



## JUZGADO CUARTO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE IBAGUÉ

Ibagué, treinta (30) de septiembre de dos mil veintidós (2022)

RADICADO: 73001-33-33-004-2015-00242-00  
MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA  
DEMANDANTE: MARIA MARLENE MANJARRES RUIZ Y OTROS  
DEMANDADO: HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E DE NATAGAIMA-TOLIMA  
Tema: Falla médica

### SENTENCIA

Procede el Despacho a dictar sentencia dentro del presente medio de control de **REPARACIÓN DIRECTA** promovido por la señora **MARIA MARLENE MANJARRES RUIZ** quién actúa en nombre propio y en representación de los menores **NELSON JHOJAN BUSTOS SÁNCHEZ** y **JUAN CARLOS BUSTOS SÁNCHEZ**, por la señora **SUSANA HERCILIA SALAZAR MANJARRES** quien actúa en nombre propio y en representación de los menores **SERGIO ANDRÉS OYOLA SALAZAR**, **LINA MARÍA OYOLA SALAZAR** y **OSCAR FERNANDO OYOLA SALAZAR** y por los señores **JOSÉ GREGORIO SÁNCHEZ MANJARREZ**, **MARTHA ISABEL SÁNCHEZ MANJARREZ** y **CLAUDIA MARCELA MANJARREZ** en contra del **HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E DE NATAGAIMA- TOLIMA** radicado bajo el No. **73001-33-33-004-2015-00242-00**, al que fue llamada en garantía la **COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS SA -CONFIANZA -**

#### 1. Pretensiones

En el desarrollo de la audiencia inicial celebrada el día 05 de octubre de 2017, se establecieron como pretensiones, las siguientes (Fol. 06 Pág.56):

Que se declare administrativamente responsable a la entidad demandada por los perjuicios ocasionados a los demandantes a causa de la presunta falla del servicio en la atención médico asistencial prestada al señor **LUIS JAIME SALAZAR MEDINA (Q.E.P.D.)** en razón de su enfermedad y que conllevaron a su fallecimiento, a causa del manejo presuntamente inadecuado que se le dio por más de 15 días al diagnóstico de apendicitis perforada que conllevó a una peritonitis.

Que como consecuencia de lo anterior solicita que se condene a las demandadas al pago de los perjuicios morales y materiales consistentes en lucro cesante causados a los demandantes, entre ellos, los hijos de crianza del señor **LUIS JAIME SALAZAR MEDINA (Q.E.P.D.)**, detallados en la demanda a folios 79 y 80.

Que se ordene dar cumplimiento al fallo en los términos de los artículos 192 y 195 del CPACA.

## **2. Hechos.**

De conformidad con lo establecido en la audiencia inicial celebrada el día 05 de octubre de 2017, se tienen como hechos relevantes de la demanda los siguientes (fol. 006 Pág. 53 y s.s.):

- 1. Que el día 02 de diciembre de 2013, el señor LUIS JAIME SALAZAR MEDINA (Q.E.P.D.), en su condición de afiliado a la EPS-S Salud Total, asistió al servicio de urgencias del Hospital San Antonio E.S.E de Natagaima- Tolima, por un persistente dolor abdominal de tres días de evolución, en donde se le prestó la atención médica y luego de dos horas se le dio de alta.*
- 2. Que al día siguiente el paciente ingresó nuevamente con agudización de síntomas, y se le ordenó por parte del médico tratante, tratamiento para manejo de parasitosis intestinal y se le dio de alta.*
- 3. Que el día 06 de diciembre de 2013 el señor Salazar Medina (Q.E.P.D.) fue valorado por médico particular, quien lo diagnosticó con apendicitis aguda.*
- 4. Que el 10 de diciembre de 2013 el paciente ingresó nuevamente al servicio de urgencias del Hospital San Antonio E.S.E. de Natagaima- Tolima, y en razón a su estado de salud fue remitido a la Clínica San Sebastián de Girardot- Cundinamarca.*
- 5. Que una vez remitido a la referida institución hospitalaria, fue sometido a una intervención quirúrgica de urgencia por diagnóstico de apendicitis perforada, prestó shock séptico y el día 14 de diciembre de 2013 finalmente falleció.*

## **3. Contestación de la Demanda.**

### **3.1. Hospital San Antonio E.S.E de Natagaima- Tolima (fol. 6 Pág. 57 y s.s. Cuaderno Principal)**

Manifestó su apoderado que se opone a la prosperidad de todas y cada una de las pretensiones planteadas por la parte actora, y se atiene a lo que resulte probado durante el devenir procesal.

Argumentó que conforme a la historia clínica que obra en el expediente, se encuentra probado que el paciente LUIS JAIME SALAZAR MEDINA (Q.E.P.D.), siempre fue atendido de forma diligente por parte de la Entidad Hospitalaria que representa y fue el paciente quien descuidó su estado de salud y solamente una semana después regresó a las instalaciones de la Entidad a buscar una atención que para la fecha era muy compleja, inclusive por encima del pre- conocimiento de su situación a partir de las consultas previas a su remisión, así como la particular en la que él mismo se hizo

RADICADO No: 73001-33-33-004-2015-00242-00  
MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA  
DEMANDANTE: MARIA MARLENE MANJARRES RUIZ Y OTROS  
DEMANDADO: HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E DE NATAGAIMA- TOLIMA  
Sentencia de primera instancia

consciente de su gravedad y no hizo nada para mejorarla, tanto así, que espera hasta cuatro días para luego si levantar preocupaciones que en su estado, eran insanables.

Propuso como medios exceptivos, *ausencia de los elementos esenciales de la responsabilidad administrativa, buena fe y procedimiento de manera integral (falta de prueba de la falla), indebida determinación de perjuicios- modulación de condena y costas.*

### **3.2. Compañía Aseguradora de Fianzas SA – Confianza - (fol. 6 Pág. 58 y s.s. Cuaderno Principal).**

El apoderado de la Entidad aseguradora manifestó que no se opone a que su representada sea llamada en garantía dentro del presente asunto teniendo en cuenta la calidad de tomador y asegurado del Hospital San Antonio E.S.E de Natagaima y no se opone tampoco a que su representada sea condenada a pagarle a los demandantes la condena que se imponga a la Entidad hospitalaria por el daño moral derivado de la negligencia, imprudencia o impericia del Hospital en ejercicio de su actividad como institución prestadora del servicio de salud, siempre que se tenga en cuenta el valor asegurado del amparo del daño moral, así como el posible deducible pactado para dicho amparo.

Igualmente precisó, que se opone a que la Entidad aseguradora que representa, sea condenada a pagarle a los demandantes o a reembolsarle al Hospital San Antonio E.S.E de Natagaima- Tolima, la condena que se impongan a esta última por concepto de lucro cesante, ya que no fue otorgado dicho amparo y se encuentra excluido en las condiciones generales de la póliza.

Propuso como excepción de mérito frente a la demanda la que denominó *Hecho de la víctima.*

Frente al llamamiento en garantía formuló las excepciones que denominó *Ausencia de cobertura de lucro cesante y límite asegurado y deducible.*

### **4. Actuación Procesal.**

Presentado el proceso ante la Oficina Judicial el día 09 de junio de 2015 (fol. 1 Pág. 127 Cuaderno Principal), correspondió por reparto a este Despacho quien mediante providencia de fecha 10 de agosto de 2015, una vez subsanadas las falencias advertidas en el auto inadmisorio de la demanda, ordenó la admisión de la misma (Fol. 1 Pág. 161 y s.s. Cuaderno Principal Exp. Digitalizado).

Notificadas las partes, el Ministerio Público y la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado (fol. 1 Pág. 170 y s.s. Cuaderno Principal Exp. Digitalizado), dentro del término de traslado de la demanda, la Entidad demandada contestó la demanda, propuso excepciones y allegó las pruebas que pretendía hacer valer (Fol. 1 Pág. 175 y

s.s. Cuaderno Principal Exp. Digitalizado)

Mediante providencia del 02 de mayo de 2016 se fijó fecha para llevar a cabo la audiencia inicial de que trata el artículo 180 del C.P.A.C.A. (fol. 1 Pág. 218 del Cuaderno Principal), reprogramada mediante proveído de fecha 15 de junio de 2016 (fol. 1 Pág. 230 Cuaderno Principal Exp. Digitalizado).

Mediante proveído de fecha, 27 de junio de 2016 (Fol. 01 Pág. 234 Ex. Digitalizado), se dejaron sin efectos las providencias de fecha 02 de mayo y 15 de junio de 2016, y se ordenó por Secretaría impartir el trámite que en derecho corresponde a los llamamientos en garantía pendientes de diligenciamiento.

Una vez agotado el trámite correspondiente, mediante proveído de fecha 13 de diciembre de 2016, se fijó fecha para la realización de la audiencia inicial de que trata el artículo 180 del CPACA (Fol. 01 Pág. 243 Exp. Digitalizado), la cual, se reprogramó a través de proveído adiado 23 de enero de 2017 (Fol. 06 Pág. 09 Exp. Digitalizado) y se llevó a cabo el día 22 de marzo de 2017, en la cual, se adoptó como medida de saneamiento la de conceder a la parte demandada el término improrrogable de cinco (5) para adecuar el dictamen pericial presentado con la contestación de la demanda (Fol. 006 Pág. 26 a 30 Exp. Digitalizado).

Efectuado lo anterior, a través de proveído de fecha 17 de julio de 2017 se fijó fecha para reanudar la diligencia de audiencia inicial de que trata el artículo 180 del CPACA (Fol. 006 Pág. 41 Exp. Digitalizado), la cual, se adelantó el día 05 de octubre de 2017, agotándose en ella la totalidad de sus instancias en legal forma (Fol. 006 Pág. 53 a 61 Exp. Digitalizado).

Por encontrarse necesaria la práctica de pruebas, se fijó fecha para la realización de la diligencia de que trata el artículo 181 del CPACA, la cual, se llevó a cabo en dos sesiones celebradas los días 11 de febrero de 2021 (fol. 23 Exp Digitalizado) y 23 de febrero de 2021 (fol. 25 Exp. Digitalizado) y por considerar innecesaria la celebración de la audiencia de alegaciones y juzgamiento, de conformidad con lo dispuesto en el inciso final del artículo 181 del CPACA se ordenó a las partes presentar por escrito sus alegatos de conclusión dentro de los diez (10) días siguientes a la presente audiencia.

## **5. Alegatos de las Partes.**

### **5.1. Parte Demandante (Fol. 27 Exp. Digitalizado)**

Una vez realizado un análisis del material probatorio allegado al plenario concluye, que los síntomas que presentaba el paciente eran indicativos de apendicitis aguda, lo que en su sentir nos lleva a pensar que el tratamiento que se le debió dar al paciente dista mucho del que realmente se le brindó.

RADICADO No: 73001-33-33-004-2015-00242-00  
MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA  
DEMANDANTE: MARIA MARLENE MANJARRES RUIZ Y OTROS  
DEMANDADO: HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E DE NATAGAIMA- TOLIMA  
Sentencia de primera instancia

Concluye que los dos dictámenes periciales coinciden y demuestran a la clara falla médica presentada por parte de la entidad demandada, por lo que solicita, se concedan las pretensiones de la demanda.

## **5.2. Hospital San Antonio E.S.E. de Natagaima-Tolima (Fol. 28 Cuaderno Principal).**

Reiteró los argumentos esbozados en el escrito de contestación de la demanda, los cuales se refieren a que fue la actuación tardía y negligente del paciente y sus familiares la que conllevó al fatal desenlace, por lo cual, al considerar que existe certeza de que los galenos del Hospital San Antonio E.S.E de Natagaima- Tolima obraron con diligencia, oportunidad y responsabilidad, solicita al Despacho se profiera sentencia de primera instancia negando las pretensiones de la demanda y en consecuencia, se ordene el archivo de la actuación.

## **5.3. Compañía Aseguradora de Fianzas SA -Confianza S.A.-**

Guardó silencio.

## **CONSIDERACIONES**

### **1. Competencia.**

Este Juzgado es competente para conocer y fallar el presente medio de control, por la naturaleza de éste, la entidad accionada, la cuantía y por el factor territorial, según lo establecido en los artículos 104, 140, 155-6 y 156-6 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

### **2. Problema Jurídico.**

En armonía con la fijación del litigio realizada en la audiencia inicial, debe el Despacho establecer si, *¿existe responsabilidad extracontractual del ente hospitalario, como consecuencia de las presuntas deficiencias en la atención médica prestada al señor LUIS JAIME SALAZAR MEDINA (Q.E.P.D.), que conllevaron a su fallecimiento, y en consecuencia si es dable acceder a la reparación solicitada por la parte demandante?*

*De igual manera y en el caso de acceder a las pretensiones de la demanda, se deberá determinar si la Compañía de Seguros Fianza S.A. Confianza, debe responder frente a una supuesta condena del Hospital San Antonio E.S.E, conforme a la Póliza de Seguro No. 17 RC000653 y en qué porcentaje.*

### **3. Tesis del Despacho.**

Conforme al epílogo probatorio allegado al plenario, la tesis que sostendrá el Despacho se circunscribe a afirmar que en el presente asunto el daño antijurídico padecido por los demandantes con ocasión del fallecimiento del LUIS JAIME SALAZAR MEDINA

(Q.E.P.D.) responde a una concausalidad entre el actuar de la Entidad aquí demandada y la intervención de la víctima.

#### 4. Fundamentos de la Tesis del Despacho.

##### 4.1. La responsabilidad patrimonial del Estado.

El artículo 90 de la Constitución Política de Colombia establece que el Estado debe responder patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas y 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 la actuación u omisión de la administración.

El **Daño Antijurídico** es entendido en la jurisprudencia Contencioso – Administrativa como “*la lesión de un interés legítimo, patrimonial o extrapatrimonial, que la víctima no está en la obligación de soportar, que no está justificado por la ley o el derecho*”, en otros términos, aquel que se produce a pesar de que “*el ordenamiento jurídico no le ha impuesto a la víctima el deber de soportarlo, es decir, que el daño carece de causales de justificación*”<sup>1</sup>.

De acuerdo a una debida interpretación del artículo 90 Constitucional, el H. Consejo de Estado<sup>2</sup> ha enseñado, que la responsabilidad del Estado se origina, de un lado, cuando existe una lesión causada a la víctima que no tiene el deber jurídico de soportar y, de otro, cuando esa lesión es imputable fáctica y jurídicamente a una autoridad pública. Dicha Tesis fue avalada por la Corte Constitucional en Sentencia C-333 de 1993, en donde expresó, que además de constatar la antijuridicidad del daño, el juzgador debe elaborar un juicio de imputabilidad que le permita encontrar un título jurídico distinto de la simple causalidad material que legitime la decisión.

Al referirnos a la **imputación jurídica y fáctica**, debemos remitirnos a lo explicado por la Sección Tercera del H. Consejo de Estado que considera que “*imputar, para nuestro caso, es atribuir el daño que padeció la víctima al Estado, circunstancia que se constituye en condición sine qua non para declarar la responsabilidad patrimonial de este último (...) la imputación del daño al Estado depende, en este caso, de que su causación obedezca a la acción o a la omisión de las autoridades públicas en desarrollo del servicio público o en nexo con él, excluyendo la conducta personal del servidor público que, sin conexión con el servicio, causa un daño*”<sup>3</sup>

A partir de la disposición Constitucional señalada, la jurisprudencia y la doctrina contencioso administrativa han desarrollado distintos regímenes de responsabilidad

---

<sup>1</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección C. Consejero Ponente: Jaime Orlando Santofimio Gamboa. Bogotá, D.C., nueve (9) de mayo de dos mil doce (2012). Radicación número: 68001-23-15-000-1997-03572-01(22366).

<sup>2</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, C.P. Dr. Alier Eduardo Hernández Enríquez, de fecha 01 de marzo de 2006.

<sup>3</sup> Sentencia del 21 de octubre de 1999, expediente 10948, M.P: Alier Eduardo Hernández Enríquez.

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 demandada 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 al Juez analizar los hechos de cada caso concreto y determinar el régimen de responsabilidad aplicable, para resolver el asunto sometido a su consideración de acuerdo con los elementos probatorios allegados, aunque el demandante haya encuadrado el contencioso en un título de imputación disímil, pues en acciones de reparación directa, domina el principio de *iura novit curia*.

De otro lado, en cuanto al **nexo de causalidad**, nuestro Órgano de Cierre<sup>4</sup> trayendo a colación apartes de la Doctrina Francesa ha considerado que éste, es el elemento principal en la construcción de la responsabilidad, esto es la determinación de que un hecho es la causa de un daño, pues desde el punto de vista teórico resulta fácil, en criterio de los autores, diferenciar el tratamiento del nexo de causalidad dentro de los títulos objetivo y de falla. En tratándose de la falla del servicio, la relación de causalidad se vincula directamente con la culpa, con la irregularidad o la anormalidad.

En síntesis, existe una cláusula general de responsabilidad patrimonial del Estado, en forma de mandato imperativo, aplicable a todas las autoridades estatales y en todos los ámbitos de la responsabilidad, siendo una garantía para los administrados, con la consecuente obligación para el Estado de repetir contra sus agentes, cuando la administración pública haya resultado condenada y se demuestre la culpa grave o el dolo de los mismos.

#### **4.2. Régimen de imputación derivado de la actividad médica**

En torno al régimen de responsabilidad derivado de la actividad médica, la jurisprudencia ha realizado una transición entre los conceptos de falla presunta y falla probada, siendo la posición actual aquella según la cual, el régimen de responsabilidad que resulta aplicable por la actividad médica hospitalaria es el de falla probada del servicio<sup>5</sup>, por lo que en la actualidad, según esta sub-regla jurisprudencial, deben ser acreditados en este punto tres elementos inexcusables por parte del actor, a saber: i) el daño; ii) la falla en el acto médico y iii) el nexo causal, sin los cuales resulta improcedente por esta vía una condena en contra del Estado<sup>6</sup>, tal y como lo ha entendido el H. Consejo de Estado al señalar:

---

<sup>4</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, C.P. María Elena Giraldo Gómez, Sentencia del 10 de agosto de 2005, Rad. 73001-23-31-000-1997-04725-01(15127).

<sup>5</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa, Sentencia del 09 de julio de 2018, Rad. 08001-23-31-000-2000-01774-01(44961)

<sup>6</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, C.P. Marta Nubia Velásquez Rico, Sentencia del 19 de abril de 2018, Rad. 76001-23-31-000-2003-03719-01(44222) acumulado con el 76001-23-000-2004-01899-01).

*“Al margen de las discusiones que se presentan en la jurisprudencia y en la doctrina en relación con el régimen probatorio de los elementos de la responsabilidad patrimonial por los daños que se deriven de la actuación médica del Estado, **lo cierto es que existe consenso en cuanto a que la sola intervención -actuación u omisión- de la prestación médica no es suficiente para imputar al Estado los daños que sufran quienes requieran esa prestación, sino que es necesario que se encuentre acreditado que la misma fue constitutiva de una falla del servicios y que dicha falla fue causa eficiente del daño.**”<sup>7</sup> (Negrillas y subrayas del despacho)*

Dicho título de imputación opera, como lo señala la jurisprudencia de la Sección Tercera, no sólo respecto de los daños indemnizables derivados de la muerte o de las lesiones corporales causadas, sino que también comprende “... los que se constituyen por la vulneración del derecho a ser informado; por la lesión del derecho a la seguridad y protección dentro del centro médico hospitalario y, como en este caso, **por lesión del derecho a recibir atención oportuna y eficaz**”<sup>8</sup>. (Se destaca)

En consonancia con ello y de acuerdo con lo dispuesto en la jurisprudencia del H. Consejo de Estado, cuando la falla probada en la prestación del servicio médico y hospitalario se funda en la “*lesión al derecho a recibir atención oportuna y eficaz*”, se debe observar que ésta produce como efecto la vulneración de la garantía constitucional que recubre el derecho a la salud, especialmente en lo que hace referencia al respeto del principio de integridad en la prestación de dicho servicio.

Ahora bien, según el precedente jurisprudencial constitucional “*la protección al derecho fundamental a la salud no se limita simplemente al reconocimiento de los servicios que se requieren con necesidad; sino que comprende también su acceso de manera oportuna, eficiente y de calidad. La prestación del servicio de salud es oportuna cuando la persona lo recibe en el momento que corresponde para recuperar su salud sin sufrir mayores dolores y deterioros. En forma similar, el servicio de salud se considera eficiente cuando los trámites administrativos a los que se somete al paciente para acceder a una prestación requerida son razonables, no demoran excesivamente el acceso y no imponen al interesado una carga que no le corresponde asumir. Por otro lado, el servicio de salud es de calidad cuando las entidades obligadas a prestarlo actúan de manera tal “que los usuarios del servicio no resulten víctimas de imponderables o de hechos que los conduzcan a la desgracia y que, aplicando con razonabilidad los recursos estatales disponibles, pueden ser evitados, o su impacto negativo reducido de manera significativa para la persona eventualmente afectada*”<sup>9</sup>.

Frente al particular, el órgano de cierre de ésta jurisdicción ha señalado que la falla médica se circunscribe a una consideración básica, según la cual, la “*obligación de prestar asistencia médica es compleja, es una relación jurídica total, compuesta por una pluralidad de deberes de conducta (deber de ejecución, deber de diligencia en la ejecución, deber de información, deber de guardar secreto médico, etc.). Ese conjunto de deberes*

<sup>7</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 23 de junio de 2010, exp. 19.101 C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

<sup>8</sup> Sentencia de 7 de octubre de 2009. Exp. 35656.

<sup>9</sup> Corte Constitucional, sentencia T-104 de 2010.

*conforma una trama, un tejido, una urdimbre de la vida social responde a la idea de organización – más que de organismos- en punto a la susodicha relación jurídico total (...) Por tanto, aquel deber jurídico principal supone la presencia de otros deberes secundarios de conducta, como los de diagnóstico, información, recepción de la voluntad jurídica del enfermo –llamada comúnmente consentimiento del paciente-, prescripción, guarda del secreto profesional, satisfacción del plan de prestación en su integridad (actividad que supone no abandonar al enfermo y cuidar de él hasta darlo de alta)<sup>10</sup> (Subrayado original)*

### **4.3. La prestación del servicio de salud en el servicio de urgencias.**

De conformidad con lo consagrado en el artículo 49 de la Constitución Política modificado por el Acto Legislativo No. 02 de 2009, la salud es un servicio público a cargo del Estado; sin embargo, según lo dispuesto por la Corte Constitucional y recientemente, según lo dispuesto en la Ley 1751 de 2015, la salud además de ser un servicio público es un derecho fundamental de los administrados.

Así las cosas, se tiene que el servicio público de salud en Colombia se encuentra regulado por la Ley 100 de 1993, según la cual son reglas rectoras de su prestación, la equidad, la obligatoriedad, la protección integral, la libre escogencia, la autonomía de las instituciones, la descentralización administrativa, la participación social, la concertación y la imprescindible, calidad del servicio, de donde vale igualmente la pena resaltar que dentro de las características básicas del sistema general de salud, se encuentra el ingreso de todos los colombianos al régimen de seguridad social en aras de garantizar la misma al conjunto de la población colombiana, mediante la debida organización y prestación del servicio público de salud y la atención de urgencias en todo el territorio nacional.

La mencionada Ley 100 igualmente estableció los niveles de complejidad de las instituciones prestadoras de servicios (Baja, Media y Alta) y los niveles de atención que se prestan respecto a las actividades, procedimientos e intervenciones (Nivel I, Nivel II, Nivel III), a los cuales debe corresponder la prestación de los servicios de consulta médica, hospitalización y, en general, todos los eventos, según su complejidad, donde el tercer nivel de atención incluye aquellas intervenciones o enfermedades de alta complicación y costo, que debido a su complicación requieren para su atención, del nivel más especializado y de la mayor calidad de atención humana, técnica y científica.

Ahora bien, el Decreto 412 de 1992 reglamentó la prestación del servicio de salud mediante la atención de urgencias, bajo disposiciones aplicables a todas las entidades prestadoras del servicio de salud públicas y privadas, las cuales, están obligadas a prestar la atención inicial de urgencia, independientemente de la persona solicitante del servicio, en cuyo efecto se adoptaron las siguientes definiciones:

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

<sup>10</sup> Sección Tercera, sentencia del 18 de febrero de 2010. Exp. 17655.

*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.”.*

De lo anterior se desprende, que dicho Decreto supeditó la atención en urgencias, al nivel de atención y grado de complejidad que a cada entidad le determinara el Ministerio de salud y la fijó desde el momento de la atención hasta que el paciente fuera dado de alta o, en el evento de remisión, hasta el momento en que el mismo ingresara a la entidad receptora.

Posteriormente, el Ministerio de La Protección Social, expidió el Decreto 4747 del 7 de diciembre de 2007, por medio del cual, se implementó por primera vez, el denominado “Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias” o Triage, en los siguientes términos:

**“Artículo 10. Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias "triage".** El Ministerio de la Protección Social definirá un sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, denominado "triage", el cual será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de

*urgencias y de las entidades responsables del pago de servicios de salud en el contexto de la organización de la red de prestación de servicios”.*

Con posterioridad, el Ministerio de Salud y Protección Social expide la **Resolución No. 5596 del 24 de diciembre de 2015**, por medio de la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias "triage", creado a través del decreto precitado, contemplando al efecto un total de cinco categorías dentro de éste sistema, delimitando en consecuencia los elementos necesarios para la categorización de los pacientes dentro de dichos grupos. La resolución en comento asignó responsabilidades en la implementación de los criterios descritos en la norma y contempló además la obligación a cargo de las instituciones prestadoras de servicios de salud, de establecer tiempos promedio de atención para cada clasificación de triage.

Ahora bien, la jurisprudencia del H. Consejo de Estado ha sido clara en señalar, *“que si bien la responsabilidad de las entidades prestadoras de salud se circunscribe al nivel de atención y grado de complejidad que a cada una le determine el Ministerio de Salud, o el que haga sus veces, lo cierto es que ello no obsta para establecer la responsabilidad de las instituciones médicas en aquellos casos en que no se efectúa una correcta valoración del paciente o cuando se omite la remisión oportuna del mismo”* y que *“si bien el mencionado decreto refiere la responsabilidad de la entidad prestadora de salud desde el momento de la atención, éste momento ha de entenderse desde el instante mismo en que el paciente ingresa al centro médico, clínico u hospitalario, lo cual implica que tal responsabilidad se origina, incluso, cuando el paciente ingresa a sus instalaciones, y aquí nace la obligación de garante de la atención inicial de urgencia y, en consecuencia, del servicio de promoción, protección y recuperación de la salud.”*<sup>11</sup>

De lo anterior es posible concluir, que la atención inicial de urgencias, hace parte de los beneficios del Sistema de Seguridad Social en Salud y como tal, debe garantizarse en todo caso y en todo el territorio nacional, como servicio de atención inmediata y sin someterse a períodos de espera injustificados.

#### **4.4. Responsabilidad por error en el diagnóstico.**

El diagnóstico ha sido definido por la Sección Tercera del H. Consejo de Estado, como el elemento determinante del acto médico, ya que es a partir de sus resultados que se elabora todo el tratamiento propiamente dicho, al señalar:

*“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.*

---

<sup>11</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa, Rad. 63001-23-31-000-2000-00519-01(39952)

*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>12</sup>.*

Igualmente, se ha determinado en la Jurisprudencia de nuestro órgano de cierre, que **el diagnóstico se encuentra conformado por dos etapas** a saber, la primera es aquella donde se realiza la exploración del paciente, esto es, el examen o reconocimiento que va desde la realización del interrogatorio hasta la ejecución de pruebas, tales como palpación, auscultación, tomografías, radiografías, etc...; en la segunda corresponde al médico analizar los exámenes practicados y emitir su juicio<sup>13</sup>.

A la par, esa Corporación ha sostenido que para que el diagnóstico sea acertado, se requiere que el profesional de la salud sea extremadamente diligente y cuidadoso en el cumplimiento de cada una de las fases anteriormente mencionadas, esto es, que emplee todos los recursos a su alcance en orden a recopilar la información que le permita determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente, y en ese sentido, si el médico actuó con la pericia y cuidado antes mencionada, su responsabilidad no queda comprometida a pesar de que se demuestre que el diagnóstico fue equivocado, pues es posible que pese a todos los esfuerzos del personal médico y al empleo de los recursos técnicos a su alcance, no logre establecerse la causa del mal, bien porque se trata de un caso científicamente dudoso o poco documentado, porque los síntomas no son específicos de una determinada patología o, por el contrario, son indicativos de varias afecciones<sup>14</sup>.

En conclusión, la jurisprudencia del H. Consejo de Estado ha sido enfática en afirmar que para imputar responsabilidad a la Administración por daños derivados de un error de diagnóstico, se requiere acreditar que el servicio médico no se prestó de manera adecuada por alguno de los siguientes motivos:

*“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>12</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>13</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

<sup>14</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.

**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.**

**v) El galeno interpretó indebidamente los síntomas que presentó el paciente.**

*vi) Existe una omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto.”<sup>15</sup>*

## **5. De lo probado en el proceso.**

### **- Documentales**

- Registro civil de nacimiento de María Marlene Manjarres Ruiz (fol. 1 Pág. 9 Cdno. Ppal)
- Registro civil de nacimiento de Susana Hercilia Salazar Manjarres (fol. 1 Pág. 10 Cdno. Ppal)
- Registro civil de nacimiento de José Gregorio Sánchez Manjarrez (fol. 1 Pág. 12 Cdno. Ppal)
- Registro civil de nacimiento de Martha Isabel Sánchez Manjarrez (fol. 1 Pág. 14 Cdno. Ppal)
- Registro civil de nacimiento de Claudia Marcela Manjarrez (fol. 1 Pág. 16 Cdno. Ppal)
- Registro civil de nacimiento de Nelson Jhojan Bustos Sánchez (fol. 1 Pág. 17 Cdno. Ppal)
- Registro civil de nacimiento de Juan Carlos Bustos Sánchez (fol. 1 Pág. 18 Cdno. Ppal)
- Registro civil de nacimiento de Sergio Andrés Oyola Salazar (fol. 1 Pág. 20 Cdno. Ppal).
- Registro civil de nacimiento de Lina María Oyola Salazar (fol. 1 Pág. 22 Cdno. Ppal).
- Registro civil de nacimiento de Oscar Fernando Oyola Salazar (fol. 1 Pág. 23 Cdno. Ppal).

---

<sup>15</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 02 de mayo de 2018, CP. Jaime Orlando Santofimio Gamboa; Exp. 63001-23-31-000-2000-00519-01(39952)

- Registro Civil de Defunción de Luis Jaime Salazar Medina (fol. 1 Pág. 24 Cdno. Ppal).
- Acta de declaración extra juicio rendida por el señor José Fernando Capera Romero (fol. 1 Pág. 25 Cdno. Ppal).
- Acta de declaración extra juicio rendida por la señora Claudia Marcela Manjarrez (fol. 1 Pág. 26 Cdno. Ppal).
- Acta de declaración extra juicio rendida por la señora Martha Isabel Sánchez Manjarrez (fol. 1 Pág. 27 Cdno. Ppal).
- Historia clínica del señor Luis Jaime Salazar Medina (Q.E.P.D.) (Fol. 001 Pág. 28 a 79, Fol. 001 Pág. 194 a 206, Folio 005 del Cuaderno Principal y Folio 001 Pág. 3 a 65 Cuaderno Pruebas Parte Demandante).
- Póliza de responsabilidad civil profesional médica para clínicas No. RC000653 (Fol. 03 Cuaderno Llamado Garantía Pág. 46 a 68)
- **Pericial**
  - Se allegó al expediente el informe pericial de clínica forense rendido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (Fol. 006 Dictamen Pericial Parte Demandada), en el cual, se concluyó en relación con la atención brindada al señor LUIS JAIME SALAZAR MEDINA (Q.E.P.D.) en el Hospital San Antonio E.S.E de Natagaima- Tolima, lo siguiente:

“(…)

- 1 *¿Indicar en qué consistió el proceso de atención brindado al paciente LUIS JAIME SALAZAR MEDINA (Q.E.P.D.)?*

*R/= Una vez revisadas las copias de historia clínica aportadas, se encuentra que en el Hospital San Antonio del municipio de Natagaima, de atención nivel I, se generaron las atenciones médicas en todos los ingresos, valorando los síntomas del paciente, pero no se evidencia registro de información donde se especifique si al paciente se le había administrado algún medicamento en su casa de tipo analgésico, que pudiese enmascarar el dolor en un cuadro de dolor abdominal.*

*En ninguna de las atenciones de fecha 02 y 03 de diciembre/2013 se encuentran ordenes de administración de analgésico o formulación en sus egresos de este tipo de medicación; **en la atención del 03 de diciembre/2013 se generó egreso del paciente con un reporte de cuadro hemático que mostraba leucocitosis y neutrofilia, ante lo cual se debió sospechar cuadro infeccioso o inflamatorio en el paciente para continuar su manejo médico y complementar los exámenes tomados, se encuentra también un***

**reporte de uroanálisis que evidencia eritrocitos >30 por campo y no se evidencia en la historia clínica manifestación de este resultado por el médico tratante.**

Las atenciones médicas y quirúrgicas realizadas en la Clínica San Sebastián del municipio de Girardot, estuvieron acordes al estado en el que se ingresó el paciente Luis Jaime Salazar Medina.

(...)

- 5 Indicar, si ¿los galenos del Hospital San Antonio E.S.E de Natagaima- Tol., actuaron de manera diligente en las consultas del 02 y 03 de diciembre de 2013?

R/= **Para las consultas del 02 de diciembre se observa que la atención está acorde a los síntomas del paciente, excepto la realizada por el profesional Carlos Andrés Cartagena quien genera egreso del paciente con un cuadro hemático alterado (leucocitosis y neutrofilia) al igual que un uroanálisis con evidencia de eritrocitos y hemoglobina; registrando en la historia clínica “cuadro hemático dentro parámetros normales”, ante esto se debió confirmar o descartar un proceso infeccioso inflamatorio.** La atención realizada por el profesional Emir Augusto Barrios se considera acorde a la lex artis, teniendo en cuenta las condiciones en que se recibe al paciente y a que se genera la remisión para atención en centro de mayor nivel de atención con especialista en cirugía general.

- 6 Indicar si en las atenciones del 02 y 03 de diciembre de 2013 ¿Se podía determinar con CERTEZA si el paciente LUIS JAIME SALAZAR MEDINA (Q.E.P.D.) ostentaba un problema de apendicitis inflamada o perforada?

R/= No hay respuesta a la pregunta. Con los síntomas referidos por el paciente no se podía determinar con certeza el diagnostico de apendicitis ya que no refería los síntomas típicos de la enfermedad, **se debió sospechar que estaba en curso un proceso infeccioso o inflamatorio y buscar la causa, teniendo en cuenta el reporte de hemograma con leucocitosis (16730), así como uroanálisis con presencia de eritrocitos que no fue indagada o explorada su causa.**

(...)

- 9 Si el señor LUIS JAIME SALAZAR MEDINA (Q.E.P.D.) hubiera acudido al HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E de Natagaima- Tolima., o a cualquier institución del mismo nivel o superior nivel de complejidad, inmediatamente o después del diagnostico de la apendicitis ¿Qué posibilidades de sobrevivir o de reducir los riesgos del tratamiento desplegado hubiera tenido? ¿más? ¿menos?

R/= No es posible determinarlo, depende de cada paciente y su respuesta al procedimiento quirúrgico y tratamiento. Se genera mayor probabilidad de curación si el diagnostico de apendicitis se hubiera generado antes de una perforación y peritonitis, estos hallazgos empobrecen el pronostico de sobrevida, en mayor proporción al ser un paciente adulto.

- 11 Indicar ¿Cuál fue la causa de la muerte del señor LUIS JAIME SALAZAR MEDINA (Q.E.P.D.) con los antecedentes médicos que ostentaba?

*R/= Se aclara que no se aportó dentro de la documentación enviada por el despacho informe de necropsia, desconociendo si se llevó a cabo este procedimiento; teniendo en cuenta la revisión de historia clínica No. 2348724 de la Clínica San Sebastián, la nota médica con fecha 14/12/2013 a las 15:03 horas, registra “paciente culmina transfusión GRE y hemocomponentes a las 13:45, ingresa en ritmo de paro cardíaco a las 14:40 horas”. Diagnósticos definitivos: Choque no especificado e insuficiencia respiratoria aguda. El contexto del caso nos permite inferir que la causa básica de la muerte es falla multiorgánica por choque séptico secundario a sepsis abdominal.*

(...)

6. Se allegó al expediente, a instancia de la parte demandante, el informe pericial rendido por el Dr. Norbey Darío Ibáñez Robayo, cuyo objeto consistía en determinar si la atención médica recibida por el señor LUIS JAIME SALAZAR MEDINA (Q.E.P.D.) fue adecuada (Fol. 002 Cuaderno Dictamen Pericial Demandante), en el cual, indicó:

“(...)

*Paciente quien fue manejado en un I nivel de complejidad en el municipio de Natagaima Tolima, por dolor abdominal, se dejó en observación manejo sintomático, en las falencias que se pudo encontrar en la primera atención en el HOSPITAL SAN ANTONIO DE NATAGAIMA E.S.E., fueron:*

- a) *El paciente consulta por dolor abdominal y vómito, en la anamnesis no se encuentra referencia de no deposición en la historia de ingreso, como tampoco, se encontró evaluación de los ruidos intestinales, en el servicio de observación se encuentra la orden de un enema jabonoso (evacuante fecal), no se encuentra valoración física que descarte que exista una obstrucción intestinal en el momento del a orden médica, al egreso de esa observación se encuentra anotación que el paciente tolera vía oral, no se encuentra en la historia clínica que se haya dado tolerancia a la misma, y a la salida se dan recomendaciones y signos de alarma pero no se encuentran consignados en la historia clínica.*
- b) *En la segunda atención desplegada por funcionarios del Hospital, se evidencia que reconsulta en menos de 24 horas, se deja en observación, se toma paraclínicos donde hay una errónea interpretación de los paraclínicos, hay un hemograma que puede sospechar un cuadro piógeno, pero el profesional lo interpreta como normal, un parcial de orina con hematuria, no se encontró la interpretación y un coproscópico inespecífico, pero fue interpretado como infección intestinal, para lo cual se dio manejo con antimicrobianos y antiamebiano, con analgésico que pudo haber enmascarado el cuadro de dolor abdominal.*
- c) *En la tercera atención en la institución hospitalaria de I nivel de complejidad, en el municipio de Natagaima Tolima, se encuentra un adecuado diagnóstico, aparece una orden de inicio de antimicrobiano, pero no se encuentra la facturación ni tampoco anotación por parte del personal paramédico de la aplicación del mismo, remisión fue oportuna al nivel de mayor complejidad.*

- d) *Ingreso a la institución de III nivel de complejidad se encuentra un diagnóstico oportuna, una remisión a sala de cirugía oportuna, con un manejo quirúrgico adecuado, con orden de ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos.*
- e) *Al ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos con diagnósticos anotados, se clasificó con un APACHE de 25 puntos, para una mortalidad del sesenta y siete por ciento (67%), con complicaciones inherentes de su condición de deterioro.*
- f) *Paciente con falla multiorgánica, con evolución tórpida, se reinterviene cuando las condiciones hemodinámicas permitieron el procedimiento quirúrgico, paciente fallece a los cuatro (04) días después de su llegada a la institución, por complicaciones cardiopulmonares, metabólicas, hematológicas y renales.*

(...)"

Dentro de la diligencia de pruebas celebrada el día 23 de febrero de 2021 compareció el Dr. Norbey Darío Ibáñez Robayo quien, a las preguntas formuladas, una vez expuesto su dictamen, respondió en relación con la atención médica suministrada al señor LUIS JAIME SALAZAR MEDINA (Q.E.P.D.), lo siguiente:

*"(...) **Preguntado:** ¿A qué hora es que se va del 03? **Perito:** Sobre las seis de la mañana, 06:14 a.m. más o menos es la hora de egreso que aparece en pantalla que dice del folio 2 al 5. **Preguntado:** ¿O sea que vuelve a las dos horas? **Perito:** dos (2) horas y cuatro (4) minutos. Vuelve ese día 03 de diciembre del año 2013 y es valorado por el doctor Cartagena, porque el paciente vuelve a consultar porque tiene otra vez vómito y persiste con dolor en la boca del estómago, el Dr. Cartagena lo deja nuevamente en observación, le solicita unos exámenes en lo que le encuentra al paciente son mucosas semisecas, pero el abdomen volvía a tener dolor en la región epigástrica, es decir, en la parte superior y lo deja en observación con líquidos y le ordena 3 laboratorios, un hemograma que es un examen de sangre, un coproscópico que es un examen de materia fecal y por último un parcial de orina, al paciente parece, porque no aparece en la historia clínica, en el registro médico dice que el paciente tolera vía oral y en las horas de la tarde se le da salida al paciente, es decir, se le da salida en las horas de la tarde de ese mismo 03 de diciembre del año 2013, ¿Cuál fue el análisis del Dr. Cartagena para darle salida? Que el paciente había mejorado el dolor abdominal, que había tolerado vía oral y que entre los exámenes le había salido el examen de sangre bien, es decir, un hemograma normal, y que le había salido un coproscópico sugestivo de un proceso infeccioso, ahí el doctor le da salida con acetaminofén, metronidazol, omeprazol que es un protector de mucosa y un antibiótico que se llama ampicilina, esos son los medicamentos con los cuales le dan salida y registra en la historia clínica que se dan signos de alarma y el paciente sale del Hospital San Antonio de Natagaima. (...) **Preguntado:** ¿Lo que quería que me dijera, de esos exámenes de lo que se anota, de dónde es que surge el proceso infeccioso?, ¿es de este hemograma con leucocitosis? **Perito: Exacto, ahí voy, no lo he manifestado porque en su análisis lo tenía que decir, pero nos adelantamos en ese aspecto, el médico le da un tratamiento para una posible infección gastrointestinal, pero en el hemograma él interpreta como un hemograma normal, pero el hemograma no es normal, el hemograma tiene leucocitosis con neutrofilia, ¿Qué significa que tenga leucocitosis con neutrofilia? Que hay un proceso posiblemente inflamatorio, posiblemente infeccioso y él lo registra como hemograma normal, y hay un parcial de orina que uno valora y encuentra que tiene hematuria, ¿Qué es hematuria? Sangre en la orina y no aparece que haya sido analizado por el médico Cartagena para darle la salida, ¿Por qué se hace mención a estos dos exámenes? El primero, el hemograma, si***

**hay un proceso inflamatorio hay que buscar la causa y segundo, los parciales de orina con sangre, también hay que buscar la causa, la principal causa son cálculos urinarios, pero pues las características del dolor no era un cálculo urinario, partamos de ahí, pero había sangre en la orina y eso hace que uno tuviese que pensar un poco más en el sentido de en realidad cuál era la causa del dolor abdominal, que son esos dos exámenes los que uno hace en el análisis uno dice algo pasó, porque uno lo interpretó normal y no es normal y el otro no lo interpretó.** El 10 de diciembre de 2013 sobre las 11:57, este paciente reingresa, reconsulta nuevamente por el dolor pero acá la clínica ya es completamente florida de un abdomen quirúrgico, es decir, de que tiene un proceso que es inflamatorio en el abdomen y que está tan avanzado que ya el diagnóstico se hace solo tocando el abdomen y se da cuenta que hay signos de irritación peritoneal, ahí no hay nada más que hacer sino en un primer nivel de atención, no se le puede ofrecer absolutamente nada sino la remisión a otro nivel donde haya disponibilidad de quirófano, pero en esta valoración ya era un paciente de 72 años, ya se le encontró febril, ya se encontró un paciente que en las condiciones clínicas era completamente diferente al que habían valorado 7 días antes, es decir, ya había un paciente que tenía un compromiso importante, **porque en el hemograma, es decir, nuevamente le repitieron el examen de sangre y entre esos reporta un hemograma con leucocitosis con neutrofilia, que eso si no ha cambiado, eso estaba así desde el mismo 03 de diciembre, pero ya llama la atención que tiene las plaquetas bajas, es decir, una trombocitopenia que es el descenso de las plaquetas, ya le hace a uno pensar que puede tener un proceso infeccioso grave, porque los procesos infecciosos graves empiezan a mostrar descenso en el número de plaquetas y el parcial de orina dice sugestivo de infección urinaria y por eso el médico que lo vio le ordenó un antibiótico que se llama Ceftriaxona que es de una familia para infecciones urinarias, pero por eso en el análisis voy a hablar sobre ese parcial de orina porque sí es sugestivo de que haya un proceso inflamatorio, hay muchas apendicitis en un porcentaje de más del 20% se encuentra en la literatura, que los parciales de orina son patológicos y no son infecciones urinarias sino que son apendicitis aguda. (...)** Preguntado: Por favor indíquenos ¿qué es lo que en resumen se encontró de ese análisis?. Perito: Lo anterior fueron los hechos de la historia clínica, ahora sí el análisis, yo reviso la historia clínica, yo le hago un análisis deductivo, es decir, de unos hechos ciertos que aparecen en la historia clínica se le hace un análisis a la luz de la ciencia y el arte si coinciden o no coinciden, entonces uno lo que dice es, primera atención, el paciente llega por un dolor en el epigastrio que se le irradia a la región lumbar o sea a la parte posterior, en realidad no es lo típico de una apendicitis aguda, es decir, la sintomatología que tenía el 02 de diciembre sobre las 02:00 pm que consulta ese paciente pues no es típico de una apendicitis aguda, pero el paciente tenía vómito y tenía 72 años, la edad la verdad, es que entre los extremos de la edad entre niños y adultos las apendicitis agudas no son lo más frecuente le soy sincero, pero son los más difíciles de diagnosticar cuando les da, eso son los que hay que tener más cuidado porque esos pacientes enmascaran los cuadros, entonces este paciente si bien es cierto en el primer análisis lo que se hace es revisar el abdomen y pareciera que fuese más un proceso inflamatorio de otro origen que no sea apendicular, pero uno revisando la literatura el dolor epigástrico si muchas veces está asociado a procesos inflamatorios de regiones como la apéndice, entonces se tenía que sospechar, en ese momento al ingreso no le hicieron ningún estudio de ruidos intestinales o no le examinaron el abdomen para saber si los ruidos intestinales estaban bien, sino hasta la noche que a la doctora le dio por preguntar o le preguntó al paciente y le manifestó que llevaba 3 días con dolor y 2 que no hacía del cuerpo, entonces ahí fue donde la doctora le ordenó un medicamento que se llama un enema jabonoso para que hiciera del cuerpo, **pero cuando una víscera gastrointestinal está lesionada hay dos síntomas cardinales para uno pensar que es algo quirúrgico, el vómito y que el paciente empiece a tener disminución de los movimientos, y eso era lo que tenía el**

**paciente, tenía vómito y tenía disminución de los movimientos, es decir, si bien no era fácil de diagnosticar tenía 3 cosas que había que tener en cuenta, la edad, que tenía vómito y que tenía ruidos intestinales disminuidos o al menos no estaba haciendo del cuerpo adecuadamente, pero la doctora lo valoró, parece que evolucionó bien 06:00 am y le da salida, hasta allí uno dice bueno vale, le da con medicamentos para que hiciera del cuerpo, si no estoy mal era bisacodilo, dos medicamentos especialmente para el tránsito intestinal y le mandó protectores de mucosa, manejándolo como una inflamación de la mucosa gástrica, hasta ahí no hay ningún problema, uno dice pudo haber pensado, pero al menos salió el paciente y pareciese que haya mejorado el dolor, pero el paciente re consulta a las 02 horas, con vómito y nuevamente con dolor abdominal y ahí uno dice, cómo así si hace dos horas estaba bien y ya tiene nuevamente dolor abdominal y ahí dice post (ininteligible), es decir, el paciente comió, entonces eso significa de que algo no estaba bien, el paciente estaba era duro y le ordenó un coproscópico y supuestamente le salió una infección intestinal, pero si el paciente estaba era duro no tenía era diarrea, ¿por qué infección intestinal?, primera hipótesis que uno dice ahí, una infección intestinal y el paciente estaba era duro, es decir, tenía estreñimiento, segundo hay un hemograma, un paciente de 72 años, con un dolor abdominal, reconsultante, con un hemograma con un proceso inflamatorio, es decir, que tenía las células de la inflamación aumentadas y un diferencial que se llama neutrófilos o granulocitos que también estaban aumentados, entonces paciente de 72 años, dolor abdominal, re consultante, con emesis, con disminución del tránsito intestinal y con un hemograma con un proceso inflamatorio, la verdad era un paciente que si bien es cierto el abdomen no era quirúrgico en ese momento pero tampoco era un paciente para quedarse tranquilo, porque uno revisa la literatura y se encuentra la famosa triada, y este paciente tenía dos de la triada que le tiene que hacer pensar a uno una apendicitis aguda, vómito y dolor abdominal, el paciente tenía vómito y dolor abdominal, no tenía fiebre pero tenía vómito y dolor abdominal, entonces en ese orden de ideas ese paciente no era uno de los pacientes que uno dijera, es un dolor abdominal démosle salida, aquí surge el otro problema, el paciente sale con acetaminofén que es un analgésico, que es un antipirético, es decir, quita la fiebre, quita el dolor, le mandó un antibiótico que se llama ampicilina, que es un antibiótico de amplio espectro y le mandó un anti amebiano que también es anti microbiano para unos gérmenes que se llaman los famosos anaerobios que es el metronidazol, entonces obviamente el paciente salió con un antibiótico que en parte puede contrarrestar en algo en proceso infeccioso y con un analgésico, por eso en esa segunda atención, que fue la atención del Dr. Cartagena en el Hospital San Antonio, es donde uno centra o le llama a uno la atención, porque es un paciente con dolor abdominal, y uno busca por todas las quías y dice cuando hay dolor abdominal y no hay una certeza de diagnóstico hay que sacar el paciente sin analgésico y el paciente salió con analgésico y salió con antibiótico, ¿por qué hago mención del antibiótico y del analgésico?, porque el analgésico le quita el dolor y también le quita la fiebre, si iba a tener fiebre y el antibiótico lo que hace es controlar o matar las bacterias y retardar la respuesta del sistema inmune, es decir, va a disminuir la respuesta del cuerpo, del sistema inmune de la persona y esto puede hacer el famoso nombre que se tiene que es enmascarar cuadros infecciosos, inflamatorios, quirúrgicos, esos dos medicamentos y aquí a esta segunda atención uno también visualiza que la historia clínica dice que se dan signos de alarma, pero no aparece cuáles son esos signos de alarma, entonces uno no puede ni presumir que los haya dado y tampoco presumir que no los haya dado, pero créame que la historia clínica es el único registro que dice qué fue lo que pasó, entonces a este paciente lo que tocaba decirle era primero que si persistía con dolor tenía que volver, así fuera en dos horas o tres horas, tenía que volver, que si seguía con vómito tenía que volver y este paciente no tiene estos signos de alarma, o sea se dan signos de alarma, se le da salida y ya, se fue. Preguntado: El paciente dura como un periodo amplio**

sin volver. **Perito:** 7 días. **Preguntado:** Entendería uno que mejoró o por lo menos no acudió inmediatamente se sintió mal, porque desde el 03 al 10 no hay re consulta ¿verdad?. **Perito:** **No señora, en la historia clínica que yo analicé, no hay consultas entre el 03 y el 10. No hay consultas pero aquí es donde uno analiza y uno dice ¿mejoró? Pues yo creo que no estaba tan mal porque o sino uno regresa, partamos de ahí, pero son presunciones, pero lo que sí es claro es que el paciente tenía analgésico, es decir, tenía medicamento para el dolor y para la fiebre, y tenía antibiótico que vuelvo y le repito eso retarda que los signos clínicos o la enfermedad hubiese progresado como progresa que a las 48 o 72 horas el dolor es insoportable, pero tenía analgésicos que es acetaminofén, antipirético que es acetaminofén, el acetaminofén es paracetamol no es inflamatorio es analgésico antipirético y tenía ampicilina y metronidazol, estos medicamentos disminuyen la respuesta del cuerpo y hacen que la respuesta del cuerpo se demora, porque si claro, este paciente créame que en 24 o 48 horas sin nada, créame que este paciente tiene que volver porque el sistema gastrointestinal va a responder moviéndose de forma inversa es decir vomitando y no va a hacer del cuerpo este paciente y es claro cuando el doctor Barrios Capera lo ve los ruidos abdominales estaban abolidos y eso es típico de los abdómenes quirúrgicos, esa salida de ese paciente es donde uno encuentra que revisando la literatura era un dolor abdominal que todavía no tenía un diagnóstico, era un paciente que no se le podía dar un analgésico por ahora hasta no tener la claridad y segundo se le tenía que haber dado los signos de alarma muy claros, ahora, si en la historia clínica no se interpretó el hemograma, porque el hemograma dice que es normal, pero el hemograma no es normal tenía leucocitos con neutrofilia, uno busca en la literatura y dice que los dolores abdominales cuando son difíciles de diagnosticar contrólole en 24 horas repitiendo el hemograma y ahí lo va a volver a tocar el abdomen, guías del Ministerio del año 2009 que decían hágale un control de hemograma y lo vuelve y le toca el abdomen en 24 horas, porque el paciente si tenía un hemograma anormal y el parcial de orina tenía sangre y no hay interpretación del médico, no se sabe si lo vio o no lo vio, pero lo que sí es claro es que cuando hay sangre en la orina se ha encontrado en la literatura que los pacientes con apendicitis aguda el 50% les sale alterado la orina, es decir, este paciente con sangre en la orina hay que buscarle la causa, entonces con relación a la atención en el Hospital San Sebastián el paciente cuando ingresó llegó en malas condiciones generales, el pronóstico era muy malo, tenía una mortalidad de 2/3 partes, es decir 67%, la probabilidad de que se muriera era altísima, era más del 50% y eso fue lo que ocurrió. (...) **Preguntado:** ¿Qué se considera y por qué dice usted que el hemograma no era normal? **Perito:** En la historia clínica aparece que el hemograma dentro de parámetros normales, como aparece en la historia clínica, pero a la luz o al revisar el hemograma, el hemograma no era normal, tenía leucocitosis que es aumentadas las células blancas y tenía otro fenómeno que es de esas células blancas se dividen en porcentajes y hay unas que se llaman los granulocitos y esos granulocitos estaban aumentados, es decir, había agranulocitosis o neutrofilia que son sinónimos, entonces en ese orden de ideas tenía un proceso inflamatorio probablemente y entonces al menos lo que interpreta el médico del servicio de urgencias no es lo que yo veo al revisar el hemograma, porque el hemograma no era normal tenía leucocitosis con neutrofilia que es sugestivo de un proceso inflamatorio. **Preguntado:** Cuando usted habla de que hay una erró en la interpretación de los paraclínicos, ¿a qué se refiere? **Perito:** ¿Qué son los paraclínicos? En esa segunda atención, porque en la primera no hubo paraclínicos, en la primera valoración del 02 a amanecer el 03 de diciembre no hubo exámenes, cuando yo hablo de errónea interpretación de paraclínicos estoy hablando del hemograma o cuadro hemático, del coproscópico y del parcial de orina, del hemograma me llama la atención que tenía un cuadro sugestivo de que hubiese un cuadro inflamatorio, del coproscópico me llama que no hay un proceso inflamatorio propiamente dicho o al menos el germen que aparece ahí es un germen**

de la flora normal, nosotros tenemos una flora normal intestinal, entonces pues no estaría pensando uno en una gastroenteritis, una inflamación intestinal y menos un paciente que requirió fue un enema para que hiciera del cuerpo, entonces ese fue el otro error, y el otro es que yo no encuentro la interpretación del parcial de orina que el parcial de orina mostraba sangre, que tampoco es normal tener sangre en la orina, entonces cuando hablamos de error de interpretación o interpretación errónea, estoy hablando de esos tres exámenes que se centraron en la valoración del día 03 de diciembre. (...) **Preguntado:** ¿Según lo que le he entendido, significa que la consulta con el Dr. Cartagena, que re consulta el paciente, podríamos decir que para ese momento había un inicio de apendicitis, cuando transcurrieron 7 días para volver otra vez a consultar después del egreso que dio el doctor Cartagena, pudo aguantarse 7 días con esa apendicitis? **Perito:** No, la apendicitis no empezó el 03 de diciembre, empezó antes del 03 de diciembre, empezó desde el primer dolor, desde el primer momento que consultó, el paciente ya cursaba con un proceso inflamatorio, le voy a explicar por qué no era la clínica clara de un abdomen quirúrgico al comienzo, la apéndice primero se inflama y la inflamación de esa apéndice la lleva unas fibras nerviosas que son lentas, entonces por eso da un dolor que es (ininteligible), es más uno revisando retrospectivamente se da cuenta de esas carencias, es que el paciente tenía dolor en la boca del estómago y se le iba hacia la región lumbar, lo que a uno le hace pensar que había una víscera intraabdominal inflamada. Ahora, ¿si el paciente puede resistir 7 días?, en la literatura hay hasta apendicitis crónica, entonces a mi parecer el paciente aguantó 7 días porque tenía antibiótico y tenía analgésico, si el paciente no tiene antibiótico y no tiene analgésico, créame que ese paciente en 24 o 48 horas reconsulta, es decir, la apendicitis no apareció después, la apendicitis para producir la peritonitis y la sepsis por la que se murió el paciente no arrancó el 03 ni después del 03, sino arrancó mucho antes del 02, él llegó el 02 y dijo que tres días de evolución, más o menos eso llevaba, el paciente llevaba unos 20 días para tener 3.000 cc de pura materia fecal en el peritoneo, mínimo tenía 20 días con eso. **Preguntado:** El paciente es dado de alta el 03 por el Dr. Cartagena, no sé cuánto medicamento y para cuántos días le dio el Dr. Cartagena, pero nos podría decir ¿cuántos son los efectos de estos medicamentos para perdurar 7 días? **Perito:** Ahí está en la pantalla la fórmula de egreso del Dr. Cartagena, Omeprazol oral 15 cápsulas, le alcanza para 15 días es una tableta al día, Metronidazol es cada 8 horas y 21 tabletas le alcanza para 7 días, Ampicilina 50 mg cada 6 horas 28 cápsulas le alcanza para 7 días y Acetaminofén tabletas cada 6 horas y le dio 28 le alcanzaba para 7 días, es decir, el paciente tenía tratamiento para 7 días tanto del antibiótico como del analgésico, que ahora que caigo en cuenta coincide con los 7 días que duró en casa. (...) **Preguntado:** Hice esa pregunta para la siguiente ¿pudo el paciente haber consultado inmediatamente el 06 el Hospital con ese cuadro de apendicitis aguda, pudo haber sido tiempo valioso para haberlo remitido y haberlo intervenido quirúrgicamente, sin llegar al punto de haberse perforado la apéndice ya en el día 10? ¿Esos días pudieron haber sido valiosos para haberlo tratado inmediatamente y haberlo intervenido? **Perito:** Claro, el tiempo juega en contra de la supervivencia, ¿Qué si se hubiese podido salvar o no? muy difícil porque es un hecho hipotético, no le podría decir, pero si se hubiese intervenido quirúrgicamente antes del 10 la probabilidad de supervivencia hubiese aumentado, eso sí es claro porque si en una apendicitis la mortalidad está del 10 al 15%, ya en una peritonitis está subiendo al 70, pues obviamente en el paso del tiempo aumentará el riesgo si pasan más días, pero en porcentajes, no le podría decir, no conocía el documento entonces esa parte de que si son 4 días antes que hubiese sido la supervivencia no la tengo. (...) **Preguntado:** ¿Cuánto tiempo puede transcurrir en desarrollarse las fases de la apendicitis desde la fase edematosa hasta la fase de perforación que es la que genera una peritonitis? **Perito:** Eso depende doctor, eso depende mucho también del estado constitucional e inmunológico del paciente, no se le olvide que hay fases y usted que ha leído, y me gusta que lea, edematosa, firipurulenta y obviamente la perforada,

*depende, hay una media que está entre las 72 y las 92 horas, estamos hablando entre 3 y 4 y 5 días, que puede evolucionar todo, pero es una media, qué significa? que hay unas que como usted que fue en hora y media que muy probablemente irritó peritoneo, como hay otras que duran mucho tiempo, entonces no hay una regla y en medicina, lastimosamente es uno de los problemas donde nada es tan estático sino es depende y acá depende también del estado constitucional del paciente, de si se le dio o no se le dio analgésicos, si se le dio o no se le dio antibiótico, porque todo eso influye incluyendo la edad, es más, los inmunosuprimidos son pacientes que pueden durar hasta 20 días con apendicitis y como su sistema inmune está disminuido, no se ven los signos clínicos claros de apendicitis, entonces eso depende también del sistema inmune del paciente, la presentación atípica o demorada de los síntomas, y a este, pues se le ayudó un poquito con analgésico y antibiótico. (...) **Preguntado:** Si había como efectivamente lo pudo detectar la médica Carolina, algunos signos de obstrucción intestinal, porque para eso se le dio ese medicamento para efectos de la expulsión ¿cree que se le dio un manejo apropiado con edema transrectal causando deposición en el paciente? **Perito:** Mirándolo retrospectivamente y desde mi experiencia, el que paciente no hiciera del cuerpo era una respuesta igual que el vómito de un paciente inflamatorio, de una injuria, entonces la verdad mirándolo retrospectivamente, si yo lo miro en el momento yo digo si está constipado y hay que darle tratamiento, pero mirándolo retrospectivamente creo que el ruido intestinal se disminuye, porque cuando hay una injuria, por eso le digo que la apendicitis no arrancó ni el 02 ni el 03 arrancó dos días antes, porque cuando hay vomito y cuando el intestino se queda quieto, es para protegerse de una injuria ¿Qué injuria probablemente? La mucosa de la apéndice ya estaba inflamada, no se le olvide que la apéndice está pegadita al intestino grueso que se llama el ciego y donde llega el ileo que es intestino delgado, entonces en ese momento cuando hay un proceso inflamatorio el ciego se queda quieto y eso es una de las características de procesos inflamatorios, es más, cuando hay vómito antes del dolor abdominal, en un 50% usted tiene la probabilidad de que sea un abdomen quirúrgico y este paciente que tuvo disminución de los movimientos o al menos de deposición, había que pensar en abdomen quirúrgico le soy sincero, que ahora revisando yo pienso que este paciente el cuadro de 3 litros del peritoneo no salió de dos ni tres días, eso llevaba 10 días, entonces este paciente desde el 02 ya tenía algunos signos que pudieron hacer pensar que era quirúrgico. (...) **Preguntado:** En los grupos etarios de la tercera edad, como este paciente, son excepcionales los casos de apendicitis, ¿podían los médicos determinar como lo hicieron de una manera clara, que se trataba era de una apendicitis más no de un problema gástrico? **Perito:** Si bien es cierto el abdomen no era quirúrgico porque eso si es claro y el médico que le revise la historia se va a dar cuenta de que no hay abdomen quirúrgico, pero en la guía del Ministerio que yo creo que usted la conoce, que viene en dos tomitos, es claro donde dice en lo de apendicitis aguda, que cuando no hay un diagnóstico claro, que eso si era lo que había acá, no hay un diagnóstico claro, había que vigilar al paciente o al menos había que estar pendiente del paciente, entonces, acá no había un diagnóstico claro, ¿que fuera una parasitosis? No, eso no, no era una parasitosis, no había un diagnóstico claro, por eso cuando lo atiende la doctora Carolina del 02 al 03 y le da salida, le manda para protegerle la mucosa del estómago, pues uno dice a la final si era una apendicitis ese paciente va a volver, pero ya en la segunda atención cuando le manda ya un tratamiento definitivo, es que 7 días de tratamiento antibiótico, 7 días de analgésico es un tratamiento definitivo, entonces ya tenía un diagnóstico entonces el problema fue que al paciente después de esa valoración y después de tener un hemograma que no sabemos que pasó ahí sí fue que el médico vio otro, no se sabe, porque pareciese que vio otro hemograma, no se le hizo vigilancia o al menos le hubiese dado salida con los mismos medicamentos que le mandó la doctora al comienzo que no le iba a alterar absolutamente nada, que no era ni antibiótico ni analgésico, entonces pues el problema es que el paciente según las guías, cuando no se tiene un abdomen quirúrgico pero tampoco se tiene un diagnóstico claro, el paciente hay que pensar en re valorarlo o al menos*

darle para que re consultara o al menos no darle tratamiento definitivo, eso sí es claro y eso lo puede leer en todas la literatura, que dolores abdominales sin diagnóstico claro se van sin analgésico y este paciente salió con analgésico. (...) **Preguntado:** ¿Por qué en esa atención del 03 de diciembre es usted categórico en decir que ese problema de parásitos no existía en la entidad, que de pronto lo refleja la historia clínica? ¿Qué parásitos encontraron y en qué cantidad? **Perito:** Lo primero para que un parasito o una infección intestinal produzca dolor intestinal, el intestino tiene que defenderse moviéndose duro, entonces cuando se contrae duro el dolor primero es cólico y este paciente dolor cólico no tenía, partamos de ahí, segundo el síntoma cuando hay un proceso infeccioso, irritativo, el intestino se mueve tan rápido porque tiene dos tipos de ondas y va a producir diarrea, este paciente no tenía diarrea tenía algo completamente diferente es más, estaba al otro extremo, no estaba haciendo del cuerpo, entonces gastrointestinalmente no tenía un proceso infeccioso clínico, no había un proceso infeccioso, ahora el coproscópico muestra blastocystis hominis que es flora completamente normal, todos los tejidos tienen flora normal si tuviese una escherichia coli uno dice si, o si hubiese encontrado un ph ácido, porque el ph era normal, o le hubiese encontrado sangre en la deposición, créame doctora que uno ya piensa que hay un proceso completamente diferente, pero era pH normal, blastocystis hominis, flora normal, ph normal es decir no había alteración del ph, es decir que no había acidosis para pensar que fuera irritación de la mucosa, no había sangre para pensar que el germen estuviera invadiendo la mucosa intestinal y el color era café, entonces ese coproscópico desde el punto de vista paraclínico era normal y desde el punto de vista clínico no tenía una infección gastrointestinal desde ningún punto de vista, no había dolor tipo cólico generalizado, no había diarrea que es lo típico cuando hay un proceso infeccioso.(...)”

## 7. Interrogatorio de parte

Se recepcionó de la señora **MARIA MARLENE MANJARRES RUIZ, compañera permanente del causante**, quien a las preguntas formuladas contestó:

“(...)”

**Preguntada:** ¿Según la demanda, usted refiere que fue la compañera permanente del señor Luis Jaime Salazar Medina, cierto? **Contestó:** Si señor. **Preguntada:** De esa unión de hecho que tenía con el señor Luis Jaime, ¿cuánto tiempo tenían hasta el momento del fallecimiento? **Contestó:** 38 años de estar viviendo. **Preguntada:** ¿Cuántos hijos tuvieron? **Contestó:** Una no más, Susana Hercilia Salazar, yo tenía cuatro y él se juntó conmigo con cuatro hijos que yo tenía y me los ayudó a criar. **Preguntada:** ¿Sabe usted si su esposo o su compañero tenía algún tipo de enfermedad por la cual estaba tomando medicamentos? **Contestó:** No. **Preguntada:** ¿Él no sufría de alguna enfermedad? **Contestó:** Él se llevó al Hospital y allá lo regresaron de que no tenía nada, que era una gastritis, no sé qué y no sé cuánto, fue cuando lo llevé donde el doctor Castillo con la hija, y ahí fue cuando dijo que eso se le va a reventar que es la apéndice, fue cuando se echó para Girardot. **Preguntada:** ¿Usted recuerda cuándo fue que comenzó los síntomas de dolor estomacal antes del dos de diciembre de 2013? ¿A partir de cuándo le comenzaron esos dolores a él? **Contestó:** Como desde el 07 para adelante de diciembre (...) **Preguntada:** ¿Se acuerda cuál fue el motivo de esa consulta del 02 de diciembre de 2013? **Contestó:** Porque le dio vómito, entonces yo le dije eso no es bueno, llévelo al Hospital y allá vemos a ver qué es, porque vomitando y a son de qué y lo llevamos y el doctor dijo que era una gastritis y lo formuló y nos vinimos a comprarle la droga y él siguió enfermo, fue cuando ya lo llevamos donde el doctor Castillo que fue el que nos confirmó eso, volvimos y lo llevamos al Hospital y lo mismo que es una gastritis y era la apéndice.

**Preguntada:** ¿Antes del 02 de diciembre que ustedes lo llevaron al Hospital, la hija, usted recuerda cuántos días llevaba atrás, él con ese dolor de la boca del estómago, con ese dolor abdominal? ¿Ustedes la formularon algún medicamento en la casa? **Contestó:** No, no me acuerdo. (...) **Preguntada:** ¿Quién acompañó a su esposo Luis Jaime Salazar, a donde el médico particular el 06 de diciembre de 2013? **Contestó:** Fuimos las dos, mi persona y la hija. **Preguntada:** ¿Ustedes fueron y el médico les manifestó que su ex compañero tenía un problema de apendicitis? **Contestó:** Si, apendicitis. **Preguntada:** ¿Ustedes qué hicieron después de que les dijeron que tenía apendicitis, qué les recomendó el médico? **Contestó:** No, el médico me dijo váyase para el Hospital, que le den una ambulancia para que lo trasladen para alguna parte, y nosotros nos fuimos para el Hospital y eso duró y hasta por la tarde como a las cinco de la tarde fue que se fue ella con él para Girardot. **Preguntada:** ¿Es que a la consulta que ustedes llevan a su esposo fue el 06 de diciembre de 2013 y la remisión para Girardot fue el 10 de diciembre de 2013, es decir, cuatro (4) días después, es decir que ustedes a su esposo se lo llevaron para su casa o para dónde se lo llevaron? ¿durante los cuatro días que pasó con él? **Contestó:** Completicos los cuatro días nos lo llevamos para la casa porque el médico dijo que lo llevaran para la casa que eso denle la droga que eso no pasa nada y nos lo trajimos y fue cuando nos lo llevamos para donde el doctor Castillo que dijo hay que trasladarlo porque está grave, es apendicitis aguda, fue cuando ya tuvimos que ir otra vez al Hospital porque allá están las ambulancias y allá era donde daban el dictamen para echarlo para otra parte. **Preguntada:** ¿Usted manifiesta que después de la consulta el 06 de diciembre, le dice el médico que lo lleven inmediatamente para el Hospital para que lo remitan porque es una apendicitis, cierto? **Contestó:** Si señor. **Preguntada:** ¿Ustedes lo llevan de inmediato para el Hospital y ahí es remitido, cierto? **Contestó:** Si, pero sale tarde, ya es tarde ya. **Preguntada:** Si, ¿pero la remisión salió ese mismo día, correcto? **Contestó:** Si señor.

Se recepcionó la declaración del señor **JOSÉ GREGORIO SÁNCHEZ MANJARREZ**, hijo de crianza del causante, quien a las preguntas formuladas contestó:

**“Preguntado:** ¿Usted es familiar, es hijo del señor Luis Jaime Salazar Medina? **Contestó:** Si señor, hijo de crianza. **Preguntado:** ¿Y de la señora María Marlene Manjarrez Ruiz, cierto? **Contestó:** Si señor, así es. **Preguntado:** ¿Usted para la época de diciembre de 2013, dónde se encontraba? **Contestó:** En esa época me encontraba laborando en la ciudad de Ibagué. **Preguntado:** ¿Para los síntomas que presentó su papá para el 02 o antes del 02 de 2013, usted tuvo conocimiento del problema de salud que él tenía? **Contestó:** Claro, yo incluso vine a visitarlo porque él fue el que me crió, entonces yo vine, hice el viaje a mirarlo, porque cuando él fue el 01 de diciembre que lo llevaron al Hospital y lo hospitalizaron diciéndole a la hija porque la hija me comunicaba todo, porque yo era de los hijos de crianza el más allegado, entonces ella me llamó y me dijo que lo habían hospitalizado y le habían dado el dictamen de que era una úlcera gástrica, lo tuvieron hospitalizado hasta el día 05 de diciembre a las 05:30 pm que le dieron salida y no fue más lo que nos dijeron en el Hospital,, entonces el 06 fuimos donde el Dr. Castillo y fue él que nos dio el dictamen de que no era úlcera gástrica sino apendicitis, y el mismo 06 dijo que nos fuéramos inmediatamente porque estaba prácticamente reventada, entonces fuimos al Hospital, volvimos a llevarlo, lo Hospitalizaron y no lo remitieron inmediatamente. **Preguntado:** El 06 que llevaron a su papá a donde el médico Henry, ¿usted estaba ese día, usted lo acompañó? **Contestó:** No, en ese momento, no porque por mis labores no podía estar, pero mi hermana me estaba informando paso a paso y yo vine y lo visité dos días y volví porque no podía dejar mi trabajo abandonado, pero paso a paso mi hermana me informaba todo, nos comunicábamos a todo momento, todos los días y a todo momento. **Preguntado:** Después de la consulta, con el Dr. Henry el 06, ¿cuándo llevaron a su papá al Hospital para remisión a Girardot? **Contestó:** Es que el doctor Henry

*nos dijo que lo lleváramos inmediatamente porque era de traslado, él no podía hacer nada porque como él no era parte del Hospital, entonces que lo lleváramos al Hospital, se volvió a llevar, allá volvieron y lo hospitalizaron y gracias a un amigo lo remitieron el 10, pero no lo remitieron inmediatamente porque los doctores dijeron que ellos nada que ver con el Dr. Castillo, que ellos eran los que atendían en el Hospital. (...) **Preguntado:** ¿Usted estuvo cuando fue remitido su papá al Hospital San Antonio de Natagaima el 10 de diciembre de 2013? **Contestó:** Yo no estaba en el pueblo porque afortunadamente el 13 de diciembre yo salí a vacaciones y afortunadamente no estuve ese día con él, pero mi hermana me tenía informado de todo lo que pasaba”.*

Se recepcionó la declaración de la señora **SUSANA HERCILIA SALAZAR MANJARRES, hija del causante**, quien a las preguntas formuladas contestó:

“(…)

**Preguntada:** ¿Usted es hija legítima del señor Luis Jaime Salazar Medina? **Contestó:** Si señor.  
**Preguntada:** ¿Hija legítima de Marlene Manjarres? **Contestó:** Si señor. **Preguntada:** ¿Usted para el 02 de diciembre de 2013 dónde se encontraba? **Contestó:** Mi papá fue hospitalizado el 01 de diciembre a las 05:00 pm, él duró hospitalizado hasta el 05 de diciembre a las 06:30 pm en el Hospital de Natagaima. **Preguntada:** ¿Usted lo acompañó? **Contestó:** Si señor, yo fui y lo acompañé, yo estuve en todos los procesos, inclusive el doctor Barrios lo vio el 02 de diciembre, con el cuento que dijo que era una gastritis, el doctor Nicolás también lo vio, la doctora Carolina también lo vio y el doctor Castañeda también lo vio, dijo que era una gastritis, entonces yo le dije “doctor pero es que mi papá ya está demasiado, eso no es una gastritis, creo yo que puede ser una apéndice”, me dijo “¿usted es médica?” Le dije “no doctor no soy médica, pero que yo sepa así le pasó a una amiga”, entonces me dijo, “no eso no es así” y ahí fue cuando le dieron puros medicamentos que para la gastritis, el 05 de diciembre le dieron la salida a las 06:30 pm, fue cuando yo lo llevé el 06 de diciembre donde el Dr. Henry Castillo Jiménez y él me le dio la orden de los exámenes, se los saqué donde la Dra. Amparo y después me dio una orden para una ecografía en donde el Dr. Aguirre en El Espinal, yo fui y le saqué todo eso, yo llegué como a las 12:30, fui donde el doctor, le presenté la ecografía y me dijo vaya y lléveselo ya para el hospital que está reventada la apéndice, yo fui el doctor Barrios me lo vio y me dijo no eso no se puede hacer, no se puede llevar a un médico particular, y le dije como que no lo puedo llevar a un médico particular, si ustedes me le dieron la salida, nunca me lo remitieron, yo pidiendo una remisión y nunca me lo remitieron, yo lo puedo llevar porque yo soy la hija, yo presenté todo eso y el doctor me lo hospitalizó otra vez, cuando dijo Nicolás ¿otra vez con el mismo caso? Eso es una gastritis, fue cuando el doctor Zambrano me dijo el 05 por la mañana, esto es una gastritis, hay que meterle una manguera por la boca para ver cómo va el trámite de la gastritis, yo le dije doctor, es que ya con los exámenes y la ecografía ya muestra que es una apéndice, me dijo no señora eso no es una apéndice, entonces fue cuando me lo hospitalizaron y no me le dieron ni remisión y yo pida remisión y pida remisión y nunca me la dieron hasta el 10 de diciembre me la dieron, que a las 05:00 pm que Heriberto, el conductor de la ambulancia, puso el combustible porque no me lo querían remitir, lo remitieron para San Sebastián. (...) **Preguntada:** Según se evidencia en la historia clínica su papá ingresó a urgencias el 10 de diciembre de 2013, es decir, 04 días después de que lo vio el Dr. Henry Castillo. **Contestó:** No señor, fue el 06 a las 03:00 pm que fue ingresado otra vez, que dijo el Dr. Nicolás ¿otra vez por acá? Yo le dije doctor es que no se aguanta el dolor, por qué van a tapar una cosa de esas doctor, si yo fui la que estuvo con el hasta el día que falleció. **Preguntada:** Igualmente señora Susana, aparece en la historia clínica, que es un documento público, aparece, que la persona que atendió a su papá el día 10, fue el Dr. Emiro Augusto Barrios Capera y él fue el que ordenó la remisión para el Hospital San Sebastián ese día. **Contestó:** Fueron tres médicos que se reunieron para darle la remisión pero

*nunca me le dieron la remisión, la dieron ya después como a las 05:00 pm, que gracias al conductor de la ambulancia que puso el combustible porque no había combustible ese día para la remisión, ¿tampoco lo pusieron ahí doctor?. **Preguntada:** ¿Usted vivía con su papá para esa fecha? **Contestó:** Si señor, yo vivía con él, yo estuve en el Hospital hasta el 10 de diciembre con él. **Preguntada:** ¿Cuándo presentó los síntomas él en su casa? **Contestó:** Él los sintió el primero por la mañana, siguió con el dolor, entonces yo como tenía mi hijo en estado de coma en El Espinal, él me despertó, entonces yo me vine, me dieron la salida de mi hijo, yo me vine, yo llegué a las 04.00 pm a Natagaima y mi papá estaba con el dolor y yo a las 05:00 pm lo llevé para el Hospital, el 01 de diciembre. **Preguntada:** ¿Ustedes le dieron algún medicamento en su casa? **Contestó:** No señor, porque ese día estaba con mi mamá y mi mamá estaba maluca con una diarrea ese día.*

Se recepcionó la declaración de la señora **CLAUDIA MARCELA MANJARREZ, hija de crianza del causante**, quien a las preguntas formuladas contestó:

*“**Preguntada:** ¿Usted es hija legítima de Luis Jaime Salazar y de María Marlene Manjarres Ruiz? **Contestó:** No soy hija legítima, ellos me criaron, yo soy nieta de María Marlene Manjarres y ella convivía con Luis Jaime Salazar Medina y ellos me criaron porque mi mamá me dejó con ellos. **Preguntada:** ¿Usted dónde se encontraba para los primeros días del mes de diciembre de 2013? **Contestó:** Yo me encontraba en Bogotá. **Preguntada:** ¿Usted tuvo conocimiento de los quebrantos de salud del señor Luis Jaime Salazar para el 01 o 02 de diciembre de 2013? **Contestó:** Tuve conocimiento por medio de celular me comentaban las cosas, pero yo no pude verlo ni nada, solo fui al entierro y al velorio. **Preguntada:** ¿Quién le comentaba las cosas? **Contestó:** La abuela, mi mamá porque yo le digo mamá a ella, María Marlene y José Gregorio Sánchez Manjarrez, que es un tío pero nos criamos como hermanos todos. **Preguntada:** A raíz de que tuvo ese conocimiento indirecto cuéntenos, para el dos de diciembre o el 01 de diciembre, ¿usted tuvo conocimiento de la enfermedad que estaba padeciendo su abuelo? **Contestó:** Yo antes de eso viajé y él ya estaba un poquito maluco, cuando me enteré yo ya en la Clínica de Girardot, no pude irlo a visitar y que lo habían llevado donde el Dr. Henry Castillo, que lo habían llevado al Hospital San Antonio, y pues la verdad no pude irlo a ver tampoco porque no me dieron permiso en la empresa”.*

## 8. Testimonial

Se recepcionó el testimonio del doctor **NICOLÁS PEÑA SABOGAL**, quien a las preguntas formuladas contestó:

*“**Preguntado:** ¿Usted sabe por qué se encuentra rindiendo esta declaración? **Contestó:** Si señora. **Preguntado:** Ya que dice conocer esa razón, indíquenos lo que le conste al respecto. **Contestó:** Estoy rindiendo esta declaración porque hay una demanda contra el Hospital por un paciente que falleció por un diagnóstico de apendicitis, que yo atendí inicialmente en el año 2013. **Preguntado:** ¿Usted recuerda de qué paciente se trataba esa atención que usted nos señala que fue en el año 2013? **Contestó:** Si señora, de Jaime Salazar. **Preguntado:** ¿Usted recuerda la época exacta en que se dio esa atención y en qué condiciones se dio? **Contestó:** El 02 de diciembre del año 2013 yo me encontraba en el servicio de urgencias, como médico de turno, el paciente entró aproximadamente entre las 07:00 y las 08:00 de la noche, ya cuando yo procedía a entregar mi turno, el paciente ingresó con un familiar, no recuerdo exactamente el nombre del familiar, refiriendo que tenía un dolor abdominal, yo lo ingresé, se le tomaron los signos vitales, el paciente lo valoré, le hice una inspección física, los signos vitales de él eran normales en ese entonces, ingresó presentando un cuadro clínico de dolor abdominal de tres (3) días de evolución, localizado en el epigástrico, en la boca del estómago, que se irradiaba a región lumbar,*

*paciente negaba episodios de fiebre, negaba síntomas urinarios, al examen físico el paciente no presentaba ningún signo de irritación peritoneal, sin embargo por presentar un dolor abdominal se dejó en observación esa noche y se lo entregué a la médico de turno que me recibió, de ahí en adelante no tuve ningún otro contacto con el paciente. (...) Preguntado: ¿Mandó algunos exámenes diagnósticos? Contestó: No, simplemente lo mandé a canalizar, hidratar porque si estaba un poco deshidratado, le mandé a colocar un medicamento que se llama ranitidina para el dolor abdominal y lo dejé en observación sospechando un cuadro de una gastritis. (...) Preguntado: ¿Quiere decir que usted recibe al paciente, lo canaliza, le da el medicamento que ha manifestado, y lo deja en observación, y ahí entrega el turno, es correcto? Contestó: Si señor. (...) Preguntado: ¿Cuál es el cuadro clínico que presentaba el paciente, pero antes de ello manifieste si ¿él ingresó solo a la consulta de urgencias o llegó en compañía de algún familiar por ser mayor de edad? Contestó: Llegó en compañía de un familiar. Preguntado: ¿El cuadro clínico concreto que presentaba el paciente o anamnesis que el paciente refirió y los familiares, si en algún momento intervinieron, cuál fue el cuadro clínico que el presentaba? Contestó: **El presentaba un cuadro de dolor abdominal localizado en la boca del estómago, en la parte superior del estómago que irradia región lumbar, sin embargo al momento de la valoración se le tocó el abdomen pero el paciente no presentaba signos de irritación peritoneal, sin embargo por la intensidad del dolor porque el paciente refería bastante dolor en la boca del estómago, lo dejé en observación considerando un cuadro de gastritis, se le interrogó que si había presentado fiebre, no, se le interrogó que si había presentado síntomas urinarios, negó que haya presentado síntomas urinarias. (...) Preguntado: ¿Que refirieron al motivo de la consulta? Contestó: El refirió que tenía bastante dolor en la boca del estómago. Preguntado: ¿Pudo decirle de cuándo presenta ese dolor atrás o el doctor no les indagó a los familiares desde cuando presentaba ese síntoma o ese cuadro? Contestó: Ellos me refirieron que tres días atrás presentaba ese dolor. (...) Preguntado: ¿Usted recuerda como médico, si este paciente cuando fue remitido después de la atención de la doctora Diana, quién más atendió a este paciente? Contestó: El Doctor Andrés Cartagena, en ese momento yo también ejercía el cargo de coordinador médico, entonces yo estaba muy pendiente de los pacientes que ingresaban al servicio de urgencias, y de la evolución de cada uno de ellos, dábamos ronda con los médicos y ayudábamos a definir el manejo de los pacientes. Ese paciente posteriormente, lo vio la doctora Carolina, quien interrogó que probablemente pudiera tener un cuadro de pseudo obstrucción intestinal porque no presentaba deposiciones y ordenó aplicar medicamentos, un edema transrectal, el cual, el paciente logró deposiciones y posterior a eso le dio salida, luego nuevamente lo valoró el doctor Cartagena quien nuevamente el paciente consulta por dolor abdominal, considera cuadro de cólico abdominal secundario al cuadro de estreñimiento que presentaba el paciente y pues le da un manejo ambulatorio, entre el día 3 y el día 5 de diciembre, el día 2 y el día 5 de diciembre, el paciente reingresa nuevamente hasta el 10 diciembre donde lo valora el doctor Barrios que le diagnostica un cuadro de apendicitis y es remitido al Hospital San Sebastián de Girardot. (...) Preguntado: ¿Tuvo usted conocimiento si este paciente fue atendido por algún médico particular como lo refieren en la demanda? Contestó: Si señor, de hecho el paciente fue atendido por un doctor muy querido acá en el municipio que es el doctor Castillo el 05 de diciembre, por certificación del mismo refiere que el paciente el 05 de diciembre presentaba un cuadro de apendicitis, pero no obstante solo hasta el 10 de diciembre el consulta nuevamente acá al Hospital, no hay registro en el Hospital ni en el sistema de que el paciente haya ingresado anteriormente. (...) Preguntado: ¿Recuerda a qué hora ingresó al Hospital y a qué hora fue remitido?, ¿cuánto tiempo se demoraron después de que ingresó el paciente al Hospital hasta que fue remitido por el doctor Barrios? Contestó: Exactamente no sé la hora de ingreso, pero sé que el paciente no duró más de cinco horas acá en la institución. (...) Preguntado: ¿Cuándo se considera que debe remitirse un paciente a otro nivel de complejidad? Contestó: Cuando el diagnóstico que presenta el paciente requiere de una valoración especializada y cuando el paciente no puede ser manejado y no contamos con los***

recursos en la institución para poder hacer todo el diagnóstico del paciente. **Preguntado:** ¿En el momento en que usted atendió al señor Luis Jaime, el Hospital de Natagaima contaba con los servicios para diagnosticar y/o tratar una apendicitis? **Contestó:** El diagnóstico de una apendicitis es clínico, no se requieren laboratorios exactamente para diagnosticar una apendicitis, el diagnóstico es 80% clínico y en el Hospital de Natagaima se puede diagnosticar un cuadro de apendicitis. **Preguntado:** ¿El Hospital contaba con los medios suficientes para un tratamiento en caso de diagnosticarse una apendicitis? **Contestó:** No cuenta con ellos, por eso el paciente es remitido, para ser tratado por un especialista. **Preguntado:** ¿En el momento en que usted le hace el interrogatorio inicial al paciente, los síntomas que él describió eran suficientes para llegar a la conclusión de que tenía una apendicitis? **Contestó:** Como te digo el diagnóstico es clínico, en el momento de valorar el paciente, en la historia clínica se ve reflejado que al momento de valorar el abdomen del paciente no presentaba signos de irritación peritoneal, lo que concluye que el paciente en ese momento no presentaba un cuadro de apendicitis, además el paciente refería que el dolor abdominal era en la boca del estómago lo que hace pensar al médico que puede ser un cuadro de gastritis. (...) **Preguntado:** ¿Usted nos puede indicar qué son los términos leucocitosis y neutrofilia? **Contestó:** Leucocitosis es un aumento de los glóbulos blancos en la sangre, es por encima de 12.000 leucocitos por cama, y neutrofilia es un aumento de los neutrófilos en sangre que se determina por encima del 85%. **Preguntado:** ¿Si los porcentajes de estos dos aspectos están elevados, se sugiere algo en relación con la salud del paciente? **Contestó:** Cuando están aumentados quiere decir que tiene algún tipo de infección el paciente, pero lo puede aumentar cualquier cosa, desde una gripa, una infección urinaria, una diarrea, cualquier infección que esté ocurriendo en el sistema del paciente, hace que se eleven los leucocitos. **Preguntado:** ¿En términos generales nos indica usted que es sugestivo de una infección? **Contestó:** Si, cuando hay un aumento es sugestivo de una infección. (...) **Preguntado:** ¿El Hospital, para la época de los hechos, según su conocimiento, tenía los apoyos en instrumentos que permitieran hacer esa ecografía y ese TAC? **Contestó:** No señora, en ese caso cuando el cuadro es sospechoso, el paciente se remite. **Preguntado:** ¿A dónde se remite? **Contestó:** A un segundo nivel, ya sea Ibagué, Espinal o Purificación o en este caso, Girardot. **Preguntado:** ¿Doctor la Clínica San Sebastián de Girardot, es una clínica de qué nivel? **Contestó:** De III Nivel.

Se recepcionó el testimonio del doctor **CARLOS ANDRÉS CARTAGENA**, quien a las preguntas formuladas contestó:

**“Preguntado:** ¿Ya que usted tiene claro que se trata de ese caso, qué nos puede exponer al respecto, en qué año fue? **Contestó:** El 03 de diciembre de 2013. **Preguntado:** ¿Usted recuerda cómo se llamaba ese paciente? **Contestó:** Si claro, Luis Jaime Salazar Medina. **Preguntado:** ¿Usted atendió al señor Luis Jaime Salazar Medina? **Contestó:** Si señora, lo atendí el 03 de diciembre de 2013. **Preguntado:** ¿En que Institución? **Contestó:** En el Hospital San Antonio de Natagaima. (...) **Preguntado:** En relación con lo que usted decantó de esa historia clínica, y en relación con la atención que usted brindó, ¿qué nos puede relatar? **Contestó:** El señor llegó en las horas de la mañana más o menos a las 08:00 am, por mis notas médicas, llegó por un reingreso por un dolor abdominal y un vómito, se le dejó en ese momento el manejo que se le da a todo dolor abdominal, en ese momento se le dejó líquido, se le dejó antiemético para mirar como evolucionaba, y lo revaloro con paraclínico a las 6 horas posterior a esto. (...) **Preguntado:** ¿O sea que el señor ingresa y lo dejan en observación? **Contestó:** Si, lo dejé en observación por el reingreso. **Preguntado:** ¿Le hacen exámenes? **Contestó:** Si claro. **Preguntado:** ¿Qué exámenes fueron y qué arrojaron? **Contestó:** Un hemograma y un coproscópico y un uroanálisis. (...) **Preguntado:** ¿usted recuerda qué arrojaron esos exámenes? **Contestó:** En el momento no recuerdo, veo el dictamen de medicina legal y arrojaron una blastocytis hominis y arrojaron una leucocitosis y arrojaron una hematuria, que en el momento lo interpreté como algo normal, uno

por el proceder de la enfermedad que puede dar una amebiasis bacteriana y da una gastroenteritis de nivel a mediano y por la edad del señor y la deshidratación deduje que estaba hemo concentrado, y la hematuria la relacioné a la misma hemoconcentración, por eso le di en ese momento manejo médico, le di en ese momento la respectiva valoración y egreso a las 06 horas. (...) **Preguntado:** ¿Esa gastroenteritis nos puede usted describir, qué síntomas tiene? **Contestó:** Lo mismo que cualquier enfermedad gastrointestinal, puede presentarse diarrea, vómito, hasta puede presentar fiebre, pero no es algo indicativo de algo quirúrgico, por eso se deja el paciente en observación para mirar la evolución clínica del mismo. **Preguntado:** ¿Usted recuerda si el señor presentaba diarrea? **Contestó:** No recuerdo, recuerdo que era vómito e intolerancia a la vía oral, por eso sospeché en ese momento eso. (...) **Preguntado:** ¿Con la anamnesis y con lo que usted había recibido hasta ese momento, el paciente se sospechaba de algún cuadro clínico de alguna apendicitis? **Contestó:** En el caso de él, el paciente es de un grupo etario muy avanzado, y las apéndices en ese grupo etario son de difícil valoración, por eso cuando están que no toleran vía oral y tienen dolor epigástrico, lo que uno hace en ese caso es hacer un sondeo del paciente, buscar que no sea una infección urinaria, que no sea una infección gastrointestinal, para buscar un diagnóstico certero, pero apendicitis en ese momento la clínica no nos da algo certero porque no tiene signos cardinales para pensar en una apéndice en ese momento. (...) **Preguntado:** Cuando un paciente ingresa y detectan en un momento dado en su ingreso que tiene una apéndice o apendicitis, ¿Cuánto tiempo puede demorar un paciente hasta que se complica una vez detectada? **Contestó:** Les comento por mi experiencia y porque manejo esa parte, un paciente con una apendicitis diagnosticada, es una urgencia vital, uno por el riesgo de perforación, dos por el riesgo de peritonitis generalizada, indiferente al grupo etario lo que sea, debe ser de manejo de una categoría I máximo categoría II para operación. (...) **Preguntado:** ¿Según el reporte de historia clínica usted le da salida al señor a las 14:12 del 03 de diciembre por mejoría o por qué le da salida? **Contestó:** Si claro, primero uno no da a un paciente salida sin mejoría clínica eso es clarísimo, dos le doy salida porque si usted mira los estándares de urgencias, usted revalora los pacientes a las 06 horas sin analgesia, mira si tolera la vía oral y al ver que los exámenes mostraban una blastocystis hominis y que tenía una ligera leucocitosis que podía explicarlo la enfermedad gastrointestinal va a mediana y que había estado 3 días sin haber tolerado bien la vía oral y ya estaba empezando a tolerar la vía oral por lo cual le di salida porque no le vi ninguna complicación ni nada. (...) **Preguntado:** ¿Usted recuerda cuándo lo remitió el Dr. Emir Barrios para Girardot? **Contestó:** El 10 de diciembre. (...) **Preguntado:** ¿Pero esa inflamación antes de ser diagnosticada, puede estarse gestando por un periodo que podemos hablar de cuánto tiempo? **Contestó:** Para el grupo etario de él, yo no creería que más de 72 horas, más de 72 horas no puede un paciente tener una apendicitis y estar caminando en la calle, porque empezando hay 3 fases de apendicitis, la apéndice se inflama y pasan 3 cosas, está el periodo hematoso que no se puede caracterizar en horas, pero es la inflamación de los vasos y de las arterias, la arteria perpendicular se inflama y no hay paso sanguíneo, entonces empieza a inyectarse, después sigue la fase pirulenta que es la fase donde el peritoneo trata de coger la apéndice y ahí es donde al paciente le duele hartísimo, ya el paciente tiene una marcha antiálgica, que es uno de los signos clínicos cardinales de un paciente, cuando uno ve entrar a un paciente con una marcha antiálgica uno dice a ese paciente toca dejarlo en observación mínimo 6 horas, no le enmascare el dolor, para mirar cómo va evolucionando y la tercera fase es la fibrinopurulenta que es cuando ya la apéndice, su tejido, se necrosa y se rompe y se perfora y ahí es donde se forma la peritonitis, pero en ese transcurso no pueden pasar más de 72 horas, eso sí es clarísimo y en un adulto mayor no estaría vivo más de 72 horas, a mi nivel de experiencia más de 72 no. **Preguntado:** Sin embargo doctor, con base en ese dictamen que usted ha nombrado varias veces en esta diligencia, que parece que le fue remitido, es claro que finalmente parece que si el señor muere por una apendicitis y por un shock séptico originado por la ruptura de la apéndice. **Contestó:** Claro, a lo que yo voy es que hablar retrospectivamente es muy bonito y muy fácil, pero por ejemplo, lo que yo les decía, cuando lo

remitió el Dr. Emir, porque yo me leí toda la historia para hablar con ustedes hoy darles más claras las cosas, cuando lo ve el Dr. Emir tiene unos signos indudables de una sepsis de origen abdominal, por eso él lo remite para manejo quirúrgico, cuando llega él a San Sebastián y lo ven de una vez, pasan la boleta para sala y lo operan y encuentran una apendicitis perforada con unas con unas adherencias intestinales y una peritonitis generalizada, que quiere decir que hubo tiempo de espera para que el cuadro clínico llegara, pero el deceso de él no es tanto por la parte de la apendicitis sino por el shock séptico que le dio la ruptura de la apéndice y todas sus comorbilidades asociadas, por eso como leía en toda la historia decía y el dictamen de medicina legal dice que no es concluyente a pesar de que la muerte o el deceso de él haya sido por la apendicitis y no por el shock séptico que se debió a esta derivado de esta. **Preguntado:** ¿Por el no tratamiento de la apendicitis? Contestó: Exactamente. **Preguntado:** ¿Usted nos dice que desde que se empieza a presentar esta inflamación y el dolor, usted indica que esa apendicitis tendría más o menos unas 72 horas de evolución? Contestó: A mi experiencia ahora porque yo manejo toda esa parte de los ayudantes quirúrgicos, más de 72 horas ¿puede llegar? Si, es que en la medicina nos basamos en series de casos, pero más de 96 horas un paciente y más de la edad del señor teniendo una apendicitis es muy difícil y el pronóstico cada vez es más tórpido, cuando le hacen un apache que es un score de severidad y de mortalidad, le da un apache de 25 que es una mortalidad mayor del 60%, hubo yo creo que una serie de casos, infortunios en la demora, porque yo no le veo que en la praxis no se desgarran, porque todos, tanto mis colegas del Hospital San Antonio como también en San Sebastián, se hizo todo lo que uno pretende para mejorar un paciente, uno va en pro de un paciente no va en contra, para eso es que uno estudia esto, no para buscar un daño colateral a sus pacientes. **Preguntado:** Digamos que esta persona se aguantó el dolor, una persona x, fueron más de las 72 horas o de las 96 que usted nos refiere y finalmente ese apéndice tiene una ruptura, que me imagino yo por lo general produce la sepsis, ¿no? Contestó: Si, claro cuando se rompe la apéndice tiene contenido de materia fecal porque es el intestino el que está en juego, el colón ascendente, la apéndice cecal es un remanente del colón ascendente, entonces obvio que va a haber infección, al haber infección lo primero que va a elevar es una respuesta sistémica que va a ser fiebre, taquicardia, que va a ser un cuadro supremamente florido, lo primero que va a tener es un dolor inaguantable, fiebre, deshidratación y en los adultos mayores da también deterioro del estado de la conciencia. **Preguntado:** ¿Entre una eventual ruptura y los primeros síntomas clínicos de esa sepsis, cuánto tiempo puede pasar? Contestó: No me es clara la pregunta. **Preguntado:** El Despacho entiende que se produce la ruptura y que se entiende que la sepsis se entiende que todas esas bacterias entran a perturbar el organismo, en esos términos el Despacho le pide la claridad a usted, que habrá unos intervalos de tiempo en que ya se hace patente que la persona está sufriendo de un cuadro séptico, que algo pasó y que su evolución tiende al deterioro precisamente porque se ha roto algo y ha causado el consecuente (ininteligible) Contestó: Desde la inflamación a la ruptura no hay una estipulación clara para eso, uno se guía de la clínica, porque no hay tablas que aseguren cuanto tiempo se estipula tal cosa o tal otra, no hay fases como tal sino la clínica lo va diciendo, desde la inflamación va a haber dolor, no van a haber ganas de comer en algunos pacientes, para eso nosotros como galenos tenemos una serie de scores para pensar uno en una apéndice que es el score de Alvarado, que hasta ahora ya lo modificaron porque era inespecífico de signos y síntomas fue modificado en el 2002 o 2003 no me acuerdo muy bien, pero se modificó y desde el momento de la inflamación a la perforación van a haber una serie de síntomas, el más cardinal es el dolor abdominal que no cesa con nada, que es donde uno dice a este paciente toca dejarlo en observación, toca mirar que puede estar procediendo, por eso se remiten los pacientes porque en un primer nivel se agota la batería de exámenes y toca proceder a mirar si se hacen imágenes diagnósticas, en el caso de la apendicitis es muy baja la prevalencia de imágenes diagnósticas prima más la clínica que las imágenes. **Preguntado:** ¿Desde la ruptura hasta ya un choque séptico pues obviamente sin tratamiento, más o menos cuanto puede durar una persona? Contestó: No es más de 24 horas, por eso el cuadro clínico de él fue tan florido cuando se remitió,

*porque es que él estaba en ese momento con un abdomen agudo y un abdomen agudo es de correrle, es de un nivel I o II, toca intervenirlo lo antes posible.*

Se recepcionó el testimonio de la doctora **CAROLINA DÍAZ LÓPEZ**, quien a las preguntas formuladas contestó:

**“Preguntada:** *¿Sabe por qué se encuentra rindiendo esta declaración? Contestó: Si, si señora. Preguntada:* *¿Ya que dice saberlo, qué nos puede comentar al respecto? Contestó: Me informaron del caso de un paciente que había fallecido por un cuadro de apendicitis básicamente y yo tuve que ver en la atención del paciente entonces por eso estoy acá. Preguntada:* *¿Usted recuerda en qué institución se llevó a cabo esa atención al paciente? Contestó: En el Hospital San Antonio de Natagaima. Preguntada:* *¿Qué cargo desempeñaba usted allí? Contestó: Médico General. Preguntada:* *¿Estaba realizando el Servicio Social Obligatorio? Contestó: Si, estaba haciendo el rural. Preguntada:* *Cuando lo atendió¿usted tenía ese cargo? Contestó: Si, si señora. Preguntada:* *¿Usted recuerda cómo se llama el paciente? Contestó: ¿Jaime Zapata? Preguntada:* *Lo que recuerde Contestó: No, realmente yo no recuerdo, recuerdo lo que vi en el reporte de la historia clínica porque acordarse uno de los pacientes es realmente imposible. Preguntada:* *¿En relación con esa atención del señor Jaime, usted nos puede señalar en qué fecha fue? Contestó: El 02 de diciembre de 2013, cuando yo lo vi. Preguntada:* *¿Usted qué recuerda de ese caso? Contestó: No, realmente como le digo es imposible uno recordar los casos, revisando la historia clínica más o menos uno se hace a la idea de que fue lo que pasó o como se manejó el paciente en ese momento. Preguntada:* *De acuerdo con lo que usted revisó, ¿qué nos puede indicar? Contestó: Inicialmente es un paciente que ingresó con un diagnóstico sospechoso de una gastritis aguda, al yo hacer la segunda revisión, al revalorarlo creí que estaba impactado y ese era su dolor, se le hace el procedimiento, se desinfarta, el señor tiene mejoría de su cuadro clínico, con signos vitales normales, yo le doy el egreso para la casa con recomendaciones, signos de alarma, para volver si en algún momento presentara algún otro síntoma. Preguntada:* *¿Infartado fue que le escuchamos? Contestó: No, impactado. Preguntada:* *¿Impactado? Contestó: Impactación fecal. Preguntada:* *¿Nos puede describir a qué se refiere ese término? Contestó: Cuando una persona no puede tener deposición por varios días se considera que está impactado de materia fecal. Preguntada:* *Nos puede aclarar, ya teniendo la claridad del término, ¿qué fue lo que se le hizo al señor? Contestó: Se le pasó un enema jabonoso, una solución para que le ayudara a tener la evacuación de la materia fecal, con eso el presentó mejoría. Preguntada:* *¿Se logró esa evacuación? Contestó: Se logró esa evacuación con materia fecal fétida y el paciente reportó que sintió mejoría del dolor al realizarle ese procedimiento. Preguntada:* *Al reportar mejoría, ¿cuál fue el curso, que se fuera de la institución para su casa sin otro tipo de medicamento o qué se le recomendó? Contestó: No, entonces a la salida como se sospechaba un cuadro de estreñimiento, yo le di salida con bisacodilo para que le ayudara a la movilidad intestinal con una jalea de ciruela para que fuera algo más natural y como también tenía sospecha de cuadro de gastritis le envié omeprazol y milanta. Preguntada:* *¿Usted, después tiene otra vez contacto con este caso? Contestó: No señora, sólo fue una atención. Preguntada:* *Usted ha dicho que el paciente sintió mejoría y lo dio de alta, recuerda ¿a qué hora lo dio de alta ese día 02 de diciembre? Contestó: A las 06:00 am dice la historia clínica. Preguntada:* *¿Le hizo recomendaciones? Contestó: Si, a los pacientes siempre se les dan recomendaciones y signos de alarma para volver, si el dolor le vuelve, si le empeora, si siente otra cosa distinta tiene que volver. Preguntada:* *¿Sabe si volvió y qué día volvió al hospital? Contestó: El volvió ese día en la tarde, en las horas de la tarde. Preguntada:* *¿Qué médico lo atendió? Contestó: El doctor Andrés Cartagena. Preguntada:* *¿Tuvo algún conocimiento de cuál fue el procedimiento del doctor Andrés Cartagena, por qué volvió a reingresar? Contestó: El reingresó por persistir con dolor y vómito.*

**Preguntada:** ¿Sabe cuánto tiempo duró el paciente en el hospital el día que reingresó y sabe si el doctor lo dio de alta? **Contestó:** Ese mismo día el doctor lo dio de alta por lo que leí en la historia clínica. **Preguntada:** ¿Recuerda este paciente qué edad tenía? **Contestó:** 74 años. **Preguntada:** ¿En algún momento ustedes, los tres profesionales de la salud que vieron el paciente, sospecharon o tuvo algunos síntomas característicos de alguna apendicitis? **Contestó:** No señor. **Preguntada:** Cuando usted valora el paciente, ¿ese paciente tenía algún tipo clínico de apendicitis?, ¿en algún momento pudo sospechar? **Contestó:** No, no señor. **Preguntada:** ¿Nos puede indicar si este paciente después de que se dio de alta el 03 de diciembre, recuerda si volvió a reingresar en esos días o hasta que día volvió al Hospital si lo recuerda? **Contestó:** El 10 de diciembre por historia clínica. **Preguntada:** ¿Quién lo atendió el 10 de diciembre? **Contestó:** El doctor Emir Barrios. **Preguntada:** ¿Conoció el cuadro clínico de él y si se remitió?, ¿por qué se remitió? **Contestó:** Un abdomen agudo y lo remitió para valoración por cirugía ese mismo día. **Preguntada:** ¿Ese abdomen agudo es característico de una posible apendicitis? **Contestó:** Si señor. **Preguntada:** ¿Ese abdomen agudo nunca lo presentó el paciente el 02 y el 03 en las consultas? **Contestó:** En la consulta del 02 no, el estaba afebril no tenía ningún signo clínico infeccioso hasta ese momento, los signos vitales estaban estables como para sospechar que tuviera algo diferente a lo que inicialmente se le diagnosticó. **Preguntada:** Esa situación que se presenta de abdomen agudo característico de una apendicitis, ¿cuánto tiempo atrás pudo haberse generado en ese paciente? Si el 10 se detectó ¿cuándo pudo haberse iniciado? **Contestó:** Es muy complicado porque tendría que saber todo lo que presentó el paciente a diferencia de lo que inicialmente consultó con nosotros. **Preguntada:** Cuando se presenta un cuadro de apendicitis, ¿en cuánto tiempo se forma ese cuadro desde que comienzan a parecer los síntomas? **Contestó:** Para todos los pacientes es distinto, porque depende de la edad, uno puede tener una apendicitis y simultáneamente tener un cuadro gastrointestinal diferente o un virus, entonces exactamente decir en cuánto tiempo no es posible. **Preguntada:** ¿Este paciente de este grupo etario de más de 70 años, puede haber soportado el inicio de un apéndice de 10 o 12 días hasta el décimo día que se le detectó? **Contestó:** No, la verdad no sé, no le digo todos los cuerpos son distintos y sobre todo que la incidencia de apendicitis en el adulto mayor es muy baja, entonces poder sospechar una apendicitis en un adulto es muy complicado porque los síntomas son diferentes a lo que usualmente pasa con un cuadro de apendicitis normal en una persona joven. **Preguntada:** ¿Es decir que es más fácil detectar una apendicitis en una persona de 30 años y es más difícil detectarla en una mayor de 70? **Contestó:** Si, se ve en muy raras ocasiones los cuadros de apendicitis en los adultos mayores, porque además ellos tienen otros cursos de otras patologías que son más frecuentes en ellos en ese grupo etario, entonces es complicado. **Preguntada:** Entre el 06 de diciembre de 2013 al 10 de diciembre que fue nuevamente al Hospital, pudo haberse, en ese lapso de 4 días, ¿haberse iniciado el proceso de apendicitis? ¿Ese cuadro pudo haberlo formado en esos días? **Contestó:** Claro que sí. **Preguntada:** ¿Cuál fue la razón para que el paciente regresara el 03 de diciembre, siendo que se le había dado salida el día 02 de diciembre de 2013? **Contestó:** Persistía con dolor, le reinició de nuevo el dolor y eso lo llevó a consultar de nuevo. **Preguntada:** Usted nos señala que cuando usted lo atendió consideró que se trataba de un impacto fecal ¿verdad? **Contestó:** Si. **Preguntada:** Pero finalmente usted nos indica que a la salida del señor, se consideró que también tenía signos característicos de una gastritis, entonces usted también le formuló algo en relación con esa gastritis ¿cierto? **Contestó:** Si señora. **Preguntada:** ¿Es decir que en su criterio tenía las dos cosas? **Contestó:** Si señora. **Preguntada:** ¿Esos dos padecimientos, en alguno de los dos, ¿el vómito es característico? **Contestó:** Si tiene mucho dolor si pue de presentar vómito. **Preguntada:** ¿Por el dolor? **Contestó:** Si señora presenta reflejo”.

## 9. CASO CONCRETO

Efectuadas las anteriores precisiones y relacionado el material probatorio obrante en el expediente, corresponde al Despacho verificar si en el asunto *sub examine* se estructuran o no los presupuestos necesarios para que se configure la responsabilidad del Estado, esto es, la **1)** La existencia de un daño antijurídico; **2)** Que le sea imputable al Estado (imputabilidad) y, **3)** Que haya sido producido por una acción u omisión de una entidad pública o de alguno de sus agentes (causalidad).

### 9.1 La existencia de un daño.

Tanto la doctrina como la jurisprudencia han coincidido en que el primer elemento de la responsabilidad lo constituye el daño, a tal punto que su inexistencia o la ausencia de prueba sobre su existencia, hace inocuo el estudio de los demás elementos de la responsabilidad, como son el título de imputación y el nexo de causalidad entre el daño y la actuación estatal<sup>16</sup>.

El daño antijurídico ha sido definido por la jurisprudencia como la afectación, menoscabo, lesión o perturbación a la esfera personal (carga anormal para el ejercicio de un derecho o de alguna de las libertades cuando se trata de persona natural), a la esfera de actividad de una persona jurídica (carga anormal para el ejercicio de ciertas libertades), o a la esfera patrimonial (bienes e intereses), que no es soportable por quien lo padece bien porque es irrazonable, o porque no se compadece con la afirmación de interés general alguno.<sup>17</sup>

Dentro del presente asunto el daño consiste en la muerte del señor LUIS JAIME SALAZAR MEDINA (Q.E.P.D.) ocurrida el día 14 de diciembre de 2013, tal y como da cuenta el Registro Civil de Defunción obrante a folio 01 Pág. 24 Cuaderno Principal Expediente Digitalizado.

En consecuencia, se tiene que en el presente asunto se encuentra acreditada la existencia del daño, por lo cual, pasa el Despacho a realizar el correspondiente juicio de imputación, que permita determinar si el mismo es atribuible a la Entidad demandada, o si por el contrario, opera alguna de las causales exonerativas de responsabilidad.

### 9.2. Imputabilidad del daño a las Entidades demandadas - Nexos causal.

La imputación no es otra cosa que la atribución fáctica y jurídica que del daño antijurídico se hace al Estado de acuerdo con los criterios que se elaboren para ello, como por ejemplo la falla del servicio, el desequilibrio de las cargas públicas, la

<sup>16</sup> Consejo De Estado, Sala De Lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, C.P. Dr. ALIER EDUARDO HERNANDEZ ENRIQUEZ, proferida el 8 de junio de 2006, en la Radicación número: 08001-23-31-000-1988-05057-01(15091), Actor: JAIME ELIAS MUVDI ABUFHELE.

<sup>17</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera; CP. Jaime Orlando Santofimio Gamboa, proferida el 10 de agosto de 2010; Exp. 23001-23-31-000-2008-00281-01 (51167)

RADICADO No: 73001-33-33-004-2015-00242-00  
MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA  
DEMANDANTE: MARIA MARLENE MANJARRES RUIZ Y OTROS  
DEMANDADO: HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E DE NATAGAIMA- TOLIMA  
Sentencia de primera instancia

concreción de un riesgo excepcional, o cualquiera otro que permita hacer la atribución en el caso concreto.

Dentro del presente asunto la parte actora solicita que se declare la responsabilidad del Hospital San Antonio E.S.E de Natagaima– Tolima, por el fallecimiento del señor Luis Jaime Salazar Medina (q.e.p.d.), ocurrido el día 14 de diciembre de 2013, derivado, según lo argumentado por el extremo demandante, por un error en el diagnóstico suministrado al señor Salazar Medina.

Al respecto, el despacho debe empezar por indicar que de la historia clínica aportada por la parte demandante junto con el escrito de demanda se evidencia, que el señor Luis Jaime Salazar Medina (q.e.p.d.) ingresó al servicio de urgencias del Hospital San Antonio E.S.E de Natagaima- Tolima, el día **02 de diciembre de 2013** a las **05:59 pm** y siendo las **06:20 pm**, esto es, transcurridos tan solo 22 minutos desde su ingreso, fue valorado por un médico adscrito a dicha institución, quien le realizó un análisis detallado de los signos vitales, antecedentes y examen físico, encontrando que el paciente presentaba un posible cuadro de gastritis no especificada, por lo cual, ordenó manejo con ranitidina, metoclopramida e hidratación endovenosa y dejó al paciente en observación.

“(...)

*MOTIVO DE CONSULTA:*  
*ENFERMEDAD ACTUAL:*

*TIENE VOMITO Y MUCHO DOOR EN LA BOCA DEL ESTOMAGO  
PACIENTE CON CUADRO CLÍNICO DE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN  
CONSISTENTE EN DOLOR EN EPIGASTRO TIPO ARDOR,  
ASOCIADO A DOLOR LUMBAR E HIPOGASTRIO NO REFIERE  
SINTOMAS URINARIOS. NI FIEBRE NIEGA OTRA  
SINTOMATOLOGÍA.*

(...)

*EXÁMEN FÍSICO*

*Estado General:*

*BUENAS CONDICIONES GENERALES ALERTA CONCIENTE  
AFEBRIL*

(...)

*Abdomen:*

*Normal BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO NO SIGNOS DE  
IRRITACION PERITONEAL*

(...)

*Diagnostico:*

*Principal:*

*GASTRITIS NO ESPECIFICADA*

*Plan de Manejo y Recomendaciones*

*Recomendaciones:*

*PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR EN EPIGASTRO TIPO  
ARDOR SECUNDARIO A POSIBLE CUADRO DE GASTRITIS  
AGUDA ASOCIADO A DESHIDRATACIÓN GRADO I Y  
EPISODIOS EMETICOS POR LO QUE SE DA MANEJO CON  
RANITIDINA, METOCLOPRAMIDA E HIDRATACION  
ENDOVENOSA. SE DEJA PACIENTE EN OBSERVACIÓN*

(...)” (Pág. 194 a 195 del archivo 001CuadernoPrincipalTomol)

RADICADO No: 73001-33-33-004-2015-00242-00  
MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA  
DEMANDANTE: MARIA MARLENE MANJARRES RUIZ Y OTROS  
DEMANDADO: HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E DE NATAGAIMA- TOLIMA  
Sentencia de primera instancia

Revisada la historia clínica se evidencia, que sobre las 06:25 PM, cinco minutos después de la valoración inicial, se inicia el tratamiento médico ordenado, con la aplicación de ranitidina, metoclopramida y líquido endovenoso (Pág. 195 a 196 del archivo 001CuadernoPrincipalTomol)

Seguidamente se evidencia, que siendo las 10:00 pm del mismo día, el paciente es revalorado, encontrando que continúa con el dolor en marco cólico, refiere no deposición desde hace tres días, por lo cual, se le ordena un edema jabonoso y continúa en observación para revalorar y continuar la vigilancia de la sintomatología y signos vitales, así:

*“(...) SE REVALORA PACIENTE QUIEN REFIERE CONTINUA CON EL DOLOR MARCO COLICO, AL REINTERROGAR REFIERE NO DEPOSICION HACE TRES DIAS POR LO CUAL SE DECIDE PASO DE ENEMA JABONOSO, REVALORAR CONTINUAR VIGILANCIA DE SINTOMATOLOGÍA Y SIGNOS VITALES (...)”* (Pág. 195 del archivo 001CuadernoPrincipalTomol)

Continuando con el análisis de la historia clínica se advierte, que sobre las 02:00 am del día 03 de diciembre de 2012, el paciente es nuevamente valorado, encontrando que presenta una mejoría del dolor abdominal posterior al paso del edema y deposición, así:

*“(...) SE PASA RONDA MEDICA PACIENTE REFIERE SENTIRSE MEJOR REFIERE POSTERIOR A PASO DE ENEMA REALIZA ABUNDANTE DEPOSICIONES FETIDA, REFIERE MEJORIA DOLOR ABDOMINAL SE LE EXPLICA SI MEJORA EN HORAS DE LA MAÑANA SE DARA EGRESO. PACIENTE REFIERE ENTENDER (...)”* (Pág. 195 del archivo 001CuadernoPrincipalTomol)

Posteriormente, sobre las 06:00 am del día 03 de diciembre de 2012, el paciente es revalorado, encontrando que el paciente refiere buen patrón de sueño con mejoría del dolor abdominal, tolerando vía oral, en buenas condiciones generales, con abdomen no doloroso a la palpación y sin que presente irritación peritoneal, por lo cual, se le da salida con recomendaciones generales y signos de alarma y se le da fórmula médica con bisacodillo, ciruelax, omeprazol, hidróxido de aluminio, consignándose en la historia clínica:

*“(...)”*

*Fecha: 2013-12-03 Hora: 06:00:03 Profesional: CAROLINA DIAZ LOPEZ Especialidad Medicina General*

*NOTA DE EVOLUCION MÉDICA*

*PACIENTE CON IDX:*

1. *DOLOR ABDOMINAL RESUELTO*

*S/ REFIERE BUEN PATRON DEL SUEÑO, REFIERE MEJORÍA DE CUADRO CLINICO MEJORÍA DE LA DEL DOLOR ABDOMINAL POSTERIOR A DEPOSICION ABUNDANTE, DIURESIS Y DEPOSICION POSITIVA ACEPTANDO Y TOLERANDO VÍA ORAL.*

*O/PACIENTE AL EXAMEN FISICO CON SIGNOS VITALES FC:70 FR:18 T:36.5 SAO2: T/A: 120/80*

*ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADO, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR; CC: NORMOCEFALO, NO MASAS, NO ADENOMEGALIAS, NO DOLOR; MUCOSA ORAL: HUMEDA, ORL SIN ALTERACIONES; CUELLO: SIN MASAS, NO ADENOPATIAS, NO DOLOR, MOVILIDAD CONSERVADA; RS CS RS NO SOPLOS RS RS CON MV OCNSERVADO SIN AGREGADOS NO TIRAJES; ABDOMEN: RS IS ADECUADOS, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO IRRITACION PERITONEAL, NO PASAS, NO MEGALIAS, G/U: NO SE EXPLORA; EXTREMIDADES: NO EDEMAS ADECUADO LLENADO CAPILAR DISTAL; NEUROLOGICO: SIN DIFICULTAD APARENTE.*

*A/ PACIENTE CON MEJORÍA DE CUADRO CLINICO POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA QUE REFIERE ENTENDER, SE DA FORMULA*

RADICADO No: 73001-33-33-004-2015-00242-00  
MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA  
DEMANDANTE: MARIA MARLENE MANJARRES RUIZ Y OTROS  
DEMANDADO: HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E DE NATAGAIMA- TOLIMA  
Sentencia de primera instancia

*MÉDICA CON BISACODILLO 10 MG VO EN LAS NOCHES, CIRUELAX JALEA 1 CUCHARADOTA CADA 12 HORAS, OMEPRAZOL CAPSULAS DE 20 MG VO CADA MAÑANA, HIDROXIDO DE ALUMINIO 1 CUCHARADOTA ANTES DE CADA COMIDA, CONTROL CONSULTA EXTERNA IPS, SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS.*

(...)" (Pág. 195 del archivo 001CuadernoPrincipalTomol)

Así las cosas, se tiene que sobre las 06:14 am el paciente sale del Hospital San Antonio E.S.E de Natagaima- Tolima en compañía de un familiar, caminando por sus propios medios, sin signos de dificultad para respirar, en buenas condiciones generales, con recomendaciones y signos de alarma, tal y como da cuenta la nota de enfermería, en la cual se consigna:

"(...)

*Fecha: 2013-12-03 Hora: 06:14:20 Profesional: FABIOLA RODRIGUEZ VILLANUEVA Modulo: Urgencias  
Nota*

*DRA DIAZ VALORA PACIENTE Y DECIDE DAR SALIDA CON FORMULA MEDICA, RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, SE RETIRA VENOPUNCION AL PACIENTE, PACIENTE SALE DE LA INSTITUCION EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS SIN SIGNOS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR EN BUENAS CONDICIONES GENERALES*

(...)" (Pág. 197 del archivo 001CuadernoPrincipalTomol)

Seguidamente se advierte, que sobre las 07:29 am del día **03 DE DICIEMBRE DE 2013**, esto es, pasada menos de una hora desde su egreso de la institución médica, el señor Luis Jaime Salazar Medina (q.e.p.d.) reingresa al servicio de urgencias del Hospital San Antonio E.S.E de Natagaima- Tolima, refiriendo vómito y dolor en la boca del estómago, por lo cual, sobre las 08:17 am es valorado por el médico de turno, quien luego de realizar un análisis detallado de los signos vitales, antecedentes y examen físico, no encuentra irritación peritoneal y le ordena paraclínicos (hemograma y coproscópico), consignando en la historia clínica lo siguiente:

"(...)

*Fecha: 03 de diciembre de 2013 Hora: 08:18:14 Profesional: Carlos Andres Cartagena  
Tipo: Consulta de Urgencias*

*Anamnesis*

*Finalidad: No aplica*

*Motivo de Consulta: TENGO VOMITO Y DOLOR EN LA BOCA DEL ESTOMAGO*

*Enfermedad Actual: Paciente cuadro clínico +/- 4 días de evolución caracterizado, dolor epigastrio, asociado ausencia de deposiciones que fue manejado ayer por el servicio con enemas no se evidencio melenas por lo que le dio salida paciente quien se da egreso viene nuevamente porque se exacerbo el cuadro ahora se asocia distemia y vomito de característica postprandial por lo cual viene a servicio de urgencias*

(...)

*Examen Físico*

*Estado General: (...) AFEBRIL, SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR (...) ABDOMEN: RS IS ADECUADOS, BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOR LA PALPACION EN EPIGASTRIA, NO IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS, NO MEGALIAS (...)*

(...)

*Diagnostico:*

RADICADO No: 73001-33-33-004-2015-00242-00  
MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA  
DEMANDANTE: MARIA MARLENE MANJARRES RUIZ Y OTROS  
DEMANDADO: HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E DE NATAGAIMA- TOLIMA  
Sentencia de primera instancia

Principal (R11X) NAUSEA Y VOMITO  
Rela 1 (R101) DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR

*Plan de Manejo y Recomendaciones*

Destino: NO APLICA

Recomendaciones: SE DEJA EN OBSERVACION SE LOA LEV A 500 BOLO SE DEJA MANTENIMIENTO 80 CC LAS PRIMERAS 4 HORAS SE DEJA PARA CLINICOS COPROSCOPICO PARA DESCARTAR SANGRE EN HESES SE DEJA HEMOGRAMA, SE DEJA PTREION GASTRIA.

(...)” (Pág. 198 a 199 del archivo 001CuadernoPrincipalTomol)

Así, sobre las 02:06:08 pm, se tiene que los paraclínicos arrojaron los siguientes resultados, los cuales, fueron interpretados por el médico de turno como cuadro hemático dentro de parámetros normales y coproscópico con parasitosis, así:

“(…)

Fecha: 2013-12-03 Hora: 14:06:08 Profesional: CARLOS ANDRES CARTAGENA ARCINIEGAS Especialidad: MEDICINA GENERAL

*CUADRO HEMATICO*

1 Granulocitos 90.1% 55.75  
2 Linfocitos 3.2 % 17.0.48.0  
8 Hemoglobina 14.1. g/dl 11.0.16.5  
9 Hematocito 41.2 % 34.0.50.0  
10 Leucocitos 16.73 (x10 3ul) 3.5 10.0  
13 R Plaquetas 197 x 10 3/uL 150 450  
14 CELULAS MEDIAS 6.7 % 6.60 15.60  
15 VCM 84.3 fL  
16 CHM 28.9 pg 24 32  
17 CHCM 34.2 g/dl 3236  
18 RECUENTO DE ERITROCITOS 4.89 X 10 6/uL  
19 VPM 8.06 10.4

*COPROSCOPICO (INCLUYE PH SANGRE AZUCARES REDUC)*

Descripción: BLASTOCYSTIS HOMINIS

1 ph 7.0  
2 azucares reductores TRAZAS  
3 sangre oculta NEGATIVA  
4 consistencia BLANDA  
5 color CAFÉ

*CUADRO HEMATICO DENTRO PARAMETROS NORMALES CON PARASITOSIS COPROSCOPICO*

(...)” (Pág. 199 del archivo 001CuadernoPrincipalTomol)

Como consecuencia de lo anterior, sobre las 02:08, el médico tratante, decide dar manejo para la parasitosis intestinal sin evidenciar alguna otra sintomatología clínica y da egreso al paciente con fórmula médica de Omeprazol, Metronidazol, Ampicilina y Acetaminofén, con signos de alerta y recomendaciones (Pág. 199 y 200 del archivo 001CuadernoPrincipalTomol)

RADICADO No: 73001-33-33-004-2015-00242-00  
MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA  
DEMANDANTE: MARIA MARLENE MANJARRES RUIZ Y OTROS  
DEMANDADO: HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E DE NATAGAIMA- TOLIMA  
Sentencia de primera instancia

Posteriormente, el 10 de diciembre de 2013, esto es, siete días después de la última consulta al servicio de urgencias, el señor Luis Jaime Salazar Medina (q.e.p.d.), ingresa nuevamente al servicio de urgencias del Hospital San Antonio E.S.E de Natagaima- Tolima sobre las 11:49:33 am refiriendo dolor abdominal y siendo las 11:55:46 am, esto es, transcurridos aproximadamente seis minutos desde su ingreso, es valorado por el profesional de turno, quien previa valoración de signos vitales y examen físico, encuentra que es un paciente con cuadro clínico de 15 días de evolución, consistente en dolor abdominal localizado en epigastrio, con signos claros de irritación peritoneal, por lo cual, decide como plan de manejo, pasar bolo de 100 CC de SSN, continuar con ranitidina, solicita cuadro hemático y parcial de orina e inicia trámites de remisión (Pág. 202 a 203 del archivo 001CuadernoPrincipalTomol)

Así, se tiene que los exámenes paraclínicos arrojaron los siguientes resultados:

“(...)

*Fecha: 2013- 12-10 Hora: 12:30:00 Profesional: EMIR AUGUSTO BARRIOS CAPERA Especialidad: MEDICINA GENERAL*

*REPORTE DE PARACLINICOS*

*CUADRO HEMATICO CON LEUCOCITOS 22710 Y NEUTROFILIA DE 90% SUGESTIVO DE INFECCIÓN POR BACTERIAS HTO 39.6 HB 13.9 PLAQUETAS DE 119000 PARCIAL DE ORINA SUGESTIVO DE INFECCION DE VIAS URINARIAS.*

(...)” (Pág. 203 del archivo 001CuadernoPrincipalTomol)

Como consecuencia de lo anterior, siendo las 12:30:00 el médico tratante adscrito a la Entidad demanda, decide iniciar Ceftriaxona y continuar con trámites de remisión del paciente, quien persiste con abdomen en tabla y abdomen agudo, siendo aceptado en la clínica San Sebastián de Girardot sobre las 12:48 PM y remitido a las 03:00 PM para valoración por cirugía general (Pág. 203 del archivo 001CuadernoPrincipalTomol).

Continuando con el análisis de la historia clínica del paciente se advierte, que sobre las 03:54:23 pm del día 10 de diciembre de 2013, el señor Luis Jaime Salazar Medina (Q.E.P.D.) ingresó a la Clínica San Sebastián de Girardot- Cundinamarca, en donde previa valoración clínica, es diagnosticado con abdomen agudo y se determinó como plan de manejo: 1-. Observación, 2-. Monitorización continua, 3-. Oxígeno por cánula nasal, 4-. Ranitidina, 5-. Se solicita Hemograma, Azoados, Ionograma, Tiempos de coagulación, Radiografía de Tórax, 6-. Valoración y manejo por cirugía general, 7-. Interconsulta a unidad de cuidados intensivos y 8-. CSV- AC (Pág. 3 a 4 del archivo 001CuadernoPrincipalPruebas de la carpeta “004CuadernoPruebasDemandante”).

Siendo las 04:16:56 PM del mismo día, el paciente es valorado por cirugía general, encontrándolo en malas condiciones generales, afebril, deshidratado, algico, taquicárdico, con palidez mucocutánea, abdomen distendido con defensa generalizada y signos de irritación peritoneal, diagnosticado con abdomen agudo quirúrgico, úlcera péptica perforada, apendicitis + peritonitis, por lo cual, se decide radiografía de tórax para determinar neumoperitoneo y se solicita autorización de

procedimiento quirúrgico, se explica ampliamente a familiar y al paciente, quienes firman consentimiento informado (Pág. 6 a 7 del archivo 001CuadernoPrincipalPruebas de la carpeta "004CuadernoPruebasDemandante").

Posteriormente, siendo las 06:55 pm del mismo día, el paciente ingresa a sala de cirugía consciente, alerta, activo, procedente de urgencias y se le realiza apendicetomía, lisis de adherencias peritoneales, lavado peritoneal terapéutico y se envía pieza a patología (Pág. 9 a 10 del archivo 001CuadernoPrincipalPruebas de la carpeta "004CuadernoPruebasDemandante").

Seguidamente se advierte, que el paciente en cirugía presenta shock séptico debido a peritonitis generalizada por apendicitis perforada, es remitido a la UCI, requiere soporte hemodinámico con infusión de norpinefrina y ventilación mecánica y se ordena interconsulta por cuidado crítico (Pág. 11 del archivo 001CuadernoPrincipalPruebas de la carpeta "004CuadernoPruebasDemandante").

Finalmente, el 14 de diciembre de 2013 sobre las 02:40 horas, transcurridos cuatro días desde el procedimiento quirúrgico y luego de haber sido sometido a varios lavados peritoneales, el señor Luis Jaime Salazar Medina se declara fallecido, previo a presentar paro cardíaco y no responder a las maniobras de reanimación (Pág. 59 del archivo 001CuadernoPrincipalPruebas de la carpeta "004CuadernoPruebasDemandante").

Al respecto, obra en el cartulario el informe pericial de clínica forense rendido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (Fol. 006 Dictamen Pericial Parte Demandada), en el cual, se concluyó en relación con la atención brindada al señor LUIS JAIME SALAZAR MEDINA (Q.E.P.D.) en el Hospital San Antonio E.S.E de Natagaima- Tolima, que en la atención suministrada el día **03 de diciembre de 2013 se generó egreso del paciente con un reporte de cuadro hemático que mostraba leucocitosis y neutrofilia, ante lo cual se debió sospechar cuadro infeccioso o inflamatorio en el paciente para continuar su manejo médico y complementar los exámenes tomados, se encuentra también un reporte de uroanálisis que evidencia eritrocitos >30 por campo y no se evidencia en la historia clínica manifestación de este resultado por el médico tratante.**

A la par de lo anterior se señala, que si bien las consultas del 02 de diciembre de 2013 estuvieron acordes a los síntomas del paciente, salvo la consulta realizada **por el profesional Carlos Andrés Cartagena quien genera egreso del paciente con un cuadro hemático alterado (leucocitosis y neutrofilia) al igual que un uroanálisis con evidencia de eritrocitos y hemoglobina; registrando en la historia clínica "cuadro hemático dentro parámetros normales", ante esto se debió confirmar o descartar un proceso infeccioso inflamatorio.**

Se allegó al expediente el informe pericial rendido por el Dr. Norbey Darío Ibáñez Robayo, cuyo objeto consistía en determinar si la atención médica recibida por el señor LUIS JAIME SALAZAR MEDINA (Q.E.P.D.) fue adecuada (Fol. 002 Cuaderno Dictamen Pericial Demandante), en el cual, indicó:

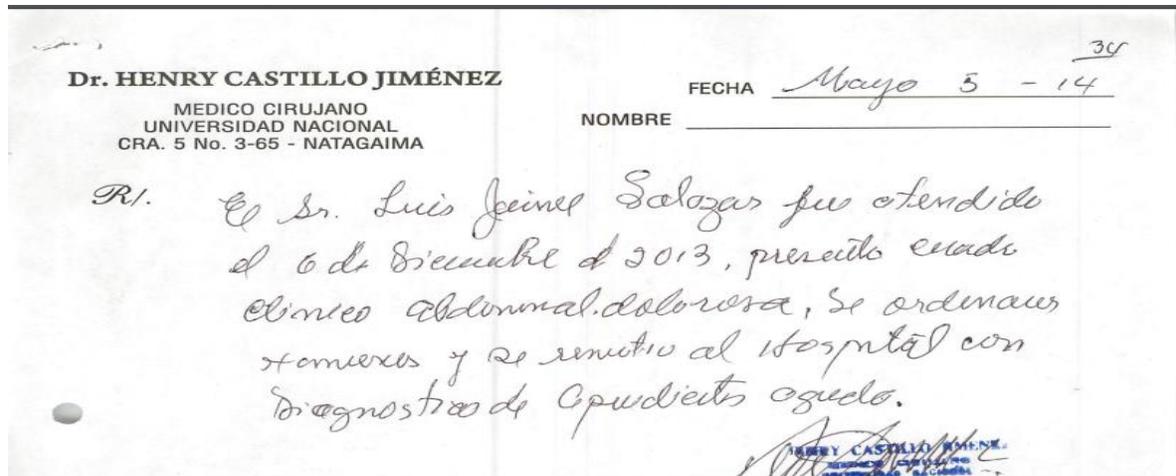
Igualmente, se allegó al expediente informe pericial rendido por el Dr. Norbey Darío Ibáñez Robayo, cuyo objeto consistía en determinar si la atención médica recibida por el señor LUIS JAIME SALAZAR MEDINA (Q.E.P.D.) fue adecuada, en cuya exposición de motivos, se expuso: *Que el médico Carlos Andrés Cartagena “le da un tratamiento para una posible infección gastrointestinal, pero en el hemograma el interpreta como un hemograma normal, pero el hemograma no es normal, el hemograma tiene leucocitosis con neutrofilia, ¿Qué significa que tenga leucocitosis con neutrofilia? Que hay un proceso posiblemente inflamatorio, posiblemente infeccioso y él lo registra como hemograma normal, y hay un parcial de orina que uno valora y encuentra que tiene hematuria, ¿Qué es hematuria? Sangre en la orina y no aparece que haya sido analizado por el médico Cartagena para darle la salida (...) entonces paciente de 72 años, dolor abdominal, re consultante, con emesis, con disminución del tránsito intestinal y con un hemograma con un proceso inflamatorio, la verdad era un paciente que si bien es cierto el abdomen no era quirúrgico en ese momento, pero tampoco era un paciente para quedarse tranquilo, porque uno revisa la literatura y se encuentra la famosa triada, y este paciente tenía dos de la triada que le tiene que hacer pensar a uno una apendicitis aguda, vómito y dolor abdominal, el paciente tenía vómito y dolor abdominal, no tenía fiebre pero tenía vómito y dolor abdominal, entonces en ese orden de ideas ese paciente no era uno de los pacientes que uno dijera, es un dolor abdominal démosle salida, aquí surge el otro problema, el paciente sale con acetaminofén que es un analgésico, que es un antipirético, es decir, quita la fiebre, quita el dolor, le mandó un antibiótico que se llama ampicilina, que es un antibiótico de amplio espectro y le mandó un anti amebiano que también es anti microbiano para unos gérmenes que se llaman los famosos anaerobios que es el metronidazol, entonces obviamente el paciente salió con un antibiótico que en parte puede contrarrestar en algo en proceso infeccioso y con un analgésico, por eso en esa segunda atención, que fue la atención del Dr. Cartagena en el Hospital San Antonio, es donde uno centra o le llama a uno la atención, porque es un paciente con dolor abdominal, y uno busca por todas las guías y dice cuando hay dolor abdominal y no hay una certeza de diagnóstico hay que sacar el paciente sin analgésico y el paciente salió con analgésico y salió con antibiótico, ¿por qué hago mención del antibiótico y del analgésico?, porque el analgésico le quita el dolor y también le quita la fiebre, si iba a tener fiebre y el antibiótico lo que hace es controlar o matar las bacterias y retardar la respuesta del sistema inmune, es decir, va a disminuir la respuesta del cuerpo, del sistema inmune de la persona y esto puede hacer el famoso nombre que se tiene que es enmascarar cuadros infecciosos, inflamatorios, quirúrgicos, esos dos medicamentos y aquí a esta segunda atención uno también visualiza que la historia clínica dice que se dan signos de alarma, pero no aparece cuáles son esos signos de alarma (...)”*

Así las cosas, del material probatorio obrante en la actuación se tiene que se encuentra plenamente demostrada la existencia de un daño antijurídico, concretado con el fallecimiento del señor Luis Jaime Salazar Medina (Q.E.P.D.), así como una falla en la atención médica suministrada al paciente el día 03 de diciembre de 2013 en el Hospital San Antonio E.S.E de Natagaima– Tolima, la cual, se concreta en un error en la interpretación de los exámenes paraclínicos ordenados al paciente, ya que si bien presentaba un reporte de cuadro hemático que mostraba leucocitosis y neutrofilia, ante lo cual se debió sospechar cuadro infeccioso o inflamatorio en el paciente para continuar su manejo médico y complementar los exámenes tomados, el médico tratante lo interpretó como normal, sumado al hecho de que existe un reporte de uroanálisis que evidencia eritrocitos >30, sin que el mismo haya sido valorado por el médico tratante. A lo dicho le sigue, que el plan de manejo ordenado por el médico

RADICADO No: 73001-33-33-004-2015-00242-00  
 MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA  
 DEMANDANTE: MARIA MARLENE MANJARRES RUIZ Y OTROS  
 DEMANDADO: HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E DE NATAGAIMA- TOLIMA  
 Sentencia de primera instancia

tratante el día 03 de diciembre de 2013, previo a la orden de salida del paciente, consistente en analgésicos, antibióticos y anti microbiano, enmascaró los cuadros infecciosos, inflamatorios, quirúrgicos que presentaba aquel, lo cual, se encuentra contraindicado para un paciente con un cuadro clínico de dolor abdominal agudo, cuya causa no se encontraba plenamente acreditada.

Ahora bien, no olvida el despacho que existe una consulta con médico particular, en nota suscrita el 05 de mayo de 2014 por el médico Henry Castillo Jiménez<sup>18</sup>, en la que se acota lo siguiente:



También se aportaron exámenes paraclínicos de fecha 10 de diciembre de 2013<sup>19</sup>, efectuados en laboratorio particular, así:

**LABORATORIO CLINICO**  
 Amparo Enid Lozano Triana  
 Bacteriologa-Laboratorista Clinico  
 Calle 6 No.8-09 Telefono:2269789  
 Natagaima (Tolima)

**Paciente:** Jaime Salazar Medina  
**Identificación:** 2.348.724  
**Edad:** 72 Años  
**Medico:**  
**Fecha:** Diciembre 10/2014

**CUADRO HEMATICO**

EXAMEN	RESULTADO	NORMAL	EXAMEN	RESULTADO	NORMAL
Hemoglobina gr%	13.1		Reticulocitos %		
Hematocrito %	40.0		Hemoparásitos		
Leucocitos mm	11.600		Coombs indirecto		
Neutrófilos %	85		coombs directo		
Linfocitos %	13				
Eosinófilos %	2		PRUEBAS DE COAGULACION		
Monocitos %			EXAMENES	RESULTADO	NORMAL
Basofilos %			R. Plaquetas	90.000	150 - 450.000
Juveniles %			Fibrogeno mgr%		
Cayados %			T. Sangria seg.		

<sup>18</sup> Ver folio 42 del Cuaderno Tomo I del expediente principal – expediente digitalizado

<sup>19</sup> Ver folios 43 y 44 ídem



**LABORATORIO CLINICO**  
Amparo Enid Lozano Triana  
Bacterióloga-Laboratorista Clínico  
Calle 6 No. 8-09 Telefono:2269789  
Natagaima (Tolima)

**Paciente:** Jaime Salazar Medina  
**Identificación:** 2.348.724  
**Edad:** 72 Años  
**Medico:**  
**Fecha:** Diciembre 10/2013

**PARCIAL DE ORINA**

CARACTERISTICAS			
Aspecto	Turbia		
Color	Ambar		
<b>SEDIMENTO</b>			
PH	5.0	Leucocitos por campo	60 a 65
Densidad	1.020	Plocitos por campo	
Albumina	Trazas	Hematies por campo	25 a 30
Glucosa		Celulas Epiteliales	1 a 3
Acetona		Por Campo	
Hemoglobina	(++)	Cilindros Por Campo	Granulosos 0 a 1
IP Biliares			

Entonces, para el despacho parece claro determinar lo siguiente:

- 1.- La situación del accionante no mejoró y ello lo llevó a consultar, esta vez con un médico particular, en data 06 de diciembre de 2013.
- 2.- El médico particular ordena la realización de paraclínicos, los cuales sólo se realizan el 10 de diciembre de 2013, en laboratorio particular, cuya titularidad corresponde a la bacterióloga Amparo Lozano Triana, tal y como lo refirió la declarante, señora Susana Hercilia Salazar Manjarrez, hija del señor Luis Jaime Salazar Medina (q.e.p.d.).
- 3.- El médico particular diagnostica, luego de la realización de tales exámenes, que el paciente tiene apendicitis aguda y remite al hospital. No de otra forma puede entenderse la nota "(...) fue atendido el 06 de diciembre de 2013, presentó cuadro clínico abdominal dolorosa, se ordenaron exámenes y se remitió al hospital con diagnóstico de apendicitis aguda" De esta manera, el diagnóstico debió sin duda, realizarse el 10 de diciembre de 2013. Lo anterior coincide plenamente con el dicho de la referida hija, quien manifestó, que ante el grave diagnóstico, el mismo día, aquellos acudieron al Hospital demandado en procura de la atención médica requerida.

Concordando en ello, debemos entonces concluir, que si bien el tratamiento otorgado en data 03 de diciembre de 2013, bajo el cual se presentó la salida del extinto señor Salazar Medina (q.e.p.d.) del hospital San Antonio de Natagaima, enmascaró los cuadros infecciosos, inflamatorios, quirúrgicos que presentaba aquel, no es menos cierto que aquel, consultó de manera particular el 06 de diciembre, y que los exámenes que allí se le ordenaron, solamente se realizaron hasta el 10 de diciembre.

De esta manera, el Despacho debe resaltar que es sólo hasta el 10 de diciembre de 2013, esto es, pasados siete días, cuando el paciente re consulta en el servicio de urgencias del Hospital accionado, luego de una consulta particular y de que transcurriera un término de cuatro días entre la fecha de la consulta particular y la de realización de los exámenes ordenados en ésta, por lo que se debe concluir que existe un comportamiento negligente por parte del paciente, que sin duda alguna contribuyó a que el cuadro clínico por él padecido, se agravara, haciendo más difícil el manejo clínico de la enfermedad y contribuyendo de manera eficiente a la complicación clínica, que trajo como consecuencia el fatal desenlace aquí conocido.

En consecuencia, encuentra el Despacho que dentro del presente asunto se presenta una concausalidad de culpas, encontrándose probado que la actuación de la víctima contribuyó en un 70% en el daño antijurídico, por lo cual, la condena será disminuida en igual porcentaje.

## **10. Liquidación de perjuicios.**

### **Perjuicios Morales**

Los perjuicios morales son considerados como el dolor o padecimiento que se presentan como resultado de los daños infligidos a una persona y por lo tanto, constituyen un sacrificio de intereses netamente inmateriales que justifican un resarcimiento.

En cuanto a la existencia y forma de manifestarse el daño moral, puede obedecer a diversas expresiones concretas, como, por ejemplo, el dolor que sufre la víctima a causa de situaciones que lesionan bienes personales (vida, integridad física o moral, dignidad, libertad, buen nombre, honor, etc.), sin que se excluya la posibilidad de coexistencia de perjuicios; o bien, presentarse ante situaciones que los ponen en peligro, amenazan a la integridad o perturban su goce, por lo que el daño moral no necesariamente está vinculado al dolor físico o somático producto de lesiones, sino también, por el aspecto psicológico respecto de la situación de los bienes.

Así las cosas, el perjuicio moral se encuentra compuesto por el dolor, la aflicción y en general los sentimientos de desesperación, congoja, desasosiego, temor, zozobra, etc., que invaden a la víctima directa o indirecta de un daño antijurídico, individual o colectivo.

En consecuencia, para la reparación del perjuicio moral en caso de muerte, se han diseñado cinco niveles de cercanía afectiva entre la víctima directa y aquellos que acuden a la justicia calidad de perjudicados o víctimas indirectas, los cuales se distribuyen así, según se decantó en sentencia de unificación<sup>20</sup>:

---

<sup>20</sup> Sentencia de Unificación, Consejo de Estado, Sala Plena Sección Tercera, 28 de agosto de 2014. radicación interna 26251

GRAFICO No. 1					
REPARACION DEL DAÑO MORAL EN CASO DE MUERTE					
	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
Regla general en el caso de muerte	Relaciones afectivas conyugales y paterno-filiales	Relación afectiva del 2º de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)	Relación afectiva del 3º de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4º de consanguinidad o civil.	Relaciones afectivas no familiares - terceros damnificados
Porcentaje	100%	50%	35%	25%	15%
Equivalencia en salarios mínimos	100	50	35	25	15

Así las cosas, para los niveles 1 y 2 se requerirá la prueba del estado civil o de la convivencia de los compañeros. Para los niveles 3 y 4, además, se requerirá la prueba de la relación afectiva, y finalmente, para el nivel 5 deberá ser probada la relación afectiva.

En el presente caso el Despacho encuentra debidamente acreditada la condición de compañera permanente de la accionante, señora María Marlene Manjarrez Ruiz, pues como ya lo ha decantado de tiempo atrás el H. Consejo de Estado, no existe tarifa legal para acreditar su existencia:

*“[L]a Corte, en reiterados pronunciamientos, ha precisado que, para efectos de demostrar la existencia de la unión marital de hecho, opera un sistema de libertad probatoria en virtud del cual, dicho vínculo puede acreditarse a través de cualquiera de los medios ordinarios de prueba previstos en el CPC, hoy Código General del Proceso. Por consiguiente, al no existir tarifa legal en esta materia, resultan válidos la declaración extrajuicio, el interrogatorio de parte, el juramento, el testimonio de terceros, el dictamen pericial, la inspección judicial, los documentos, los indicios y cualesquiera otros medios que sean útiles para la formación del convencimiento del juez. En atención a lo antes expuesto y como quiera que además de la declaración extrajuicio, los registros civiles de nacimiento de sus tres hijos permiten a la Sala inferir la convivencia, ello resulta ser suficiente para acreditar la condición de compañera permanente (...). Por lo tanto, es procedente el reconocimiento de su legitimación en la causa por activa en la calidad invocada en el libelo introductorio, lo que conduce a modificar la decisión de primera instancia en este sentido<sup>21</sup>”.*

De esta manera, se tiene en cuenta por parte del Despacho, que obra declaración extra proceso en el expediente, rendida ante Notario por el señor José Fernando Capera<sup>22</sup> Romero, señalando que el extinto Luis Jaime Salazar Medina (q.e.p.d.) tuvo una relación con la señora María Marlene Manjarrez Ruiz, que se extendió entre los años 1978 y 2013, de cuya unión nació una hija, de nombre Susana Hercilia Salazar Manjarrez.

<sup>21</sup> CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCIÓN TERCERA. SUBSECCIÓN C. Consejero ponente: JAIME ENRIQUE RODRÍGUEZ NAVAS, veintiséis (26) de julio de dos mil veintiuno (2021), radicación número: 25000-23-26-000-2012-00261-01(51374)

<sup>22</sup> Ver folio 25- Cuaderno Principal Tomo I del expediente digitalizado.

También tiene en cuenta ésta instancia, la relación de consanguinidad existente entre el extinto Salazar Medina y la accionante, Susana Hercilia Salazar Manjarrez, en su condición de hija en común, cuya progenitora es precisamente la señora María Marlene Manjarrez Ruiz, según se corrobora con el registro civil de nacimiento allegado<sup>23</sup>. Los hijos de aquella, Sergio Andrés, Lina María y Oscar Oyola Salazar, también demuestran el vínculo de consanguinidad en calidad de nietos, conforme a los registros civiles de nacimiento allegados<sup>24</sup>.

Ahora bien, el Despacho encuentra que NO se acreditó la calidad de hijos de crianza de los demandantes, José Gregorio Sánchez Manjarrez, Martha Isabel Sánchez Manjarrez, Claudia Marcela Manjarrez y tampoco respecto a los nietos Nelson Jhojan y Juan Carlos Bustos Sánchez, pues aparte del dicho propio, efectuado en el curso del interrogatorio de parte que se verificó en audiencia de pruebas, de manera sucinta, ninguna otra prueba se arrió al plenario.

Al efecto se tiene en cuenta lo expuesto por el Consejo de Estado en éste tópicó:

*“En ese orden, es claro que la parte actora confunde la presunción que, de acuerdo con las sentencias que citó y la reiterada jurisprudencia de la Corte Constitucional y del Consejo de Estado, se ha edificado, en el sentido de inferirse el dolor moral que sufre quien haya acreditado por cualquiera de los medios probatorios tal calidad, pretendiendo que se presuma la condición de “hijo de crianza”, la cual sin lugar a dudas se debe probar y ello no acaeció en el caso concreto. (...) En consecuencia, se encuentra acreditado que no se desconoció el precedente señalado, toda vez que en el caso concreto la parte actora no demostró la calidad de hijos de crianza de los menores a quienes se les negó el reconocimiento, sino que se limitó a afirmar la existencia de la misma, lo cual no daba lugar a la aplicación de la presunción de daño moral, por lo que procede negar las pretensiones de la demanda.”<sup>25</sup>*

De esta manera, sin haberse acreditado la condición de hijos y nietos de crianza, se impone la negación de las pretensiones incoadas respecto a aquellos.

De esta manera los perjuicios morales se reconocen de la siguiente manera:

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>Calidad</b>	<b>SMLMV reconocidos</b>
María Marlene Manjarrez Ruiz	Compañera Permanente	30 SMLMV
Susana Hercilia Salazar Manjarrez	Hija	30 SMLMV
Sergio Andrés Oyola Salazar	Nieto	15 SMLMV
Lina María Oyola Salazar	Nieta	15 SMLMV
Oscar Fernando Oyola Salazar	Nieto	15 SMLMV
<b>Total</b>		<b>105 SMLMV</b>

<sup>23</sup> Ver Folio 11 del Cuaderno Principal Tomo I- expediente digitalizado.

<sup>24</sup> Ver folios 20, 22 y 23 del Cuaderno Principal Tomo I- expediente digitalizado.

<sup>25</sup> CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCIÓN QUINTA. Consejero ponente: ROCÍO ARAÚJO OÑATE, dieciséis (16) de mayo de dos mil diecinueve (2019), radicación número: 11001-03-15-000-2019-01108-00(AC)

RADICADO No: 73001-33-33-004-2015-00242-00  
 MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA  
 DEMANDANTE: MARIA MARLENE MANJARRES RUIZ Y OTROS  
 DEMANDADO: HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E DE NATAGAIMA- TOLIMA  
 Sentencia de primera instancia

## Lucro Cesante

Al respecto bástele al Despacho señalar que no se aportó ningún tipo de prueba que comprobara el dicho de los accionantes, respecto a las actividades económicas que desarrollaba el extinto Luis Jaime Salazar Medina (q.e.p.d.), lo que necesariamente impone el negar las pretensiones de la demanda.

## 11. Llamamiento en Garantía

En el presente asunto se admitió el Llamamiento efectuado por el Hospital San Antonio Ese de Natagaima a la Compañía Aseguradora de Fianzas SA -CONFIANZA-, de conformidad con lo establecido en la Póliza 17 RC 000653, cuya vigencia se extendió entre el 22-09-2013 y el 22-05-2014.

Esclarecida la imputación del daño reclamado al Hospital -llamante-, corresponde entrar a pronunciarse sobre la responsabilidad de la llamada en garantía.

Para ello, encontramos que la póliza referida contempla:

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y SIMILARES.				POLIZA 17 RC000653 CERTIFICADO 17 RC001968		
				Página 1		
SUCURSAL	17. IBAGUE	USUARIO	BARRIOSN	TIP CERTIFICADO	Modificacion	
TOMADOR:	HOSPITAL SAN ANTONIO DE NATAGAIMA				FECHA EXPEDICION	13-09-2013
DIRECCION:	CL. 6 CARRERA 11 ESQUINA				C.C. o NIT:	800182136 5
E-MAIL:					CIUDAD:	NATAGAIMA
ASEGURADO:	HOSPITAL SAN ANTONIO DE NATAGAIMA				TELEFONO:	269829
DIRECCION:	CL. 6 CARRERA 11 ESQUINA				C.C. o NIT:	800182136 5
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS				CIUDAD:	NATAGAIMA TEL. 269829
DIRECCION:					C.C. o NIT:	817001562 6
					CIUDAD:	TEL. 1
VIGENCIA			VALOR ASEGURADO			
DESDE	22-09-2013	HASTA	22-09-2014	ANTERIOR	ESTA MODIFICACION	
			NUEVA			
			100,000,000.00			
			100,000,000.00			
INTERMEDIARIO		COASEGURO		PRIMA		
%	NOMBRE	COMPANIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	
100.	MURILLO SANCHEZ LILIANA	TOTAL				
				MONEDA	PESOS	
				PRIMA NETA	2,372,000.00	
				GAST. EXPED		
				IVA	379,520.00	
				TOTAL	2,751,520.00	

TOTAL	2,751,520.00
-------	--------------

VIGENCIA TOTAL DESDE 22/09/2012 HASTA 22/09/2014

NOVEDAD VIGENCIA 2013-2014

OBJETO DEL SEGURO: INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES ATRIBUIBLES AL HOSPITAL SAN ANTONIO DE NATAGAIMA NIT. 800.182.136-5 COMO CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO PROFESIONAL DE SU ACTIVIDAD COMO INSTITUCION PRESTADORA DE SALUD.

PERSONAL ASEGURADO:

PERSONAL SIN VINCULACION LABORAL: NUEVE ( 09 )  
 PERSONAL CON VINCULACION LABORAL : DIEZ ( 10 )  
 CAMAS DISPONIBLES PARA ATENCION PACIENTES : QUINCE ( 15 )  
 AMBULANCIAS: TRES ( 3 ) CON PLACAS: OTD 950 / OTD 573 / OTE 015

NOTA: CUANDO EVENTUALMENTE SE REEMPLACEN A ALGUNOS DE LOS MEDICOS AMPARADOS ( SEGUN RELACION) ESTA NOVEDAD DEBERA SER NOTIFICADA A LA COMPAÑIA CON UN MINIMO DE (2) DIAS; IGUALMENTE CUANDO DESEEN INCLUIR OTROS MEDICOS, LO CUAL CAUSARA COBRO DE PRIMA.

OBSERVACIONES: LA COBERTURA DE VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS LOS AMPAROS QUE OTORGA UNA POLIZA BAISCA DE SEGURO DE AUTOMOVILES, ESTE O NO CONTRATADA, CON LIMITES MINIMOS ASEGURADOS EN RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DE \$100.000.000/100.000.000/200.000.000.

RADICADO No: 73001-33-33-004-2015-00242-00  
 MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA  
 DEMANDANTE: MARIA MARLENE MANJARRES RUIZ Y OTROS  
 DEMANDADO: HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E DE NATAGAIMA- TOLIMA  
 Sentencia de primera instancia

La póliza tuvo modificación el 13 de septiembre de 2019 así:

SUCURSAL: 17. IBAGUE		USUARIO: BARRIOSN	TIP CERTIFICADO: Modificacion	FECHA	DD MM AAAA			
					Página 1			
<b>PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL          PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y</b>				PÓLIZA	17 RC000653			
				CERTIFICADO	17 RC001968			
TOMADOR: HOSPITAL SAN ANTONIO DE NATAGAIMA		C.C. O NIT: 800182136		5				
DIRECCIÓN: CL 6 CR 11 ESQUINA		CIUDAD: NATAGAIMA		TELÉFONO: 269829				
E-MAIL:		C.C. O NIT: 800182136		5				
ASEGURADO: HOSPITAL SAN ANTONIO DE NATAGAIMA		CIUDAD: NATAGAIMA		TEL. 269829				
DIRECCIÓN: CL 6 CR 11 ESQUINA		C.C. O NIT: 817001562		6				
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS		CIUDAD: .		TEL. 1				
DIRECCIÓN:								
VIGENCIA			VALOR ASEGURADO EN PESOS					
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA				
DESDE 22 09 2013	HASTA 22 09 2014	100,000,000.00	0.00	100,000,000.00				
INTERMEDIARIO		COASEGURO			PRIMA			
%PART	NOMBRE	COMPañIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
100.00	MURILLO SANCHEZ LILIANA					PRIMA	PESOS	2,372,000.00
						GAST. EXPED.	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	379,520.00
						TOTAL		2,751,520.00
AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE		
	Desde	Hasta				%	Mínimo	
Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospit	22-09-2013	22-09-2014	100,000,000.00	100,000,000.00	2,372,000.00	10.00	2,500,000.00	
Predios, Labores y Operaciones - Vigencia	22-09-2013	22-09-2014	100,000,000.00	100,000,000.00	0.00	10.00	2,500,000.00	
Vehículos Propios y no propios - Vigencia	22-09-2013	22-09-2014	30,000,000.00	30,000,000.00	0.00	10.00	1,500,000.00	
Vehículos propios y no propios - Evento	22-09-2013	22-09-2014	30,000,000.00	30,000,000.00	0.00	10.00	1,500,000.00	
Daño Moral - Vigencia	22-09-2013	22-09-2014	50,000,000.00	50,000,000.00	0.00	10.00	3,000,000.00	
Daño Moral - Evento	22-09-2013	22-09-2014	25,000,000.00	25,000,000.00	0.00	10.00	2,500,000.00	
Gastos Judiciales de Defensa - Vigencia	22-09-2013	22-09-2014	30,000,000.00	30,000,000.00	0.00	15.00	2,500,000.00	
Gastos Judiciales de Defensa - Evento	22-09-2013	22-09-2014	15,000,000.00	15,000,000.00	0.00	15.00	2,000,000.00	
VIGENCIA TOTAL DESDE 22/09/2012 HASTA 22/09/2014								

De esta manera el Despacho encuentra probado tanto la suscripción del contrato de seguro en los términos reseñados, la cual contempló dentro de sus amparos el de responsabilidad civil profesional clínicas y daño moral por evento, encontrándose vigente para la fecha en la cual se produjo la muerte que en esta oportunidad ocupa la atención del despacho.

En atención a lo anterior y teniendo en cuenta que la condena impuesta al hospital demandado obedece a daño moral – uno de los amparos-, debe concluirse que la llamada en garantía está en la obligación de reembolsar el dinero que el accionado deberá pagar como consecuencia de los perjuicios causados a los acá demandantes, **hasta el límite de lo asegurado y en los términos del contrato de seguro.**

Por consiguiente, se condenará a la llamada en garantía, Compañía Aseguradora de Fianzas SA – Confianza-, a reembolsar las sumas de dinero que el Hospital San Antonio ESE de Natagaima, deba pagar a los demandantes como consecuencia de este fallo, en los términos ya referidos.

RADICADO No: 73001-33-33-004-2015-00242-00  
MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA  
DEMANDANTE: MARIA MARLENE MANJARRES RUIZ Y OTROS  
DEMANDADO: HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E DE NATAGAIMA- TOLIMA  
Sentencia de primera instancia

## **COSTAS**

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 188 del C.P.A.C.A., salvo en los procesos donde se ventile un interés público, la sentencia dispondrá sobre la condena en costas, cuya liquidación y ejecución se regirán por las disposiciones del Código de Procedimiento Civil, hoy C.G.P.

A su turno, el artículo 365 del C.G.P., fija las reglas para la condena en costas, señalando en su núm. 1º que se condenará en costas a la parte vencida en el proceso.

Así las cosas, se condenará en costas procesales de ésta instancia a la PARTE DEMANDANDA, siempre y cuando se hubieren causado y en la medida de su comprobación, incluyendo en la liquidación el equivalente a dos (2) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes por concepto de agencias en derecho, de conformidad con lo establecido en el Acuerdo No. 1887 de 2003, expedido por el Consejo Superior de la Judicatura.

En mérito de lo expuesto el JUZGADO CUARTO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE IBAGUÉ, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

## **RESUELVE:**

**PRIMERO: DECLARAR** administrativa y extracontractualmente responsable al Hospital San Antonio ESE de Natagaima, por la muerte del señor Luis Jaime Salazar Medina (q.e.p.d.), ocurrida el 14 de diciembre de 2013, a título de falla del servicio, de conformidad con lo establecido en la parte motiva de esta providencia.

**SEGUNDO:** Como consecuencia de la anterior declaración, **CONDENAR** al Hospital San Antonio ESE de Natagaima, a la a pagar las siguientes sumas de dinero en favor de los demandantes, por concepto de DAÑO MORAL:

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>Calidad</b>	<b>SMLMV reconocidos</b>
María Marlene Manjarrez Ruiz	Compañera Permanente	30 SMLMV
Susana Hercilia Salazar Manjarrez	Hija	30 SMLMV
Sergio Andrés Oyola Salazar	Nieto	15 SMLMV
Lina María Oyola Salazar	Nieta	15 SMLMV
Oscar Fernando Oyola Salazar	Nieto	15 SMLMV
<b>Total</b>		<b>105 SMLMV</b>

**TERCERO: CONDENAR** a la Compañía Aseguradora de Fianzas S.A -Confianza- a reembolsar las sumas que el Hospital San Antonio ESE de Natagaima deba pagar a

RADICADO No: 73001-33-33-004-2015-00242-00  
MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA  
DEMANDANTE: MARIA MARLENE MANJARRES RUIZ Y OTROS  
DEMANDADO: HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E DE NATAGAIMA- TOLIMA  
Sentencia de primera instancia

los demandantes como consecuencia de este fallo, hasta el límite de lo asegurado y en los términos del contrato de seguro.

**CUARTO: NEGAR** las demás pretensiones de la demanda.

**QUINTO: CONDENAR** al pago de costas a la parte demandada, reconociéndose como agencias en derecho a favor de la parte actora, la suma de dos (02) SMLMV. Por Secretaría liquídese.

**SEXTO:** La condena devengará intereses moratorios a partir de la ejecutoria de esta sentencia, conforme lo establece el artículo 192 de la Ley 1437 de 2011.

**SÉPTIMO:** En firme ésta providencia, archívese el expediente, previas constancias de rigor y anotaciones en el Sistema Informático Justicia Siglo XXI.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,**



**SANDRA LILIANA SERENO CAICEDO**  
**JUEZA**