberto Bueres, citado por Vásquez Ferreyra, *Op. Cit.*, p. 121.

<sup>21</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C. Sentencia de 22 de enero de 2014. Exp. 28.816

<sup>22</sup> *Ibidem.*

1 día de evolución consistente en fiebre no cuantificada asociada a dolor en hipogastrio, incontinencia urinaria, disuria, oliguria, polaquiuria, náuseas, malestar general, dolor en las articulaciones, no vómito, no diarrea”, en igual sentido, se observa que el paciente llegó con una temperatura de 39.50 C° y una presión arterial de 180/110.

A partir de dicha sintomatología, el médico Javier Enrique Navarro Moscote, encontró como hallazgos clínicos relevantes para el caso “Paciente asténico, adinámico, algico, ORL normal, CP ritmos cardiacos rítmicos sin soplos, taticardiacos, pulmones con murmullo vesicular conservado, abdomen blando, depresible con dolor en flanco derecho, puño percusión positiva derecha, SNC sin déficit.” con una impresión diagnóstica de “R501 fiebre persistente”, siendo clasificado como “Triage II” disponiéndose su valoración por urgencias siendo dejado en observación y a la espera de resultados clínicos.

En la anamnesis se registra como enfermedad actual “Cuadro clínico de 1 día de evolución consistente en fiebre no cuantificada asociada a dolor hipogástrico, incontinencia urinaria, disuria, oliguria, polaquiuria, náuseas, malestar general, dolor en las articulaciones, no vómitos, no diarrea”

El referido galeno ordenó aplicarle sodio cloruro bolsa x 500 cc bolsa x 50 ml solución inyectable 0.9% vía intravenosa cada hora (7 bolsas), dipirona 1gr/2ml solución inyectable; así mismo ordenó la práctica de cuadro hemático o hemograma hematocrito y leuco, así como un parcial de orina incluido sedimento, quedando en servicio de observación pendiente de revaloración médica con resultados.

Se registró el resultado del hemograma a las 14:53:22 horas así: leucocitos 11.3 mm<sup>3</sup> Val. Min. 5.0 Val. Max. 10.0, eritrocitos 4.47 mm<sup>3</sup> Val. Min. 3.80 Val. Max. 5.80, hemoglobina 14,7 g/dl Val. Min. 11.0 Val. Max. 16.5, hematocritos 41.0 % Val. Min. 35.0 Val. Max. 50.0, plaquetas 331 mm<sup>3</sup> Val. Min. 150 Val. Max. 450, PTC 0.259% Val. Min. 0.150 Val. Max. 0.500, VCM 92 um<sup>3</sup> Val. Min. 80 Val. Max. 100, HCM 32.9 pg Val. Min. 27.0 Val. Max. 31.0, CCHM 35.9 g/dl Val. Min. 32.0 Val. Max. 35.0, IDE 13.1% Val. Min. 11.0 Val. Max. 15.0, VPM 7.8 um<sup>3</sup> Val. Min. 7.5 Val. Max. 8.5, IDP 11.2% Val. Min. 11.0 Val. Max. 18.0, %linfocitos 10.4% Val. Min. 17.0 Val. Max. 48.0, %monocito 2.3% Val. Min. 4.0 Val. Max. 10.0, y %granulocitos 87.3% Val. Min. 43.0 Val. Max. 76.0 (fls. 87-88 historia clínica).

Frente al parcial de orina éste arrojó los siguientes resultados: *color amarillo, aspecto lig. Turbio, ph 5.0, densidad 1.015, hemoglobina +, leucocitos por campo 2-4, células epiteliales por campo 4-6, cristales horato amorfos+, bacterias +* (fl. 88 historia clínica).

Con dichos resultados, sobre las 16:01:50 se realizó una primera revaloración al paciente por el galeno Javier Enrique Navarro Moscote (fl. 8 epicrisis), en donde señaló “hemograma *cn(sic)* leucos y plaquetas normales, parcial de orina no sugiere infección, considero se trata de cuadro de infección viral, posible chicungunya, el apciente(sic) con mejoría de los síntomas, se deja en observación para continuar hidratación y manejo de fiebre”. (Subrayado y negrilla del despacho)

En una segunda revaloración por el mismo galeno, sobre las 18:53:13, anota que el paciente refiere mejoría, empero al examen físico persiste la fiebre además de

hipertenso, por lo que se le ordena una nueva dosis de analgesia y antihipertensivo, con un nuevo hemograma de control (fl. 8 epicrisis).

Se registró luego el resultado del segundo hemograma a las 20:13:03 horas así: leucocitos 11.7 mm<sup>3</sup> Val. Min. 5.0 Val. Max. 10.0, eritrocitos 3.99 mm<sup>3</sup> Val. Min. 3.80 Val. Max. 5.80, hemoglobina 13,4 g/dl Val. Min. 11.0 Val. Max. 16.5, hematocritos 36.6 % Val. Min. 35.0 Val. Max. 50.0, plaquetas 273 mm<sup>3</sup> Val. Min. 150 Val. Max. 450, PTC 0.205% Val. Min. 0.150 Val. Max. 0.500, VCM 92 um<sup>3</sup> Val. Min. 80 Val. Max. 100, HCM 33.6 pg Val. Min. 27.0 Val. Max. 31.0, CCHM 36.7 g/dl Val. Min. 32.0 Val. Max. 35.0, IDE 12.2% Val. Min. 11.0 Val. Max. 15.0, VPM 7.5 um<sup>3</sup> Val. Min. 7.5 Val. Max. 8.5, IDP 11.7% Val. Min. 11.0 Val. Max. 18.0, %linfocitos 7.6% Val. Min. 17.0 Val. Max. 48.0, %monocito 2.3% Val. Min. 4.0 Val. Max. 10.0, y %granulocitos 90.1% Val. Min. 43.0 Val. Max. 76.0 (fls. 89-90 historia clínica).

En una tercera revaloración realizada sobre las 20:46:19 horas del mismo día, esta vez por la médica María Camila Torres Conde, con los nuevos resultados establece que el cuadro hemático no tiene diferencias significativas con respecto al inicial, sin embargo persiste la fiebre a pesar del manejo y decide dejarlo en observación para control térmico (fl. 8 epicrisis).

Sobre las 22:19:18 se consignó en la historia clínica *“Paciente quien actualmente se encuentra afebril, normotenso, con mejoría de cuadro clínico inicial. Se da egreso con recomendaciones, signos de alarma y formula ambulatoria”,* siendo finalmente des canalizado sobre las 22:29:30 horas y registrándose la última toma de signos vitales a las 22:38:53 horas del 23 de abril de 2015 (fls. 90-92 historia clínica).

El 26 de abril de 2015, se observa en la historia clínica que el señor Hernando Alfonso Reyes, ingresó por segunda vez al Hospital San José de Mariquita a las 07:01:16 horas; siendo las 107:51:50 le fue practicado el triage, registrándose como motivo de la consulta un cuadro de *“Dolor de estómago mareo”,* en igual sentido, se observa que el paciente llegó con una temperatura de 37.00 C° y una presión arterial de 110/60.

De dicha sintomatología, el médico Rubén Guillermo Quintero Mora, encontró como hallazgos clínicos relevantes para el caso *“Alerta activo reactivo hidratado afebril orientado. Paciente con distensión abdominal con dolor a la palpación generalizada, con signos de rebote positivo.”* con una impresión diagnóstica de *“R103 Dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen”,* siendo clasificado como *“Triage II”* disponiéndose su valoración por urgencias.

En la anamnesis se registró como enfermedad actual *“Paciente con cuadro clínico de 3 días de evolución consistente dolor abdominal generalizado, asociado a fiebre escalofríos y mareo. Refiere que desde hace 2 días no tiene fiebre, pero ha presentado aumento de la distensión abdominal y aumento del dolor abdominal asociado a mareo, anorexia, vómito y tenesmo”*

El referido galeno le ordenó la práctica de exámenes de laboratorio de Cuadro hemático o hemograma hematocrito y leuco, Resección parcial del ílaco, Bilirrubina directa, Bilirrubina total, y Parcial de orina incluido sedimentos; se registra la toma

de laboratorios a las 09:23:27 horas y se ingresa al servicio de urgencias a las 09:23:55 horas, pendiente de revaloración.

Se registró el resultado del parcial de orina a las 10:17:34 horas, el cual arrojó los siguientes resultados: *color amarillo, aspecto. Turbio, ph 5.0, densidad 1.025, albumina ++, leucocitos x campo 4-6, células epiteliales x campo 5-7, cilindros x campo granuloso 3-6 hialinos 0-2, cristales fosfato amorfo ++, bacterias +* (fl. 94 historia clínica).

La bilirrubina total arrojó como resultado 2.47 mg/dl Val. Min. 0.1 Val. Max. 1.0; la bilirrubina directa arrojó como resultado 1.32 mg/dl Val. Min. 0.01 Val. Max. 0.25; y la bilirrubina indirecta arrojó como resultado 1.15 mg/dl Val. Min. 0.01 Val. Max. 0.80 (fl. 94 historia clínica).

Frente al hemograma se registraron los siguientes resultados: leucocitos 5.6 mm<sup>3</sup> Val. Min. 5.0 Val. Max. 10.0, eritrocitos 4.45 mm<sup>3</sup> Val. Min. 3.80 Val. Max. 5.80, hemoglobina 14,9 g/dl Val. Min. 11.0 Val. Max. 16.5, hematocritos 44.7 % Val. Min. 35.0 Val. Max. 50.0, plaquetas 389 mm<sup>3</sup> Val. Min. 150 Val. Max. 450, PTC .315% Val. Min. 0.150 Val. Max. 0.500, VCM 91 um<sup>3</sup> Val. Min. 80 Val. Max. 100, HCM 33.6 pg Val. Min. 27.0 Val. Max. 31.0, CCHM 37.1 g/dl Val. Min. 32.0 Val. Max. 35.0, IDE 12.3% Val. Min. 11.0 Val. Max. 15.0, VPM 8.1 um<sup>3</sup> Val. Min. 7.5 Val. Max. 8.5, IDP 12.8% Val. Min. 11.0 Val. Max. 18.0, %linfocitos 9.7% Val. Min. 17.0 Val. Max. 48.0, %monocito 3.1% Val. Min. 4.0 Val. Max. 10.0, y %granulocitos 87.2% Val. Min. 43.0 Val. Max. 76.0 (fl. 94 historia clínica).

En revaloración realizada con tales resultados por el médico Rubén Guillermo Quintero Mora por el mismo galeno, sobre las 10:47:01, establece que: *“...por aumento de bilirrubinas, dolor abdominal severo y distensión abdominal, se decide remitir a servicio de cirugía general para valoración y manejo con diagnóstico de abdomen agudo posible colelitis colelitiasis. Se deja en observación nada vía oral, se inicia solución salina 100 cc hora, nada vía oral no analgesia, ranitidina..., control de signos vitales avisar cambios”* (fl. 16 epicrisis).

A su vez, en la historia clínica el referido galeno registró a las 10:48:37 horas, orden de remisión a cirugía general, anotando en observaciones *“...Al examen físico se encuentra masa en hipocondrio derecho con dolor abdominal generalizado predominio hipocondrio derecho. Paciente con aumento bilirrubina total 2.47 mg/dl a expensas de la directa, se solicita remisión a cirugía (sic) general para valoración y manejo. Idx. Abdomen agudo. Colelitis colelitiasis?”* (fl. 95 historia clínica). Queda el paciente en sala de observación pendiente de remisión a especialidad de cirugía general, continuando con el suministro de la medicación ordenada.

Se observa a lo largo de la historia clínica del día 26 y 27 de abril de 2015, el paciente persiste con el dolor abdominal y ante no ser posible lograr una remisión pese a las gestiones adelantadas por la E.S.E. tratante desde las 11:17:48 horas del 26 de abril de 2015, dado que las entidades requeridas se niegan por no contar con camas o la especialidad a recibirlo, el paciente Hernando Alfonso Reyes solicita su retiro voluntario del hospital, siendo aceptado sobre las 11:06 :00 del 27 de abril de 2015 (fls. 13-14 y 99-100).

**b)** Historia clínica de Hernando Alfonso Reyes del Hospital San Juan de Dios de Honda E.S.E. que da cuenta de la atención en ese centro asistencial (fls. 2-30 C.P. de Oficio).

Esta da cuenta de que el mismo 27 de abril de 2015, sobre las 11:59, el señor Hernando Alfonso Reyes llegó por sus propios medios al Hospital San Juan de Dios de Honda, en donde fue ingresado a sala de cirugía, por sospecha de perforación de viscera hueca, con sepsis de origen abdominal, por lo cual se realizó laparotomía con hallazgo de apéndice perforada con peritonitis generalizada y sepsis de origen abdominal.

Finalmente, el hospital realizó la remisión a la UCI del Hospital San Carlos de la ciudad de Bogotá, por el grave estado de salud del paciente.

**Dictámenes periciales:**

**Ordenado por el Despacho a instancia de la parte demandante**

Fue rendido por el Médico Germán Alfonso Vanegas Cabezas, cuya hoja de vida y méritos académicos fueron acreditados ante el Juzgado y los demás sujetos procesales.

El auxiliar de la justicia, en la sustentación que hizo en la audiencia del 17 de julio de 2019 y luego de hacer un repaso por la historia clínica, no solamente la emitida por el Hospital San José E.S.E. de Mariquita, sino también la que cuenta acerca de la atención brindada en el Hospital San Juan de Dios de Honda y en la Fundación Hospitalaria San Carlos, hizo un análisis forense del caso, llegando a las siguientes conclusiones:

Que en la primera valoración realizada el 23 de abril de 2015, el médico sospechó de la existencia de una infección urinaria, solicitando así cuadro hemático y un parcial de orina para confirmar el diagnóstico probable.

Al revalorar al paciente, se observaron unos leucocitos de 11.300, hematocrito y hemoglobina dentro de rangos normales, al igual que las plaquetas, sin embargo, dichos resultados orientaban a la existencia de una infección activa en el paciente. En lo que refiere al parcial de orina, se encontró que el mismo no presentaba patología infecciosa, por lo que se descarta la infección urinaria, quedándose con una presunción de infección viral que no es respaldada por el cuadro hemático, pues las cifras diferenciales apuntan a infección bacteriana y no viral.

Durante este proceso, el médico no sospechó la posible existencia de una patología intestinal, ordenando colocación de medicamentos analgésicos que enmascaran el cuadro clínico, llevando a que el paciente presente una mejoría, dando así salida luego de haber ordenado un nuevo cuadro hemático que describen como “sin cambios significativos”, cuando para el perito, en el mismo se puede apreciar que hay un aumento, aunque leve, de los Leucocitos, disminución del hematocrito, hemoglobina y plaquetas, aspecto que debió llamar la atención de los médicos.

Dos días después el paciente regresó con un agravamiento del cuadro clínico, en donde se sospechó por parte de los galenos, un compromiso de víscera hueca y decidieron remitir a un hospital de II nivel y que no fue posible. El perito hace claridad que no evidencia el aviso obligatorio que se debe hacer al CRUET en la Secretaría de Salud Departamental.

Aseguró el Doctor Vanegas, que en todo cuadro de dolor abdominal, fiebre, cambios en el hábito intestinal y urinario, es necesario sospechar un proceso apendicular, para lo cual el signo de dolor es tal vez el más importante en el paciente, por lo que el suministro de analgésicos antipiréticos están contraindicados por enmascarar el cuadro clínico, como ocurrió en el presente caso.

Teniendo en cuenta lo poco claro de los signos y síntomas iniciales que se hicieron más complejos con el tratamiento dado, un análisis incompleto y desviado del cuadro hemático inicial, que indicaba para ese momento la respuesta ante una noxa bacteriana, fue interpretado erradamente como viral, sin tener un respaldo en el propio cuadro hemático.

Respecto de la atención dada en el Hospital de Honda y en la Fundación San Carlo en Bogotá, sin ahondar mucho en detalles, indica el perito que el paciente queda con una eventración que requiere que en el 2018 en la Clínica Tolima de la ciudad de Ibagué, se le realice una cirugía de corrección de malla para control de la hernia ventral ocasionada por el cierre por segunda intención que debió tener en su abdomen.

Asegura que durante este proceso, el paciente presentó daño renal que obligó a que debiera ser sometido a hemodiálisis y que hubiera desarrollado sepsis que requirió manejo hospitalario prolongado.

Concluye que de haberse sospechado e investigado la posibilidad de una lesión de víscera hueca de la cual la más frecuente y probable es una apendicitis aguda, seguramente el manejo tanto diagnóstico como terapéutico hubiere sido diferente y en consecuencia un resultado distinto al ocurrido, todo ello, por la omisión en la sospecha diagnóstica y la desviación de las posibilidades que indicaban tanto los signos y síntomas que presenta el paciente como los hemogramas, que infortunadamente por acción de los medicamentos fueron enmascarados en la primera atención del hospital.

De la sustentación del dictamen, se destaca la afirmación consistente en que *“cuando la leucocitosis que desbordan la respuesta normal de un paciente, acompañado de fiebre y dolor abdominal, con cambios a nivel intestinal y urinario, se convierte en la necesidad obligada de investigar y descartar que no se trate de un cuadro de apendicitis, circunstancia su señoría que la historia clínica del hospital San José de Mariquita echó de menos, precisamente porque no consideró esto... siempre que uno vaya a tener la atención y el estudio de un paciente con dolor abdominal, una cosa que no puede hacer es darle analgésico porque va a enmascarar el dolor y el dolor es un signo que es importantísimo... no consideran los diagnósticos, no hacen (sic) solicitan pruebas complementarias y el paciente es dado de alta en esa primera atención...”*

Continúa luego afirmando “... si al paciente se le hubiere adelantado el trámite investigativo en forma eficiente, si se le hubiere hecho el diagnóstico, se hubiese pedido la intervención del cirujano, por lo menos para que valorara, que es una de las posibilidades que ofrece el sistema de referencia y contrarreferencia, es decir, que lo valore y que adopten el diagnóstico... y si bien no requiere el manejo de esa entidad pues se regresa a la entidad base”

Ante las preguntas del Despacho, afirma que “por no haber estudiado la posibilidad diagnóstica en forma eficiente o no haber considerado los resultados de los laboratorios como los estaban presentado y que sugerían la posibilidad de un proceso intra-abdominal, hace que el paciente no hubiese tenido el diagnóstico en forma oportuna y con eso el desenlace de todos los acontecimientos mencionados”.

Al preguntársele si se trató de una interpretación errónea de los análisis, el médico perito **asegura que sí**, dado que al haber un desvío a la izquierda con aumento leve de los leucocitos, se estaba ante una infección de carácter bacteriano y no viral, lo que permite conocer si hay una respuesta inflamatoria e infecciosa, además de saber hacia qué tipo de agente infeccioso se está direccionando el resultado del cuadro hemático.

Por otro lado, se resalta que el médico perito fue enfático en resaltar que el Chikunguña, inicialmente referido como posible diagnóstico del paciente, no produce dolor de estómago como síntoma. Por otro lado, asegura que no se prestó atención a la tensión arterial tan alta que tenía el paciente, siendo un claro síntoma de que en el momento estaba presentado un gran dolor y se estaba ad portas de un posible accidente cerebrovascular, y aun así fue enviado para la casa, poniendo en riesgo al paciente.

En la sesión del 8 de septiembre de 2021, el Doctor Vanegas, al ser interrogado por el apoderado del demandado Javier Enrique Navarro Moscote, explicó a la audiencia que en efecto, el abdomen blando, depresible (se puede comprimir para explorarlo) y el dolor en el flanco derecho que se anotaron en la historia clínica de la atención del 23 de noviembre de 2015, son signos muy genéricos que llevan a pensar en posibilidades diagnósticas, y que aunque no son signos que indiquen una irritación peritoneal, la puño percusión positiva en flanco derecho que también se anotó en la historia clínica del paciente, sí era indicativa de un proceso irritativo en esa región específica que obligaba a explorar cuáles eran los posibles diagnósticos, los cuales pueden corresponder por ejemplo a un cuadro de carácter infeccioso, infección urinaria, **apendicitis**, adenitis mesentérica, un trastorno de carácter neurológico con un dolor referido, todos las cuales ameritan exploración y análisis para ir descartando una por una, siendo el más probable, por estadísticas, una apendicitis.

Refirió el perito que el médico tratante (Dr. Navarro Moscote) ordenó una serie de exámenes, entre ellos un parcial de orina y un hemograma, cuyos resultados, indicaban la presencia de la leucocitosis 11.300 exageradamente alta y que no corresponde con procesos de infecciones urinarias, sino que es habitual en procesos de apendicitis. A pesar de ello, el médico consignó que se trataba de un posible chikunguña, que es un proceso reumático que no tiene que ver o no corresponde con un cuadro de dolor abdominal.

### **Aportado por la parte demandada**

La entidad demandada allegó dictamen rendido por el médico Marco Fernando Varón Reyes, quien acreditó ser médico cirujano, especialista en gerencia de servicios de salud y abogado titulado (fls. 104-114).

En la audiencia de pruebas celebrada el 13 de marzo de 2019 se sustentó el respectivo dictamen, en el que el perito indicó que en el primer ingreso del señor Hernando Alfonso Reyes al Hospital San José de Mariquita el 23 de abril de 2015, los exámenes realizados estaban dentro de los límites normales, lo que a su juicio demuestra que no había proceso infeccioso en el cuerpo del paciente y que ante la mejoría que presentaba por el tratamiento allí brindado, 10 horas después se le dio egreso, indicándole recomendaciones, señales de alarma y fórmula médica.

Frente al reingreso del día 26 de abril de 2015, luego de realizar un relato de la historia clínica, concluye el perito que el manejo dado al paciente fue oportuno y adecuado, pues solo 3 horas después de su ingreso se definió que debía ser trasladado a un hospital de mayor nivel, sin embargo, tras realizar todos los tramites no se logró hacer remisión, por lo que finalmente el señor Hernando Alfonso Reyes hizo su retiro voluntario.

Al ser preguntado, el perito señaló que el dolor de estómago puede tener aproximadamente 100 diagnósticos distintos, asegurando que los síntomas presentados podían ser de apendicitis o igualmente de otras patologías, por lo que eso debía determinarlo un Médico Cirujano, sin embargo, al sospechar de una colecistitis o apendicitis, en ambos casos debía ser operado. Empero aclara que la primera valoración fue adecuada porque no se evidenciaba una inflamación del peritoneo.

En la audiencia del 17 de septiembre de 2021, el demandado Javier Enrique Navarro Moscote a través de su apoderado tuvo oportunidad de interrogar al Dr. Varón Reyes, iniciando el interrogatorio con la pregunta de los servicios ofrecidos por el Hospital de I nivel accionado, ante lo cual el perito refirió que tiene habilitados los de consulta externa, medicina general, odontología, urgencias, hospitalización de 1er nivel, enfermería, promoción y prevención, laboratorio clínico básico, RX, pero no cuenta con servicios para tomografías o ecografías de carácter permanente.

Por pregunta del apoderado del demandado, el Dr. Varón indicó que la hipertensión arterial se altera si el paciente que la padece no toma sus medicamentos antihipertensivos, pudiendo llegar a presentar un accidente cerebrovascular si se sube a cifras como 200/100. Agrega que si el paciente (demandante), según lo que le informa el apoderado, venía tomando “captopril” y lo dejó de tomar, la tensión se le iba a alterar.

El apoderado le indicó al perito que el demandante sufría de una enfermedad diverticular y preguntó que si los síntomas eran similares a los de la apendicitis, ante lo cual el Doctor Varón explicó que la diverticulitis se trata de una enfermedad del colon, una debilidad en la pared del colon y que cuando se inflama, los síntomas

son los mismos de la apendicitis y se puede reventar y ocasionar una peritonitis, al igual que la apendicitis, por lo que también requiere manejo quirúrgico.

Luego se refirió al proceso de remisión de pacientes a un mayor nivel de complejidad y las dificultades que se presentan. Igualmente habló del proceso de alta voluntaria del paciente y que esto ocurrió en el caso del demandante, explicando por pregunta del Despacho, que el trámite de remisión a mayor nivel de complejidad para valoración con cirujano general, es posible que también se hubiera intentado al Hospital de Honda y supone que seguramente les informaron allí que no tenían el especialista.

Al ser preguntado por el Despacho, a partir de los hallazgos anotados de la cirugía realizada en el Hospital de Honda, el perito explicó que la peritonitis del paciente tuvo origen en la apendicitis y no en una diverticulitis.

Finalmente, de acuerdo con el interrogatorio que le hizo el Ministerio Público, el Doctor Varón señaló que no estaba conforme a la *lex artis*, que antes de confirmarse un diagnóstico de un paciente con dolor abdominal, se le ordenara analgésico y antipirético, lo que solamente debe ser suministrado luego de confirmarse el diagnóstico del paciente.

### **Testimoniales:**

Se escucharon los testimonios de las señoras **Luz Helena Garzón Loaiza** (compañera sentimental del demandante) y **Luz Marina Reyes Hernández** (amiga del demandante), quienes se refirieron a las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que conocieron al demandante, así como al estado anímico que tenía antes y después de la apendicitis padecida y las complicaciones presentadas.

Por petición del demandado Javier Enrique Navarro Moscote, se escuchó el testimonio de la señora **Sandra Patricia Mejía Roa** (técnica auxiliar de enfermería, vinculada con la ESE demandada desde hace aproximadamente 22 años), quien rindió su testimonio respecto a la atención médica brindada al paciente el 23 de abril de 2015 en el Hospital San José de Mariquita, manifestando que tuvo oportunidad de atenderlo en esa ocasión, cuando recibió turno a las 7:00 p.m., explicando que la médica de turno -Dra. María Camila- le dio el alta porque la fiebre le había bajado y que el alta se le dio con signos de alarma, los cuales le fueron explicados al familiar del paciente, los que incluían entre otros, que fuera al servicio de urgencias si tenía fiebre.

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

### **5.1. Del Daño**

Analizadas en detalle y de forma cronológica las historias clínicas que dan cuenta del tratamiento brindado al señor Hernando Alfonso Reyes en el Hospital San José E.S.E. de Mariquita los días 23 y 26 de abril de 2015, así como los dictámenes

periciales y testimonios recaudados, frente al primer elemento de responsabilidad, se tiene que efectivamente existió un deterioro en la salud del hoy demandante.

Así da cuenta el informe pericial rendido por el Médico Germán Alfonso Vanegas Cabezas, al afirmar que el paciente presentó un daño renal, que obligó a ser sometido a hemodiálisis, desarrolló sepsis, que requirió manejo hospitalario prolongado, poniendo en riesgo su vida, recuérdese que incluso pasados dos años, es decir en el 2018, tuvo que ser intervenido quirúrgicamente de nuevo para una corrección de malla por quedar con una eventración producto de la apendicitis y peritonitis detectada tardíamente, sin que quede duda respecto a que la eventración fue la consecuencia de no haberse tratado a tiempo la apendicitis, como lo ratificó el perito Dr. Germán Vanegas en la audiencia del 8 de septiembre de 2021 (fls. 14-15 C. Dictamen Pericial).

A su vez, el testimonio de la señora Luz Marina Reyes Hernández, quien asegura ser compañera de trabajo del hoy demandante, se refirió a que producto de las cirugías y estado de salud, el señor Hernando Reyes ha tenido que incapacitarse en varias ocasiones, solo pudiendo regresar aproximadamente tres años después, lo que da cuenta de que el demandante se ha visto sometido a una congoja producto de las cirugías practicadas y a una afectación cuando menos en lo corpóreo y lo moral.

Baste lo anterior para concluir que el daño como primer elemento de responsabilidad, se encuentra acreditado.

## **5.2. De la Falla en la prestación del servicio – Error diagnóstico**

Probada la existencia del daño, es necesario realizar el correspondiente juicio de imputación, para determinar si hubo la falla en la prestación del servicio y que se hace consistir por una parte, en un error de diagnóstico atribuible jurídicamente a los demandados.

En la historia clínica se encuentra probado que el señor Hernando Alfredo Reyes, ingresó al Hospital San José de Mariquita, el 23 de abril de 2015, siendo las 13:03:19, con síntomas de fiebre, dolor hipogástrico, incontinencia urinaria, disuria, oliguria, polaquiuria, náuseas, malestar general y dolor en las articulaciones, siendo atendido por el galeno Javier Enrique Navarro Moscote.

Durante su estancia en el referido hospital, se practicaron exámenes de cuadro hemático y parcial de orina, en donde el médico concluyó que se trataba de una infección viral, posiblemente Chikunguña, en donde se observa el suministro de analgésicos, como diclofenaco y acetaminofén, lo que hizo que el paciente presentara mejoría, dándole egreso el mismo día.

Hasta aquí, se observa que al paciente se le dio una atención por urgencias, sin demoras injustificadas y recibió el suministro de medicamentos señalados, empero la parte actora en su argumentación aduce la existencia de un error en el diagnóstico dado por el galeno el 23 de abril de 2015, lo cual desencadenó la afectación y complicación del estado de su salud, llevándolo al borde de la muerte inclusive.

Aclarado lo anterior, observa el Despacho que el diagnóstico inicial, fue por una infección de orden viral, posiblemente Chikunguña, de lo que también da cuenta el testimonio rendido por la compañera permanente del hoy demandante y quien lo acompañó al Hospital, señora Luz Elena Garzón Loaiza. Sin embargo, como a la postre se determinó, en realidad el paciente estaba presentando una inflamación del apéndice.

Para precisiones sobre la patología de apendicitis aguda, esta juzgadora además de lo dicho por los peritos, se apoya en la literatura médica existente al respecto, en la cual se observa:<sup>23</sup>

*“Una de las entidades patológicas **que con mayor frecuencia enfrenta el médico es la apendicitis aguda**, que ocurre en cualquier edad y que, se estima, puede presentarse en aproximadamente 7% de las personas en el curso de su vida. (...) Esta Guía se refiere solamente a la apendicitis aguda en el adulto. (...).*

*La apendicitis aguda se inicia con la inflamación del apéndice, que se desencadena, en la mayoría de los casos, por una obstrucción de la luz apendicular; esta induce acumulación del moco, que, asociada con la poca elasticidad de la serosa, resulta en incremento de la presión intraluminal, fenómeno que compromete primero el retorno venoso y linfático. Si el proceso continúa, la presión intraluminal excede la presión capilar, producen isquemia de la mucosa, gangrena y, finalmente, perforación del apéndice.*

*Los cambios locales en la zona del apéndice generan una respuesta inflamatoria regional mediada por el mesotelio y los vasos sanguíneos del peritoneo parietal. En una secuencia de eventos inflamatorios, la salida de neutrófilos y otros mediadores de inflamación a partir del apéndice y las estructuras adyacentes lleva a una respuesta inflamatoria local que tiende a limitar el proceso. En esta fase puede ocurrir perforación, la cual puede ser “sellada” por las estructuras adyacentes; si ello no ocurre, se produce derramamiento del contenido del apéndice, con la consecuente peritonitis severa, retención líquida en “tercer espacio”, shock y muerte en un porcentaje significativo de los casos.*

*El tratamiento de la apendicitis aguda es quirúrgico: la resección urgente del apéndice inflamado antes de que se produzca su perforación. El cirujano siempre se propone realizar el mínimo de “apendicectomías en blanco” (la operación que encuentra un apéndice sano), pero, al mismo tiempo, operar oportunamente para evitar la perforación con la consecuente peritonitis. Este objetivo presume que la perforación tiene relación directa con el tiempo que transcurre entre el inicio de los síntomas y el tratamiento quirúrgico. **La tasa de perforación apendicular está directamente relacionada con la demora en el diagnóstico; tal demora puede evitarse mediante la educación de la población general sobre acudir prontamente al médico cuando aparece un dolor abdominal, y del médico de atención primaria o de urgencias en el sentido de siempre consultar con el cirujano en presencia de un paciente con dolor abdominal.** Temple y Huchcroft hicieron el seguimiento de 95 pacientes con signos y síntomas de apendicitis aguda. Tres pacientes tuvieron perforación antes de 24 horas y sólo uno tuvo perforación antes de 10 horas. El tiempo promedio entre la aparición de los síntomas y la perforación fue de 64 horas.*

(Resaltado del Despacho)

<sup>23</sup> Roosevelt Fajardo, MD Sección de Cirugía General, Director de la División de Educación Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá.

Ahora bien, con relación al diagnóstico de la apendicitis aguda, las guías del Ministerio de la Protección Social evidencian que:

**“El diagnóstico de la apendicitis aguda es esencialmente clínico y lo debe hacer un cirujano.**

Ello quiere decir que en los servicios de urgencias, **el médico que recibe a un paciente con dolor abdominal debe proceder de inmediato a llamar al cirujano en interconsulta**, sin que ello cause demora en la iniciación de los procedimientos diagnósticos. La presencia de un cirujano de disponibilidad inmediata en los servicios de urgencias ha demostrado enormes beneficios en cuanto a los resultados finales en el manejo de la apendicitis aguda (Early et al, 2006).

Al comienzo de la enfermedad, **el paciente refiere dolor abdominal difuso, usualmente de tipo cólico, de ubicación periumbilical, que posteriormente se localiza en el cuadrante inferior derecho, acompañado de náusea, vómito y fiebre**. Cuando hay vómito, se presenta luego del dolor y se reduce a uno o dos episodios.

En el examen físico se encuentra dolor a la palpación en el cuadrante inferior derecho, sobre el sitio clásicamente descrito por Charles McBurney (1845-1913), que se conoce por su epónimo, “Punto de McBurney” (centro de una línea trazada entre el ombligo y la espina iliaca anterior y superior, correspondiente al sitio de implantación del apéndice en el ciego). Los signos de irritación peritoneal, como el de Jacob Moritz Blumberg (1873- 1955) –la descompresión brusca de la región cecal es más dolorosa que la compresión misma–, el espasmo muscular y los de deshidratación –mucosa oral seca y taquicardia–, se presentan en los casos más avanzados. El tacto rectal dirigido hacia la fosa ilíaca derecha produce dolor, pero hoy es un examen que no se practica sino en casos seleccionados.

La presentación clínica atípica ocurre **cuando hay perforación con algún grado de peritonitis**. Entonces **el cuadro puede incluir fiebre, escalofríos y dolor abdominal difuso**; el examen físico muestra defensa (espasmo) muscular, signos de peritonitis difusa, íleo, distensión abdominal y, ocasionalmente en el caso de plastrón o absceso, una masa palpable.

Una vez ocurre la perforación del apéndice, se desencadenan otras complicaciones como obstrucción intestinal, absceso hepático e incluso pyleflebitis.  
(...)

**Cuando clínicamente se sospecha apendicitis aguda, se deben ordenar exámenes de laboratorio que incluyan hemograma, uroanálisis y prueba de embarazo en las mujeres en edad reproductiva. En general, el recuento de leucocitos en sangre aparece moderadamente elevado, y en la mayoría de los casos hay desviación a la izquierda**, aunque en un porcentaje bajo (menos de 5%), aunque significativo; tanto el recuento de glóbulos blancos como la fórmula diferencial son normales. Se debe tener en cuenta que el recuento globular blanco tiene baja sensibilidad (78%) y más baja especificidad (51%), con un valor predictivo muy bajo (25%), como lo demostraron Vargas y colaboradores de México. **El uroanálisis es de ayuda para el diagnóstico diferencial con urolitiasis o infección de las vías urinarias**, siendo esta más frecuente en mujeres.

Generalmente, los hombres jóvenes con cuadro clínico típico y recuento leucocitario mayor de 12.000 mm<sup>3</sup> con desviación a la izquierda deben ser llevados a cirugía sin otros exámenes diagnósticos adicionales.

La medición de enzimas hepáticas y de amilasa puede ser útil para el diagnóstico diferencial con patología hepatobiliar, sobre todo cuando el dolor se localiza en el mesogastrio o el epigastrio. La amilasa sérica puede estar elevada en 3 y 10% de pacientes con apendicitis aguda.

**Si bien el examen físico y los resultados de laboratorio son débiles indicadores diagnósticos considerados individualmente, combinados sí dan un alto grado de probabilidad diagnóstica** (Anderson, 2004). **Esto es más válido en pacientes de edad avanzada, en quienes si el conjunto de resultados de laboratorio, especialmente el recuento leucocitario total, el porcentaje de neutrófilos y la proteína C reactiva, es de valores normales, permite excluir el diagnóstico con bastante certeza.** Así mismo, hallazgos negativos en la TAC en ausencia de signos inflamatorios hacen muy improbable el diagnóstico de apendicitis aguda (Nikolaidis et al, 2004). Los resultados de laboratorio que revelan la respuesta inflamatoria, los signos de irritación peritoneal y la historia de dolor abdominal que migró del epigastrio al cuadrante inferior derecho constituyen la información más valiosa para diagnosticar la apendicitis aguda (Hornig Ren et al, 2005).

El uso de la radiografía simple de abdomen, que en nuestro medio ha resultado útil en pacientes que consultan por dolor abdominal, es motivo de controversia. En la apendicitis aguda no ha demostrado la presencia de fecalito en más de 50% de los casos. Nitecki y su grupo de la Clínica Mayo demostraron la presencia de fecalitos en 10% de los pacientes con apendicitis no complicada, en 20% de los pacientes con apendicitis perforada y en 40% de los pacientes con absceso apendicular. **La radiografía simple de abdomen debe hacerse en la población mayor como imagen diagnóstica inicial, que sirve para aclarar otras condiciones anormales.** Pero esta radiografía realmente no debe ser solicitada rutinariamente si todo apunta al diagnóstico de apendicitis aguda.

La ultrasonografía tiene una sensibilidad de 75 a 90% y una especificidad de 86 a 100%. Se debe tener en cuenta que se trata de un examen operador dependiente, y que presenta dificultades técnicas en pacientes obesos o con distensión abdominal, por la interposición del gas. En mujeres jóvenes en quienes se debe descartar patología ginecológica, la ecografía pélvica o transvaginal puede ser de gran ayuda.

La tomografía axial computadorizada (TAC) es considerada el “patrón oro” como examen diagnóstico no invasor en la apendicitis aguda. Puede detectar y localizar masas inflamatorias periapendiculares (plastrones), abscesos (algo similar como en la diverticulitis) y, con gran precisión, la apendicitis aguda. La TAC es más precisa en el diagnóstico que la ultrasonografía en los adultos y los adolescentes, es la mejor imaginología diagnóstica de la apendicitis aguda (Terasawa et al, 2004) en caso en que el diagnóstico es dudoso. Sin embargo, se ha encontrado apendicitis en pacientes con hallazgos equívocos en la TAC, y si los síntomas y demás pruebas indican que se trata de una apendicitis, el paciente debe ser llevado a cirugía. Los radiólogos consideran que si el apéndice mide menos de 9 mm en su diámetro, el diagnóstico de apendicitis es muy improbable (Daly et al, 2005).

Cuando existe la sospecha de apendicitis aguda es importante identificar en la tomografía claramente el íleon terminal, el ciego y el apéndice; la exactitud en el diagnóstico ha aumentado notablemente con los cortes hechos cada 5 mm, en lugar

de cada 10. Por su costo, es un examen para ser practicado sólo en pacientes seleccionados.

*En los últimos años la laparoscopia se ha convertido no solo en una herramienta diagnóstica de gran utilidad, especialmente en mujeres jóvenes con diagnóstico no claro, sino en una valiosa herramienta terapéutica para todo tipo de pacientes, por cuanto simultáneamente permite el diagnóstico muy preciso mediante la visualización directa del apéndice y de los órganos abdominales y pélvicos, y también la remoción del apéndice. La laparoscopia ha probado sus grandes beneficios en cuanto a tasas de morbilidad, costo-beneficio, pronta recuperación y rápido restablecimiento a las actividades normales, menores tasas de infección del sitio operatorio, etc. Están ampliamente demostrados los beneficios de la laparoscopia en pacientes con apendicitis perforadas con peritonitis. Cabe anotar que el apéndice, de no encontrarse inflamado, debe researse e informarle al paciente que no se encontró como fuente del dolor, pero que el apéndice fue reseado.*

*La laparoscopia diagnóstica no debe considerarse como una herramienta diagnóstica rutinaria inicial, puesto que como procedimiento invasor requiere anestesia general; sin embargo, la laparoscopia puede reducir las tasas de perforación y de morbimortalidad, especialmente en mujeres en edad reproductiva y en ancianos. Si en la laparoscopia diagnóstica el apéndice no se encuentra inflamado, debe researse de igual manera.*

*Si los síntomas sugieren plastrón y/o absceso, se debe practicar ecografía (ECO) y/o TAC abdominal para confirmar el diagnóstico y practicar drenaje percutáneo guiado por imágenes, si la colección es abordable por este método. Hoy se considera que una laparoscopia temprana representa un método altamente eficaz y seguro en el manejo inicial del dolor abdominal agudo, especialmente cuando se sospecha apendicitis y el método debe ser empleado en aquellos lugares donde existan las facilidades pertinentes (Golash y Willson, 2005). Desde el punto de vista de costo beneficio, tanto administrativo como biológico, ya ha demostrado su bondad (Guller et al, 2004).”*

(Resaltado del Despacho)

Para determinar si la sintomatología del paciente fue interpretada erróneamente por el médico que lo atendió, generando así un error de diagnóstico que permita establecer la existencia de la falla del servicio, o si por el contrario, el médico actuó con la pericia y cuidado que ameritaba el caso, el apoyo de nuevo se debe hacer en las pruebas practicadas.

Así, de la historia clínica se desprende que el paciente Hernando Alfredo Reyes presentaba dolor de estómago, fiebre de 39,50 C°, inconsistencia urinaria, oliguria, polaquiuria, náuseas y una tensión arterial alta, además de tener en los hemogramas practicados dicho día, un leve aumento en los leucocitos. Respecto a estos últimos resultados fueron primero de 11,3 mm<sup>3</sup> y de 11,7 mm<sup>3</sup> el segundo, teniendo como referencias dentro de un rango normal de 5 a 10 mm<sup>3</sup>, quedando evidenciado que dicho examen no se encontraba dentro de los rangos normales como lo afirmó en su momento el perito que rindió dictamen a instancia de la parte demandada Dr. Marco Varón, siendo por el contrario un indicador de inflamación en el proceso de apendicitis, según se anota en la literatura médica citada por el Despacho y lo expuesto por el médico perito Dr. Germán Vanegas.

Por lo anterior, dichos indicadores de leucocitos aumentados, eran una señal de infección bacteriana y posible inflamación, más no eran indicativo de una infección viral como lo estimó el médico Javier Enrique Navarro Moscote en su diagnóstico, **lo que indica, que existió una errada interpretación de la sintomatología y de los resultados de los exámenes que el señor Hernando Alfredo Reyes presentaba el 23 de abril de 2015.**

También, se tiene que esos resultados y el examen físico o más bien, los síntomas físicos referidos por el paciente, permitían inferir la existencia de una apendicitis, pues al haber sido analizados en su conjunto, se hubiere logrado un alto grado de posibilidad diagnóstica; aunado a lo anterior, teniendo en cuenta que se trata de una persona de edad avanzada, por tratarse de un fuerte dolor abdominal, presentando igualmente inflamación, fiebre, náuseas y el ya conocido incremento de los leucocitos de  $11,3 \text{ mm}^3$  en el primer examen y de  $11,7 \text{ mm}^3$  el segundo, se debió consultar con la especialidad de cirugía, por cuanto esta era la calificada para realizar el diagnóstico definitivo, y en todo caso, de existir duda en el diagnóstico, igualmente se debía consultar al médico cirujano, como lo indica la literatura médica citada por el Despacho; y de no contar el centro médico con dicha especialidad, se debía remitir el paciente de forma inmediata a un centro de salud de mayor complejidad que contase con la especialidad.

Ahora bien, el Despacho reprocha que el dolor de estómago referido por el paciente desde el inicio parece haber sido ignorado por el galeno que hizo la atención inicial de urgencias y que aquí hace las veces de demandado, pues no se evidencia que realmente tratara de establecer el origen de dicho síntoma a lo largo de la historia clínica, máxime cuando de forma rápida descartó una infección urinaria, lo que le obligaba a sospechar de un cuadro de índole intestinal inflamatorio como lo indicaba el hemograma.

Además de lo anterior, es también reprochable desde el punto de vista de la responsabilidad estatal por falla médica, que siendo contraindicado en casos como el aquí estudiado, se le haya ordenado y suministrado al señor Hernando Alfonso Reyes analgésicos que claramente sólo calmaron por un momento el dolor, enmascarando la sintomatología que este presentaba e imposibilitando un diagnóstico acertado; además, sorprende al Despacho que el médico Javier Enrique Navarro Moscote diagnosticara el 23 de abril de 2015 una patología que, según lo indica el médico perito Germán Alfonso Vanegas Cabezas, no presenta como síntomas este dolor abdominal, esto es el chikunguña, ignorando los resultados de las pruebas diagnósticas que el mismo había ordenado y revisado.

Si bien el Despacho entiende que se trata de un hospital de primer nivel, con alta carencia de equipos y de especialidades, lo cierto es que ello no hace que se exonere su responsabilidad, pues ante la presencia de dichos síntomas, tanto en la valoración del 23 como del 26 de abril de 2017 y por sobre todo, ante la presencia de un dolor abdominal de las condiciones que presentaba el señor Hernando Alfonso Reyes, debió desde un inicio ser valorado por un médico cirujano, y si bien el demandado hospital de Mariquita no contaba con dicha especialidad, usando el sistema de referencia y contrarreferencia, debió al menos haber conseguido una interconsulta con dicha especialidad, pero la misma ni siquiera fue contemplada.

Ante esta clase de patologías (apendicitis), el tiempo es un factor fundamental, en el cual, juega un papel importantísimo un adecuado diagnóstico del paciente. Así las cosas, se concluye que el presente caso se enmarca en un error de diagnóstico, dado que el galeno no consideró la edad avanzada del paciente, interpretó erradamente los exámenes de laboratorio y pasó por alto un síntoma clave como es el dolor abdominal, lo que conllevó también a omitir el deber de solicitar una interconsulta con el especialista en cirugía general, dando finalmente un diagnóstico totalmente desacertado, como se explicó líneas atrás, al indicar que el señor Hernando Alfonso Reyes presentaba un cuadro viral, al parecer por Chikunguña, enmascarándose con los medicamentos suministrados el dolor abdominal, lo que a la postre desencadenó el agravamiento del real cuadro clínico que éste presentaba, esto es, apendicitis, al punto que se presentó una peritonitis por el errado diagnóstico y la consecuente tardía remisión -o intento de la misma- a un centro hospitalario de mayor complejidad que contara con la especialidad de cirugía.

Es necesario destacar en este punto, que tanto el perito convocado a instancia de la parte demandante como el que presentó el dictamen solicitado por el Hospital accionado, explicaron al Despacho que era contrario a la *lex artis*, haber suministrado medicamento analgésico y antipirético a un paciente con cuadro de dolor abdominal como el que presentaba el demandante, sin haberse confirmado un diagnóstico.

Por lo anterior, se tiene probada la falla médica en la prestación del servicio de salud en cabeza del Hospital San José de Mariquita E.S.E y del médico tratante Javier Enrique Navarro Moscote, consistente en un error de diagnóstico que tuvo su génesis en una mala interpretación de los síntomas y falta de valoración física completa y seria.

Respecto al reingreso del paciente el 26 de abril de 2015, la decisión de remisión a un hospital de segundo nivel que se tomó dada la gravedad de los síntomas, fue claramente acertada, para que fuese el especialista quien dictaminara finalmente cual era la patología. Ahora bien, sobre la demora en la remisión el 26 de abril de 2015, pese a la gravedad del asunto que aquejaba, el Despacho no encuentra responsabilidad en cabeza de la E.S.E. demandada, según se desprende del acervo probatorio, toda vez que desde el mismo 26 de abril, tal centro asistencial intentó la remisión del señor Hernando Alfonso Reyes a varias I.P.S. de mayor complejidad, no siendo aceptado el paciente, bajo el argumento de no contar con camas disponibles, IPS dentro de las que se encontraba la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Honda, que finalmente recibió y atendió al hoy demandante cuando se presentó por sus propios medios a dicho centro hospitalario; y si bien tal E.S.E. no fue demandada en el presente asunto, no se pasa inadvertido su proceder, que le hace merecedor al menos de un reproche moral, pues los mismos hechos demostraron que sí tenía forma de recibir y atender al paciente cuando así lo solicitó la E.S.E. de Mariquita aquí demandada, por lo que su negativa bien pudo acarrear consecuencia nefastas, de no ser porque el señor Hernando Alfonso Reyes solicitó su retiro voluntario para dirigirse personalmente a la referida E.S.E. de Honda.

### **5.3. *Del nexa causal***

Frente a este punto, para el Despacho se encuentra plenamente demostrado que debido al erróneo diagnóstico de cuadro viral, posible chikunguña dado al señor Hernando Alfonso Reyes el 23 de abril de 2015 por el galeno Javier Enrique Navarro Moscote en el Hospital San José de Mariquita E.S.E., que se tradujo en una falla del servicio médico, ello acarreó que el referido paciente obtuviese de forma tardía el tratamiento quirúrgico que ameritaba su verdadera patología, apendicitis; esto a la postre desencadenó en una peritonitis con los consecuentes problemas en su salud, por cuanto la sepsis adquirida requirió un manejo hospitalario prolongado, y produjo un daño renal que lo obligó a someterse a hemodiálisis, así mismo le generó una eventración (hernia), la cual debió que ser intervenida en el año 2018 mediante cirugía de corrección con malla.

Así las cosas, es clara la existencia del nexo causal entre el daño a la salud padecido por el señor Hernando Alfonso Reyes y la falla en el servicio médico presentada por el erróneo diagnóstico dada por el médico tratante el 23 de abril de 2015 en el Hospital San José de Mariquita E.S.E., conforme lo analizado anteriormente.

## 6. EXCEPCIONES

***Falta de legitimación en la causa por pasiva, inexistencia de los elementos esenciales de responsabilidad, culpa exclusiva de la víctima y hecho del tercero como causal exonerativa de responsabilidad***

En primer lugar, frente a la culpa exclusiva y determinante de la víctima alegada, se aduce que hubo demora del paciente en volver al hospital pese a darse signos de alarma y recomendaciones.

Al respecto se debe indicar que, en efecto en horas de la noche del 23 de abril de 2015 se le dio la salida al hoy demandante con los referidos signos de alarma, y que fue solo hasta el 26 de abril en horas de la mañana que el señor Hernando Alfonso Reyes regresó por urgencias. Sin embargo, debe considerarse que el paciente estaba siendo tratado con los analgésicos que le formuló el médico tratante, lo que claramente disimuló el dolor durante esos días y lo hizo tolerable, al punto de no considerarse necesario por parte del señor Hernando Reyes el regreso a atención médica durante los dos días siguientes, pero como se vio, tal formulación resultaba contraria a lo que se debía hacer por parte del médico tratante, pues una de las consecuencias era precisamente esa, el enmascaramiento del dolor del paciente.

Por ende, culparle y peor aún, de forma exclusiva, por no haber regresado a urgencias sino tan solo 2 días después, sería achacarle responsabilidad por una acción u omisión médica de la que no es responsable.

Respecto al reproche que se hace a la salida voluntaria del paciente del Hospital San José de Mariquita E.S.E. el 27 de abril de 2015, la misma tampoco podría considerarse un eximente de responsabilidad, toda vez que si bien la entidad comenzó los trámites para la remisión del paciente, los mismos fueron infructuosos, y si no es por la decisión tomada por el demandante que en últimas redundó en una atención casi que inmediata en el mayor nivel de complejidad en el municipio de Honda, seguramente el desenlace habría sido peor, por lo que en lugar de reprochar

la decisión del demandante, este Juzgado considera que fue la mejor que pudo tomar en tan difícil momento y que gracias a ella, salvó su propia vida.

Respecto al hecho del tercero y que se hace consistir en que contrario a la realidad manifestada por el HOSPITAL DE HONDA, al señalar que no había camas para atender al paciente, se demostró que cuando el paciente se dirigió a la entidad sí fue atendido, el Despacho recuerda que para el hecho del tercero impida la imputación jurídica del daño al demandado, el mismo debe ser determinante en la producción del daño, pero como se vio, fue el error de diagnóstico en la primera consulta atendida por el médico Javier Enrique Navarro Moscote, sumado al suministro de analgésicos antipiréticos al paciente por parte del mismo galeno, a pesar de que están contraindicados por enmascarar el cuadro clínico, los que llevaron a que la apendicitis padecida por el señor Reyes no fuera diagnosticada y atendida a tiempo para evitar las complicaciones casi fatales que se presentaron.

En cuanto a la falta de legitimación en la causa por pasiva y la inexistencia de los elementos esenciales de responsabilidad, estas excepciones están llamadas al fracaso, pues como se vio, fue la conducta atribuible al Hospital San José de Mariquita E.S.E. y al médico Javier Enrique Navarro Moscote que se catalogó como una falla en el servicio médico asistencial, la que originó el daño antijurídico al accionante, de tal forma que la entidad hospitalaria está llamada a responder solidariamente por los perjuicios, es decir, que está legitimada en la causa por pasiva y además, se acreditaron los elementos de la responsabilidad estatal como se vio, el daño, la imputación del daño a las demandadas por falla en el servicio y el nexo causal entre estos, desvirtuándose la excepción así titulada.

## **7. INDEMNIZACIÓN DE PERJUICIOS**

En este punto el Despacho debe observar que el único demandante es la víctima directa Hernando Alfonso Reyes.

Con relación a los perjuicios se solicita por la parte demandante el daño moral por una suma de 100 SMLMV, alteraciones a las condiciones de existencia 100 SMLMV y lucro cesante por un monto de \$38.609.424.

### **7.1. De los perjuicios morales.**

La reparación del daño moral tiene su fundamento en el dolor o padecimiento que se causa a la víctima directa, familiares y demás personas allegadas.

El Consejo de Estado<sup>24</sup>, con fines de estandarización judicial, ha sugerido los montos a reconocer en caso de lesiones, los cuales están ligados al porcentaje de pérdida de capacidad laboral que las mismas hayan ocasionado.

En el caso concreto, se tiene que el señor Hernando Alfonso Reyes, debido al mal diagnóstico médico inicial, sufrió complicaciones en la apendicitis que cursaba, de

---

<sup>24</sup> Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera, sentencia de unificación jurisprudencial del 28 de agosto de 2014, rad. 27709, M.P. Carlos Alberto Zambrano.

tal suerte que la misma se convirtió en una peritonitis tardíamente detectada, que lo llevaron a una cirugía de emergencia y a estar luego en unidad de cuidados intensivos, con soporte ventilatorio, cardiovascular, debiendo adelantarse varias intervenciones quirúrgicas para realizar lavados peritoneales, además, que luego de la prolongada estancia hospitalaria quedó con una eventración que requirió que en el 2018 en la Clínica Tolima de la ciudad de Ibagué, se le realizara una cirugía de corrección de malla para control de la hernia ventral ocasionada por el cierre por segunda intención que debió tener en su abdomen, proceso en el que presentó daño renal que obligó a que debiera ser sometido a hemodiálisis y que hubiera desarrollado sepsis que requirió manejo hospitalario prolongado.

Pese a conocerse la gravedad de su estado de salud y las complicaciones que cursaron en la atención de la patología tardíamente detectada, dentro del plenario no se estableció que hubiese padecido pérdida de capacidad laboral alguna como consecuencia de tales lesiones, por lo que no se puede acudir a la tabla establecida por el Consejo de Estado para tales eventos y en su lugar, el Despacho acude para su tasación, a lo advertido por dicho Cuerpo Colegiado en su Sala Plena de la Sección Tercera en providencia del 28 de agosto de 2014, que al respecto señaló:

*“Al respecto la Sala advierte que, de acuerdo con la jurisprudencia de la Corporación<sup>25</sup> y por aplicación de máximas de la experiencia, **es posible inferir que quien ha padecido dolencias físicas ha sufrido también perjuicios morales**, de manera tal que, en el caso bajo análisis, hay lugar a reconocer al actor una indemnización por dicho concepto<sup>26</sup>”.*

Luego entonces, teniendo en cuenta que la gravedad del daño a la salud del paciente y su estancia hospitalaria que al menos cursó desde el 27 de abril hasta el 10 de junio de 2015, para un total de 45 días, el Despacho, acudiendo al arbitrio juris, fijará una indemnización que se considera acorde con las lesiones padecidas.

Entonces, esta se reconocerá para el demandante como directo afectado una suma equivalente a ochenta (80) salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de ejecutoria de esta providencia.

## **7.2. Alteración a las condiciones de existencia**

En cuanto a la petición de reconocimiento de la alteración de las condiciones de existencia, se debe tener en cuenta que la Jurisprudencia de Unificación de la Sección Tercera del H. Consejo de Estado, datada 28 de agosto de 2014 Expediente No. 32988, M.P. Ramiro Pazos Guerrero, determinó que se reconocen **únicamente** tres tipos de perjuicios inmateriales: *perjuicio moral, daño inmaterial por afectación a bienes o derechos convencional y constitucionalmente amparados y daño a la salud*, derivado de una lesión corporal o psicofísica.

En efecto, el órgano de cierre adoptó el criterio según el cual, cuando se demanda la indemnización de daños inmateriales provenientes de la lesión a la integridad

---

<sup>25</sup> Sección Tercera, sentencia de 10 de julio de 2003, exp. 14083, C.P. María Elena Giraldo Gómez. En el mismo sentido, puede consultarse la sentencia de esta Subsección proferida el 14 de abril de 2011, exp. 20587, C.P. Danilo Rojas Betancourth. Allí se dijo: “26. *Demostradas las relaciones de parentesco existentes entre los demandantes puede inferirse, aplicando las reglas de la experiencia, que entre ellos existe un lazo afectivo y, por lo tanto, que sufrieron pena, aflicción y dolor a causa de las lesiones sufridas por su padre, hermano, hijo y compañero, lo cual los legitima para reclamar la reparación de los perjuicios causados*”.

<sup>26</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sala Plena. Consejero ponente: DANILO ROJAS BETANCOURTH. Bogotá D. C., veintiocho (28) de agosto de dos mil catorce (2014), Radicación número: 25000-23-26-000-2000-00340-01(28832)

psicofísica de una persona, ya no es procedente referirse al perjuicio fisiológico o al daño a la vida de relación o incluso a las alteraciones graves de las condiciones de existencia, sino que es pertinente hacer referencia a una nueva tipología de perjuicio, denominada **daño a la salud**.

Este tipo de daño se implementó en aras de abandonar la línea jurisprudencial que sobre este punto se había fijado y que indemnizaba por una parte el daño corporal sufrido y, de otra, las consecuencias que el mismo generaba tanto a nivel interior (alteración de las condiciones de existencia), como exterior denominado daño a la vida de relación, para *“delimitar un daño común (lesión a la integridad corporal) que pudiera ser tasado, en mayor o menor medida, a partir de parámetros objetivos y equitativos, con apego irrestricto a los principios constitucionales de dignidad humana e igualdad”*. En esta medida el daño a la salud *“siempre está referido a la afectación de la integridad psicofísica del sujeto, y está encaminado a cubrir no sólo la modificación de la unidad corporal, sino las consecuencias que las mismas generan”*, lo cual implica que no puede desagregarse en otros conceptos<sup>19</sup>.

Bajo estos parámetros se reconoce este tipo de daño **únicamente a la víctima directa del hecho dañoso** y para su indemnización se tiene en cuenta la regla consagrada entre 10 y 100 salarios mínimos<sup>20</sup> legales mensuales vigentes de acuerdo a la siguiente tabla:

<b>GRAVEDAD DE LA LESIÓN</b>	<b>Víctima</b>
Igual o superior al 50%	100 SMMLV
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80 SMMLV
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60 SMMLV
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40 SMMLV
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20 SMMLV
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	10 SMMLV

Como se dijere al estudiar el quantum del daño moral, ante la falta de calificación de pérdida de capacidad laboral del actor, pero por otro lado, demostrada la gravedad de las lesiones causadas en su salud, se reconocerá a su favor la suma equivalente a ochenta (80) salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de ejecutoria de esta providencia.

### **7.3. Perjuicios materiales (lucro cesante)**

De conformidad con el artículo 1614 del Código Civil Colombiano, el lucro cesante se define como *“la ganancia o provecho que deja de reportarse a consecuencia de no haberse cumplido la obligación, o cumpliéndola imperfectamente o retardando su cumplimiento”*.

Por su parte, el Consejo de Estado ha reconocido y definido este concepto como *“la ganancia frustrada a todo bien económico que, si los acontecimientos hubieran seguido su curso normal, habría ingresado o lo haría en el futuro al patrimonio de la víctima. Sin embargo, vale señalar que este perjuicio corresponde a una consecuencia accesoria del hecho dañoso, por cuanto no es causada de manera directa con su ocurrencia, sino que está sujeta a la condición de que se afecte la percepción de un ingreso, lo cual puede que ocurra en algunos casos, sin que ello*

*implique que pueda predicarse categóricamente como una consecuencia necesaria*<sup>27</sup>.

En sentencia del 14 de junio de 2017<sup>28</sup>, nuestro máximo órgano de cierre también señaló en cuanto al lucro cesante, *“que se trata de una ganancia frustrada o el provecho económico que deja de reportarse y que, de no producirse el daño, habría ingresado ya o en el futuro patrimonio de la víctima, pero que como todo perjuicio, para que proceda su indemnización, debe ser cierto, como quiera que el perjuicio eventual no otorga derecho a reparación alguna”*.

La parte demandante, solicita se le otorgue la suma de \$38.609.424 por concepto de lucro cesante.

En el plenario, aunque se recibió la declaración de la señora Luz Marina Reyes Hernández, quien asegura ser compañera de trabajo del hoy demandante y quien indicó que este se dedicaba a labores de vigilancia, lo cierto es que, para el momento de los hechos –abril de 2015-, el señor Hernando Alfonso Reyes nacido el 12 de octubre de 1947, ya contaba con 67 años de edad, es decir, que ya no era una persona que se pudiese ubicar dentro de la población laboralmente activa, según las normas vigentes para la época de los hechos.

Además de lo anterior, como se advirtió con antelación, no aparece acreditado que como consecuencia del daño a la salud que padeció, el actor hubiere perdido capacidad laboral y en caso de ser así, en qué porcentaje, luego entonces, se considera por el Juzgado que no se demostró con suficiencia este perjuicio, teniendo el demandante la carga de la prueba, por lo que no es posible su reconocimiento.

## **8. LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

Respecto de la relación contractual existente entre llamante y llamado en garantía, es necesaria la remisión a la prueba documental aportada, así:

- a)** Póliza de responsabilidad civil de La Previsora S.A. compañía de seguros (fls. 125-164 C. Prin., y 40-78 C. Llamamiento en garantía), documento que acredita el vínculo contractual entre llamante y llamada en garantía, vigente para la época del siniestro.
- b)** Certificado de subgerencia de procesos fiscales y administrativos de La Previsora S.A. Compañía de seguros, donde se certifica la disponibilidad del valor asegurado (fl. 2 C.P. Llamado en garantía)

Estos documentos acreditan la obligación a cargo de la llamada en garantía, por el riesgo denominado errores u omisiones profesionales y por el riesgo amparado y denominado como daños extrapatrimoniales, con un deducible del 10% del valor de la pérdida, en atención a lo consignado en la póliza de responsabilidad extracontractual N° 1002588, lo cual implica que en este fallo, se reconozca ese derecho del asegurado y la correlativa obligación de la aseguradora, dado que la

<sup>27</sup> Consejo de Estado, Sentencia del 29 de julio de 2013, Consejero Ponente Ramiro de Jesús Pasos Guerrero, Exp. 21564

<sup>28</sup> También se lee en sentencias del Consejo de Estado del 21 de mayo de 2007, exp. 15989 y del 21 de marzo de 2006 exp. 17256 con ponencia de los doctores Mauricio Fajardo y María Elena Gómez Giraldo, respectivamente.

responsabilidad que aquí se le endilga a la ESE demandada, nace precisamente del error de diagnóstico médico.

## 9. COSTAS

Al resultar prósperas las pretensiones de la demanda, es claro que la parte demandada ha sido vencida en el proceso (Art. 365-1 del C. G. del P.) y al no tratarse de un asunto en el que se ventile un interés público (Art. 188 del C.P.A.C.A), es menester del Despacho realizar la correspondiente condena en costas a favor de la demandante, para lo cual se fijará la suma de \$3.200.000 como agencias en derecho y se ordenará que por Secretaría se realice la correspondiente liquidación de las costas 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,

### RESUELVE:

**PRIMERO: DECLARAR** que los demandados E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ DE MARIQUITA y JAVIER ENRIQUE NAVARRO MOSCOTE, son administrativa, solidaria y patrimonialmente responsables por el daño antijurídico causado al demandante por la falla médica, consistente en el error de diagnóstico ocurrido el 23 de abril de 2015, de conformidad con la parte motiva de este proveído.

**SEGUNDO: CONDENAR** a los demandados E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ DE MARIQUITA y JAVIER ENRIQUE NAVARRO MOSCOTE a pagar los daños morales que producto de la falla médica declarada, le causaron al señor HERNANDO ALFONSO REYES, en la suma equivalente a ochenta (80) salarios mínimos legales mensuales vigentes a la ejecutoria de esta sentencia.

**TERCERO: CONDENAR** a los demandados E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ DE MARIQUITA y JAVIER ENRIQUE NAVARRO MOSCOTE a pagar el daño a la salud que producto de la falla médica declarada, le causaron al señor HERNANDO ALFONSO REYES, en la suma equivalente a ochenta (80) salarios mínimos legales mensuales vigentes a la ejecutoria de esta sentencia.

**CUARTO: CONDENAR** en costas de esta instancia a los demandados E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ DE MARIQUITA y JAVIER ENRIQUE NAVARRO MOSCOTE. Tásense, tomando en cuenta como agencias en derecho la suma de TRES MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS (\$3.200.000).

**QUINTO: DENEGAR** las demás pretensiones de la demanda.

**SEXTO: CONDENAR** a La Previsora S.A. compañía de Seguros, hasta el límite del valor asegurado, a pagar la totalidad del porcentaje de la condena que le corresponde asumir a su asegurado E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE MARIQUITA, esto es, por errores u omisiones profesionales y por daños extrapatrimoniales, con un deducible del 10% del valor de la pérdida, en atención a lo consignado en la

póliza de responsabilidad extracontractual N° 1002588 y hasta la disponibilidad del valor asegurado únicamente.

**SÉPTIMO:** A la presente sentencia se le dará cumplimiento en los términos de los artículos 192 y 195 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

**OCTAVO:** Para el cumplimiento de esta sentencia expídanse copias con destino a las partes, con las precisiones del artículo 114 del Código General del Proceso. Las copias destinadas a la parte actora serán entregadas al apoderado judicial que ha venido actuando.

**NOVENO:** Ejecutoriado el presente fallo y liquidadas las costas, 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 Administrativo  
Oral 3  
Ibague - Tolima

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: **651b31e6b1d9738558f1d66d2195edf94a53f5c65a2ef820b72e84d17ac120f8**  
Documento generado en 11/10/2021 12:25:29 PM

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