

REPÚBLICA DE COLOMBIA



**JUZGADO TREINTA Y CINCO (35) ADMINISTRATIVO
DEL CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C.
- SECCIÓN TERCERA -**

Bogotá, D.C, treinta y uno (31) de marzo de dos mil veintidós (2022)

Expediente	11001333603520130045400
Medio de control	Reparación Directa
Demandante	Pedro Pablo Urrea Beltrán y otros
Demandada	Hospital Pablo Sexto de Bosa E.S.E. hoy Subred Integrada de Servicio de Salud Sur Occidente E.S.E. Llamada en garantía: MAPFRE Seguros Generales de Colombia S.A.

SENTENCIA

Agotadas las etapas y revisados los presupuestos procesales del medio de control de reparación directa, sin que se adviertan causales de nulidad que invaliden lo actuado, procede este Despacho Judicial a proferir sentencia dentro del proceso de la referencia, de acuerdo con el artículo 187 de la Ley 1437 de 2011.

I. ANTECEDENTES

1.1. LA DEMANDA

Mediante apoderado judicial, Pedro Pablo Urrea Beltrán, Verónica Vargas Garzón, Alisson Juliana Urrea Vargas y Leidy Yicel Urrea Vargas, presentaron demanda de reparación directa en contra del Hospital Pablo VI Bosa E.S.E., con el fin de que sea declarada administrativa y patrimonialmente responsable, por los perjuicios causados por la muerte de Ruby Gineth Urrea Vargas

1.2. PRETENSIONES

La parte actora solicitó se hicieran las siguientes declaraciones y condenas:

"PRIMERO.- Que se declare al Hospital Pablo VI Bosa E.S.E., administrativamente responsable por los daños y perjuicios ocasionados a los demandantes PEDRO PABLO URREA BELTRÁN, VERÓNICA VARGAS GARZÓN, actuando en nombre propio y en representación de la menor ALISSON JULIANA URREA VARGAS, y LEIDY YICEL URREA VARGAS, por la muerte de RUBY GINETH URREA VARGAS, ocurrida el 27 de septiembre de 2011, como consecuencia de la falla en la prestación del servicio médico.

SEGUNDO.- Que como consecuencia de la anterior declaración se condene al HOSPITAL PABLO VI BOSA E.S.E., a pagar las siguientes cantidades de dinero a título de perjuicios:

2.1. DAÑO MORAL:

Pagar a los convocantes PEDRO PABLO URREA BELTRÁN (padre de la víctima), VERÓNICA VARGAS GARZÓN (madre de la víctima) y ALISSON JULIANA URREA VARGAS (hija de la víctima) el valor de \$58.950.000, equivalente a cien (100) S.M.L.M.V., para cada uno, por perjuicios morales.

Pagar a la convocante LEIDY YICEL URREA VARGAS (hermana de la víctima), el valor de \$29.475.000, equivalente a cincuenta (50) S.M.L.M.V., por perjuicios morales.

2.3. DAÑOS MATERIALES:

DAÑO EMERGENTE:

GASTOS FUNERARIOS \$2.332.000

LAPIDA BÓVEDA \$210.000

\$2.542.000

(...)

TOTALES:

PERJUICIOS MORALES \$206.325.000

PERJUICIOS MATERIALES

DAÑO EMERGENTE \$ 2.542.000

LUCRO CESANTE \$118.011.394

TOTAL: \$326.878.394

(...)

1.3. FUNDAMENTOS FÁCTICOS

El fundamento fáctico de la demanda es el que a continuación se sintetiza:

- La señora Ruby Gineth Urrea Vargas asistió al servicio de urgencias del Hospital Pablo VI Bosa E.S.E., el 25 de septiembre de 2011, según la Clasificación de Triage Urgencias, con síntomas de "vomito negro – refiere lleva 8 días con diarrea y vómito".
- En la clasificación de Triage Urgencias, aparece hora de terminación 23:01:08 y como Diagnóstico Sintomático: "SX EMÉTICO GASTRITIS" – Prioridad III y le ordena cita prioritaria por consulta externa, sin ordenarle ningún tipo de medicamento u orden para exámenes clínicos.
- La señora Ruby Gineth, al continuar vómito con sangre y dolor abdominal, se presenta nuevamente al servicio de urgencia del Hospital Pablo VI Bosa, el 26 de septiembre de 2011, y es atendida a las 9:20 de la mañana. En la atención se registra "paciente con cuadro de dolor abdominal además síntomas y signos de hemorragia gastrointestinal alta en el momento con cuadro que podría sugerir apendicitis aguda se solicita paraclínicos se deja la paciente en observación se revalorara posteriormente...", firmada por el Dr. Oscar Rodrigo Varga Vanegas – Registro 80802276 – Medicina General.
- Aunque en la historia clínica no aparece registrado, a la señora Ruby se le practicó el 26 de septiembre de 2011, Ecografía de Abdomen Total en la Unidad Médica "María Auxiliadora", por remisión del doctor Oscar Vargas, con resultado: Opinión "COLELITIASIS – LIQUIDO LIBRE ABDOMINAL – DIU – CORRELACIONAR CON NIVELES DE BETA HCG Y ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL – DESCARTAR EMBARAZO ECTOPICO".
- El mismo día, en el Hospital Pablo VI Bosa – Departamento de Laboratorio, se le practicaron a la señora Urrea exámenes de hemograma [hemoglobina + Hematocrito] y prueba de embarazo. La prueba de embarazo dio resultado negativo.
- El 26 de septiembre de 2011, a las 18:13, aunque la señora Ruby Gineth Urrea Vargas continuaba con los síntomas por los cuales se presentó al servicio de urgencias, la Dra. Claudia Ximena Benavides Rodríguez - Registro N° 52859876 – Medicina General, le dio salida del hospital, con Remisión en la cual consignó: "Servicio al cual se remite: CONSULTA EXTERNA – Descripción de la Remisión: PACIENTE CON CUADRO DE ENFERMEDAD ELVICA (SIC) INFLAMATORIA E INFECCION URINARIA SE DA AMNEJO

(SIC) Y CONTROL POR OCNUSLTA (SIC) EXTERNA EN 5 DIAS ... DX Principal: R104 OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS...". Junto con la remisión le fueron ordenados los siguientes medicamentos: Acetaminofén, Cefalexina, Hioscina y Metrodinazol.

- La señora Ruby Gineth, se dirige a su casa y continúa con los síntomas de dolor abdominal y malestar general; posteriormente, fallece en la madrugada del 27 de septiembre de 2011.
- La policía Judicial – Equipo Investigativo Coral Trece del C.T.I., realizó la inspección técnica a cadáver N° 03428 el mismo 27 de septiembre de 2011, remitiendo el cadáver al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses bajo en N° 110016000028201103428.
- En el Informe Pericial de Necropsia N° 2011010111001003909 del septiembre 28 de 2011, se estableció: *"... PRINCIPALES HALLAZGOS DE NECROPSIA - ... Peritonitis aguda generalizada, con múltiples adherencias fibrinopurulentas interasas intestinales y colecciones subdiafragmáticas bilaterales y colecciones purulentas pélvicas. Plastrón de apendicitis aguda con perforación... ANÁLISIS Y OPINION PERICIAL- Causa básica de la muerte: Apendicitis aguda perforada con peritonitis generalizada. – Mecanismo Fisiopatológico: disfunción orgánica múltiple por septicemia y obstrucción intestinal aguda. ... Comentario: Mujer adulto con cuadro de dolor abdominal y deterioro progresivo, recibiendo tratamiento antibiótico por enfermedad inflamatoria pélvica. Los hallazgos de peritonitis generalizada están relacionados con el hallazgo de apendicitis aguda perforada, necrotizante".*
- El 07 de marzo de 2013 el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses expidió la Ampliación N° D287674 de la Necropsia N° 2011010111001003909, realizada al cadáver de la señora Ruby Gineth Urrea Vargas, en el cual señala: *"Caso de mujer de 22 años quien muere en su casa de habitación, la información de familiares refiere que asistió a consulta médica en el Hospital Pablo VI de Bosa, donde le diagnostican enfermedad pélvica inflamatoria, le formulan antibióticos y le dan salida. El estudio de necropsia descartó lesiones por trauma y se evidencia apendicitis aguda emplastrada y peritonitis purulenta que afecta las serosas de diversos órganos intraabdominales incluyendo ovarios. Los hallazgos de histología corroboran los hallazgos macroscópicos. Se considera que existía un foco inflamatorio que avanzó hasta llevarla a peritonitis con ilio mecánico en asas intestinales por adherencias y plastrón o de ilio y que la llevaron a morir de sepsis. CAUSA BÁSICA DE LA MUERTE: Apendicitis Aguda Necrotizante..."; y concluye: "CONCEPTO HISTOLÓGICO: *Tracto Gastrointestinal: peritonitis fibronopurulenta. Apéndice Cecal: Apendicitis Aguda Necrotizante. Ovario: Con compromiso en la superficie por membranas fibrinopurulentas."*
- La señora Ruby Urrea al momento de su fallecimiento contaba con 22 años de edad (nació el 12 de agosto de 1989) y era madre soltera de su menor hija Alisson Juliana Urrea Vargas de 5 meses de edad; era contratista de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., a través de MISIÓN BOGOTÁ como GUÍA en el Instituto para la Economía Social – IPES y de la Registraduría Auxiliar de Kennedy L.08 de Bogotá D.C.
- Al fallecer la madre de Alisson Juliana Urrea Vargas y desconociendo la identidad del padre biológico, los abuelos maternos asumieron el cuidado de la menor y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, mediante diligencia N° 0036 -2012 – HISF 1030624188-2012, el 17 de enero de 2012, le asignó a los señores Pedro Pablo Urrea Vargas y Verónica Vargas Garzón la custodia y cuidado personal de la menor.

1.4. FUNDAMENTOS JURIDICOS DE LA DEMANDA

La parte demandante, como fundamento jurídico de sus pretensiones invoca los artículos 2 y 90 de la Constitución Política. Señala que en este caso se encuentra comprometida la responsabilidad de la administración por la falla en el servicio en que incurrió el Hospital Pablo VI de Bosa. Que la víctima asistió al servicio de urgencias los días 25 y 26 de septiembre de 2011, pero que frente a la atención del 25 de septiembre no hay registro en la historia clínica, y esa omisión influyó para que no se tuviera una correcta y completa calificación de la

evolución de la paciente; además, que ingresó al servicio de urgencia el 26 de septiembre con diagnóstico de apendicitis aguda, por cuadro de dolor abdominal de 8 días de evolución, y que según la historia clínica, venía siendo manejada con antibioterapia para infecciones urinarias. Que no es claro en la historia clínica cuántos días de tratamiento llevaba. Que al ingreso al servicio de urgencias presentaba taquicardia. Que los exámenes de laboratorio descartaron embarazo, le realizaron TAC abdominal en el cual no se reporta el estado de la apéndice y se sugiere complementar el estudio con una ecografía trasvaginal, pero que no fue ordenada por el médico tratante, y horas después es dada de alta, incumpliendo las guías de manejo de urgencias del Ministerio de Protección social del año 2009, que señalan que en caso de paciente femenina, a fin de descartar otras causas del dolor abdominal, se debe ordenar la ecografía trasvaginal y exámenes de laboratorio cada 6 horas para identificar los cambios en los mismos.

Que, según la necropsia realizada al cadáver de la paciente, se estableció que la causa de la muerte fue apendicitis aguda. Lo cual refleja un error en el diagnóstico de la enfermedad.

1.5. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

1.5.1. Hospital Pablo VI Bosa I Nivel, E.S.E.

A través de apoderado, respondió la entidad oponiéndose a la totalidad de las pretensiones propuestas por el accionante. Como parte de su defensa, propuso las excepciones de ejercicio de la acción profesional y atención médica en cumplimiento de un deber legal. Que la entidad dio estricto cumplimiento a sus obligaciones en la prestación del servicio de salud, ya que se realizaron por parte de sus funcionarios todas las gestiones necesarias para asegurar la atención de primer nivel.

Además, postuló como excepciones que se encuentran acreditadas ni la falla del servicio, ni el nexo causal entre la actividad de la demandante y el daño, consistente en el fallecimiento del paciente. Que tal como sucedieron los hechos, se evidencia que hubo atención pronta, eficaz, con calidad y dentro de los parámetros establecidos para un Hospital de menos complejidad como es el Hospital Pablo VI Bosa, y que el actuar de los funcionarios fue el esperado para garantizar la atención a la paciente. Que, pese al desenlace fatal, la actuación de la demandada fue adecuada y que el resultado final no es consecuencia de su accionar. En esa medida, no se demuestran ninguno de los elementos de la falla en el servicio, para que se configure la responsabilidad estatal, en la cual cito la jurisprudencia del Consejo de Estado. Concluyó solicitando que fueran denegadas las pretensiones de la demanda.

1.5.2. Llamado en garantía

La sociedad MAPFRE Seguros Generales de Colombia S.A., a través de apoderado, dio respuesta al llamamiento en garantía. Propuso las excepciones de prescripción, modalidad de cobertura del seguro de ocurrencia que implica hecho no cubierto por el paso del tiempo; esta excepción conforme a la póliza y cobertura por la que fue contratada la aseguradora.

Postula la inexistencia de la obligación de indemnizar por no existir siniestro, dado que este de da cuando ocurre el riesgo asegurado. En este caso el riesgo no ocurrió porque no hay prueba de algún descuido, imprevisión o incuria del cual predicar negligencia o falta de conocimientos técnicos o falta de experiencia o habilidad de los médicos tratantes en el ejercicio de la medicina.

Además, propuso el límite del valor asegurado, estableciendo que la póliza de seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales contratada tiene un límite asegurado por evento y vigencia. Que en el evento de una sentencia en la que se establezca la responsabilidad del asegurado y se ordene el reembolso de alguna suma de dinero, debe tenerse en cuenta el límite asegurado hasta el cual deberá responder la aseguradora.

Señaló igualmente que en la Póliza la única cobertura adicional contratada lo fue para perjuicios morales, los demás perjuicios extrapatrimoniales contratados no gozan de cobertura, y los mismos están limitados al 25% de la suma asegurada. En todo caso, hay que tener en cuenta el deducible que habrá de hacerse en el eventual caso de una condena

Por último, postula la reducción de la suma asegurada por pago de indemnización; argumenta que habrá que reducir de cualquier eventual indemnización los pagos que hayan afectado durante la vigencia de la póliza que se anexa con el llamamiento.

1.6. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

1.6.1. Parte demandante

La parte demandante reiteró los fundamentos fácticos de la demanda; así mismo, señaló que, según las versiones dadas por algunos testigos en la audiencia de pruebas, se demostró la negligencia por parte del Hospital Pablo VI Bosa, evidenciando la falla en el servicio. Por eso, solicita que se acceda a la prosperidad de las pretensiones.

1.6.2. Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

A través de apoderado la entidad demandada, presentó los alegatos de conclusión extemporáneamente, por lo cual se dan como no presentados.

1.6.3. Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A.

Estableció en sus alegatos de conclusión los mismos argumentos manifestados cuando dio respuesta al llamamiento en garantía.

1.6.4. Ministerio Público

El representante del Ministerio Público no presentó concepto.

II. CONSIDERACIONES

2.1. JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA

El artículo 104 del Código de Procedimiento Administrativo y Contencioso Administrativo¹, en adelante CPACA, consagra un criterio mixto para establecer los litigios que debe conocer la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo.

En primera medida fijó el criterio material, disponiendo que son de conocimiento de esta jurisdicción las controversias originadas en actos, contratos, hechos, omisiones u operaciones sujetos al derecho administrativo y las actuaciones de los particulares cuando ejerzan funciones administrativas, es decir, aquellos que se causen por el ejercicio de dicha función; y un criterio orgánico, según el cual basta la presencia de una entidad sujeta al derecho administrativo para que el proceso sea tramitado ante esta jurisdicción.

Igualmente, conforme al numeral 1º del artículo 104 ibidem la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo conoce de aquellos procesos en que se debate la responsabilidad extracontractual del Estado, asunto sobre el que versa el *sub judice*. Así las cosas, basta que se le impute responsabilidad a una entidad pública, para que se trámite la controversia ante esta jurisdicción.

Este Juzgado es competente para conocer el presente asunto de acuerdo con el artículo 155 del CPACA², que dispone que los juzgados administrativos son competentes en los casos de

¹ CPACA artículo 104.

La Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo está instituida para conocer, además de lo dispuesto en la Constitución Política y en leyes especiales, de las controversias y litigios originados en actos, contratos, hechos, omisiones y operaciones, sujetos al derecho administrativo, en los que estén involucradas las entidades públicas, o los particulares cuando ejerzan función administrativa. Igualmente conocerá de los siguientes procesos:

1. Los relativos a la responsabilidad extracontractual de cualquier entidad pública, cualquiera que sea el régimen aplicable [...]

² "Artículo 155. Competencia de los jueces administrativos en única instancia 6. De los de reparación directa, inclusive aquellos provenientes de la acción u omisión de los agentes judiciales, cuando la cuantía no exceda de quinientos (500) salarios mínimos legales mensuales vigentes..."

reparación directa, inclusive aquellos provenientes de la acción u omisión de los agentes judiciales, cuando la cuantía no exceda de 500 Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes.

2.2. TRÁMITE DEL PROCESO

- La demanda fue radicada el 25 de noviembre de 2013 (Fl. 85), ante los Juzgados Administrativos, correspondiendo por reparto a este Despacho judicial, quien la admitió el 27 de noviembre de 2013 (Fl. 89).

- Notificado en debida forma, el Hospital Pablo VI Bosa E.S.E. contestó la demanda (fls. 111–121 c1) y llamó en garantía a Maphre Seguros.

. Mediante auto del 20 de abril de 2016 fue aceptado el llamamiento en garantía (Fls. 167–169 c1). El 4 de febrero de 2020, dio respuesta al llamamiento en garantía Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A.

- El 24 de noviembre de 2020, se dio traslado de las excepciones propuestas por Mapfre Seguros Generales de Colombia. La demandante recorrió el traslado el 28 de noviembre de 2011. Luego, mediante auto del 21 de mayo de 2021 se indicó que la excepción de la prescripción de la acción del seguro sería resuelta en la sentencia.

- Por auto del 11 de junio de 2021, se fijó la audiencia inicial para el 22 de junio de 2021. Audiencia que se llevó a cabo íntegramente, agotando las etapas que contempla la misma, y se la fijó la audiencia de pruebas para el 3 de agosto de 2021.

- En dicha fecha se llevó a cabo la audiencia de pruebas en la que se incorporaron documentos, se recibieron unos testimonios y e interrogatorio de parte y se desistió de los demás solicitados, y se dio por concluida la etapa de pruebas, dando paso a los alegatos de conclusión.

- Vencido el término para la presentación de los alegatos de conclusión, se encontró que tanto la llamada en garantía como la parte demandante, presentaron sus alegatos de conclusión en término, hecho que no sucedió con la parte demandada.

- Con auto del 11 de octubre de 2021, ingresó el proceso al Despacho para proferir sentencia.

2.3. PROBLEMA JURÍDICO

Tal como se indicó en la audiencia inicial, el Despacho resolverá si es administrativa y patrimonialmente responsable la Subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. (Hospital Pablo VI de Bosa E.S.E.) por los perjuicios causados a los demandantes por la falla médica en la atención de la señora Ruby Gineth Urrea Vargas, lo que conllevó a su muerte el 27 de septiembre de 2011.

En caso de que se establezca la responsabilidad de la entidad demanda, se resolverá lo concerniente a la llamada en garantía Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A.

2.4. DE LA RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL DEL ESTADO Y EN PARTICULAR POR FALLA MÉDICA

El artículo 90³ de la C.P, constituye la cláusula general de responsabilidad del Estado Colombiano, de acuerdo con el cual se acogió la teoría del daño antijurídico, entendiéndolo no como *“aquel que es producto de una actividad ilícita del Estado, sino como el perjuicio que es*

³ El artículo 90: *El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que les sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas. En el evento de ser condenado el Estado a la reparación patrimonial de uno de tales años, que haya sido consecuencia de la conducta dolosa o gravemente culposa de un agente suyo, aquel deberá repetir contra éste”*

provocado a una persona que no tiene el deber jurídico de soportarlo⁴; siempre y cuando exista título de imputación por acción u omisión a una autoridad pública⁵.

Así, para declarar la responsabilidad extracontractual del Estado se deben cumplir varios presupuestos, a saber: que el daño exista, sea antijurídico e imputable por acción u omisión al Estado.

Ahora, en lo concerniente a la responsabilidad de Estado por falla del servicio médico, el Consejo de Estado⁶ enseña:

15. La Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual aquella es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, de suerte que se exige acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste⁴.

16. En materia médica, para que pueda predicarse la existencia de una falla, la Sala ha precisado que es necesario que se demuestre que la atención no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso⁵. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance⁶.

2.5. CASO CONCRETO

Así, entonces, atendiendo al marco normativo y jurisprudencial reseñado, procede el Despacho a analizar el caso concreto para verificar si se encuentra acreditado el daño alegado en la demanda y si le es imputable a la entidad demandada.

2.5.1. Hechos relevantes acreditados

De acuerdo con las pruebas obrantes en el plenario, el Despacho tiene certeza de los siguientes hechos relevantes:

-. La señora Ruby Gineth Urrea Vargas falleció el 27 de septiembre de 2011, según se estableció en su Registro Civil de Defunción (fl. 34 c1).

-. En la Historia Clínica de Ruby Gineth Urrea Vargas se evidencia la atención médica que le fue brindada durante los días 25 y 26 de septiembre de 2011, donde aparecen los siguientes registros:

A folio 3 c1:

Fecha terminación (atención): 2011-09-25. 23:01:08

Motivo de consulta: "VÓMITO NEGRO" REFIERE LLEVA 8 DIAS CON DIARREA Y VÓMITO EN LA ACTUALIDAD REFIERE NO TOLERA LA VÍA ORAL SIN OTROS CAMBIOS.

GLASGOW: 15/15

(...)

OBSERVACIONES: NO PRESENCIA DE SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN NO PRESENTA SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL NO PRESENCIA DE OTROS CAMBIOS SIN ALTERACIONES"

⁴ Corte Constitucional. Sentencia C-333/96. Magistrado Ponente. Alejandro Martínez Caballero.

⁵ Ibidem: "Son dos las condiciones indispensables para la procedencia de la declaración de la responsabilidad patrimonial con cargo del Estado y demás personas jurídicas de derecho público, a saber: el daño antijurídico y la imputabilidad del año a alguna de ellas:"

⁶ Consejo de Estado. Sección Tercera Subsección B . Sentencia del 5 de marzo de 2015. Radicación número: 50001-23-31-000-2002-00375-01(30102). C.P.: Danilo Rojas Betancourth

A folios 24-26 c1:

"Servicio de urgencias (...)

Fecha: Sept. 26 2011 12:00 AM

Enfermedad Actual: PACIENTE REFIERE CUADRO DE 8 DÍAS CON DEPOSICIONES SIN SANGRE SIN MOCO REFIERE MELÉNICAS, REFIERE POSTERIOR DOLOR ABDOMINAL EN REGIÓN EPIGASTRIO Y EN REGIÓN HIPOGÁSTRICA Y EN FOSAS ILÍACAS, REFIERE DE CARACTERÍSTICAS NO CLARAS (sic), REFIERE CONSULTÓ PREVIAMENTE CON DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN URINARIA, REFIERE EMETAMESIS, REFIERE DOLOR EN HIPOGASTRIO REFIERE DE CARACTERÍSTICAS NO CLARAS, REFIERE DISURIA, REFIERE NO POLIARQUIA, REFIERE NO URGENCIA, REFIERE TENESMO, REFIERE EMESIS EL DIA DE HOY.

Revisión por sistema: DIURESIS DE CARACTERÍSTICAS NO CLARAS

Describe: (abdomen) BLANDO, DEPRESIBLE DOLOROSO A LA PALPACIÓN EN HIPOGASTRIO Y EN LAS FOSAS ILÍACAS DE PREDOMINIO EN FOSA ILIACA DERECHA CON MACBOURNEY POSITIVO BLUMBERG POSITIVO UTERO PALPABLE.

(...)

Análisis: PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL ADEMÁS SÍNTOMAS Y SIGNOS DE HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL ALTA EN EL MOMENTO CON CUADRO QUE PODRÍA SUGERIR APENDICITIS AGUDA SE SOLICITA PARACLÍNICOS SE DEJA LA PACIENTE EN OBSERVACIÓN SE REVALORARÁ POSTERIORMENTE

(...)

DX PRINCIPAL: OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS"

Evoluciones

Fecha: 26/09/2011 Hora: 12:22 Profesional: Vargas Vanegas Oscar Ricardo

Descripción subjetiva: EVOLUCIÓN TARDE

PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS:

1.MASA ABDOMINAL

2.DOLOR ABDOMINAL

S/ PACIENTE REFIERE PERSISTE DOLOR ABDOMINAL. NIEGA OTRA SINTOMATOLOGÍA
O/ PACIENTE FEBRIL HIDRATADO CONCIENTE ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS CON SIGNOS VITALES FC 80 FR 12 TA 110/70 T 37 SAT 90 (...) ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE DOLOROSO A LA PALPACIÓN PROFUNDA Y SUPERFICIAL EN FOSAS ILIACAS Y EN HIPOGASTRIO, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, MIEMBROS NO EDEMAS, PULSOS SIMÉTRICOS. NEUROLÓGICO NO SIGNOS MENINGEOS, NO DEFICIT FOCAL AL TACTO VAGINAL VAGINA HIPERTERMICA CON ESCASO SANGRADO UTERO PALPABLE AUMENTADO DE TAMAÑO PARACLÍNICOS PRUEBA DE EMBARAZO NEGATIVA
HEMOGRAMA LEUCOS 7040 NEUTROFILOS 5440 LINFOCITOS 820 PLAQUETAS 357000 HEMATOCRITO 44.7

PARACLÍNICOS: PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL EN EL MOMENTO
ANÁLISIS: PACIENTE CON CUADRO DE MASA ABDOMINAL Y DOLOR ABDOMINAL. PARACLÍNICOS DESCARTA EMBARAZO NO ES CLARO EL PROCESO INFECCIOSO, SE DECIDE INICIAR ANTIESPASMÓDICO EN ESPERA DE UROANÁLISIS PARA ESCLARECER ORIGEN DE DOLOR ABDOMINAL. SE LE EXPLICA A LA PACIENTE
PLAN: SE INICIA HIOSCINA SIMPLE

EVOLUCIÓN

Fecha: 26/09/2011 Hora: 16:43 Profesional: BENAVIDES RODRIGUEZ CLAUDIA XIMENA

Descripción subjetiva: SE REVALORA PACIENTE QUIEN REFIERE PERSISTENCIA DE DOLOR ABDOMINAL NO HA PRESENTADO NAUSEAS NI EMESIS NO HA PRESENTADO PICOS FEBRILES AL EXAMEN FÍSICO PACIENTE CON ABUNDANTE PANICULO ADIPOSO BLANDO DEPRESIBLE DOLOROSO EN FLANCO Y FOSA ILIACA DERECHA Y EN HIPOGASTRIO CON SENSACIÓN DE MASA EN TV SANGRADO ESCASO CON AUMENTO DEL UTERO CON DOLOR A LA MOVILIZACIÓN FONDO DE SACO LIBRE ANEXOS NO PALPABLES
EN PARACLÍNICOS UROANÁLISIS: CON albumina NITRITOS POSITIVOS ESTERASASA >125 LEUCOCITOS MAYOR A > 107 HEMATIES CONTAMINADOS
ECOGRAFIA ABDOMINAL CON COLELITIASIS, LIQUIDO LIBRE INTRAABDOMINAL DIU CORRELACIONAR CON NIVELES PARA DESCARTAR EMBARAZO ECTÓPICO
SE REVISAN PARACLÍNICOS CON HEMOGRAMA DENTRO DE LÍMITES NORMALES CON PRUEBA DE EMBARAZO NEGATIVA SE DECIDE MANEJO ANALGÉSICO Y SE CONSIDERA CUADRO DE

INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS Y EPI SIN EMBARGO SE DECIDE CON MANEJO CONANALGESIA Y NUEVA VALORACIÓN

EVOLUCIÓN

Fecha: 26/09/2011 Hora: 18:08 Profesional: BENAVIDES RODRIGUEZ CLAUDIA XIMENA

Descripción subjetiva: SE REVALORA PACIENTE QUIEN REFIERE MEJORA DEL DOLOR ABDOMINAL CON LA MEDICACION REFIERE PERSISTENCIA DE DIURESIS CON DISURIA Y TENESMOS VESICAL SE INFORMA EN APRACLINICOSOCON (sic) INFECCIÓN URINARIA, REFIERE ADEMÁS DEPOSICIÓN POSITIVA Y SIN OTRA SINTOMATOLOGÍA GASTROINTESTINAL AL EXAMEN FICIO (sic) MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS ABDOMEN RSIS ++ ABUNDANTE APNÍCULO MASA NO DOLOROSO NO HAY SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL SE CONSIDERA PACIENTE CON CUADRO ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA E INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS SE DECIDE MANEJO CON CEFALEXINA POR 7 DÍAS Y METRONIDAZOL COMO HAY SANGRADO VAGINAL SE DECIDE DOSIS ORAL POR 7 DIAS SE LE EPXLICIA(sic) A LA PACIENTE LAS PATOLOGÍAS Y LA POSIBLE EVOLUCIÓN SE EPXLICAN SIGNOS DE ALARMA Y CONTROL POR OCNUSLTA EXTEENA (sic) PARA DIRECCIONAR POR COLELITIASIS

NO HA PRESENTADO NAUSEAS NI EMESIS NO HA PRESENTADO PICOS FEBRILES AL EXAMEN FISICO PACIENTE CON ABUNDANTE PANICULO ADIPOSO BLANDO DEPRESIBLE DOLOROSO EN FLANCO Y FOSA ILIACA DERECHA Y EN HIPOGASTRIO CON SENSACIÓN DE MASA EN TV SANGRADO ESCASO CON AUMENTO DEL UTERO CON DOLOR A LA MOVILIZACIÓN FONDO DE SACO LIBRE ANEXOS NO PALPABLES EN PARACLÍNICOS UROANÁLISIS: CON albumina NITRITOS POSITIVOS ESTERASASA >125 LEUCOCITOS MAYOR A > 107 HEMATIES CONTAMINADOS ECOGRAFIA ABDOMINAL CON COLELITIASIS, LIQUIDO LIBRE INTRAABDOMINAL DIU CORRELACIONAR CON NIVELES PARA DESCARTAR EMBARAZO ECTÓPICO SE REVISAN PARACLÍNICOS CON HEMOGRAMA DENTRO DE LÍMITES NORMALES CON PRUEBA DE EMBARAZO NEGATIVA SE DECIDE MANEJO ANALGÉSICO Y SE CONSIDERA CUADRO DE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS Y EPI SIN EMBARGO SE DECIDE CON MANEJO CONANALGESIA Y NUEVA VALORACIÓN

A folios 27 y 29 c1, se registra:

Fecha de impresión: 26/09/2011 18:13

(...)

Servicio al cual se remite: CONSULTA EXTERNA

Descripción de la remisión: PACIENTE CON CUADRO EXTERNO DE ENFERMEDAD ELVICA (sic) INFLAMATORIA E INFECCIÓN URINARIA SE DA AMNEJO (sic) Y CONTROL POR OCNUSLTA (sic) EXTERNA EN 5 DIAS".

Como medicamentos se le prescribió: Acetaminofén, Cefalexina, Hioscina Butilbormuro, Metronidazol.

A folio 30-33 c1, se encuentra:

*EXAMEN: ECOGRAFIA ABDOMEN TOTAL (...)
26/09/2011*

ESTUDIO REALIZADO CON TRANSDUCTOR DIGITAL MULTIFRECUENCIA CON LOS SIGUIENTES HALLAZGOS:

HIGADO DE FORMA, POSICIÓN Y TAMAÑO NORMAL SIN LESIONES FOCALES O DIFUSAS EN SU INTERIOR.

VESÍCULA BILIAR DISTENDIDA CON MÚLTIPLES IMÁGENES ECOGÉNICAS EN SU INTERIOR QUE VARÍAN DE 9 A 16 MM CORRESPONDIENTE A CÁLCULOS.

VÍA BILIAR INTRA Y EXTRA HEPÁTICA DE CALIBRE NORMAL. COLEDOCO 2.6 MM.

PÁNCREAS PARCIALMENTE VISUALIZADO POR INTERPOSICION DE ABUNDANTE GAS INTESTINAL

RIÑONES DE FORMA, TAMAÑO Y ECOGENICIDAD NORMAL

TEJIDO ESPLÉNICO HOMOGÉNEO

VEJIGA POBREMENTE DISTENDIDA

ÚTERO Y ANEXOS NO VISUALIZADOS. SE INSINUA DIU

LÍQUIDO EN FONDO DE SACO Y EN GOTERAS PERIETOCOLICAS

OPINIÓN

COLELITIASIS

DIU

CORRELACIONAR CON NIVELES DE BETA HGG Y ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL

DESCARTAR EMBARAZO ECTÓPICO"

-. Del Informe Pericial de Necropsia No. 201101011100100309 realizado al cadáver de Ruby Gineth Urrera Vargas (fls. 36-41 c1), se tiene:

"PRINCIPALES HALLAZGOS DE NECROPSIA

- Cadáver de mujer adulto joven de aspecto general cuidado, vestida, sin evidencia de trauma.
- Peritonitis aguda generalizada, con múltiples adherencias fibrinopurulentas interasas intestinales y colecciones subdiafragmáticas bilaterales y colecciones purulentas pélvicas.
- Adherencias múltiples fibrinopurulentas y colecciones purulentas pélvicas.
- Adherencias múltiples fibrinopurulentas en la superficie de útero, ovarios y ligamentos uteropélvicos.
- Riñones pálidos, sin alteraciones anatómicas.

ANÁLISIS Y OPINIÓN PERICIAL

Causa básica de muerte: Apendicitis aguda perforada con peritonitis generalizada.

Mecanismo fisiopatológico: disfunción orgánica múltiple por septicemia y obstrucción intestinal aguda.

Manera de muerte: En estudio

Comentario: Mujer adulto con cuadro de dolor abdominal y deterioro progresivo, recibiendo tratamiento por enfermedad inflamatoria pélvica. Los hallazgos de peritonitis generalizada están relacionados con el hallazgo de apendicitis aguda perforada, necrotizante".

-. En el estudio histopatológico complementario del informe de necropsia (fls. 42-44 c1) se indicó:

"CONCEPTO HISTOLÓGICO

- *Tracto Gastrointestinal: peritonitis fibronopurulenta*
- *Apéndice Cecal: Apendicitis Aguda Necrotizante*
- *Ovario: Con compromiso en la superficie por membranas fibrinopurulentas*

COMENTARIO

Caso de una mujer de 22 años quien muere en su casa de habitación, la información de familiares refiere que asistió a consulta médica en el Hospital Pablo VI de Bosa, donde le diagnostican enfermedad pélvica inflamatoria, le formulan antibióticos y le dan salida.

El estudio de necropsia descartó lesiones por trauma y se evidencia apendicitis aguda emplastrada y peritonitis purulenta que afecta las serosas de diversos órganos intraabdominales incluyendo ovarios.

Los hallazgos de histología corroboran los hallazgos macroscópicos

Se considera que existía un foco inflamatorio que avanzó hasta llevarla a peritonitis con ilio mecánico en asas intestinales por adherencias y plastrón o de ilio parálitico y que la llevaron a morir en sepsis.

CAUSA BÁSICA DE LA MUERTE: Apendicitis Aguda Necrotizante"

- Copia de registro civil de nacimiento de Ruby Gineth Urrea Vargas, Alisson Juliana Urrea Vargas y Leidy Yicel Urrea Vargas (fls. 48,49,55 c1).
- Copia de documento donde Bienestar Familiar le otorga la custodia personal de la niña Alisson Juliana Urrea Vargas a sus abuelos maternos Verónica Vargas Garzón y Pedro Pablo Urrea (fls. 52-54 c1).
- Copia de certificaciones de trabajo y estudios de Ruby Gineth Urrea Vargas (fls. 57-60 c1).
- Copia de recibos de servicios funerarios por caso de Ruby Gineth Urrea Vargas (fls. 61-65 c1).
- En la audiencia de pruebas se recibió el testimonio de la médica **Claudia Ximena Benavides Rodríguez**, del cual se cita in extenso:

Apoderada parte demandada: ¿Al momento del egreso, qué exámenes se le hicieron a la paciente?

CXBR: Se le hizo una valoración general, en el caso de la paciente se le hizo una palpación nuevamente, mirando cómo están los síntomas al egreso, que hace parte del examen físico, médicamente se mira la parte subjetiva y se preguntan cómo están los síntomas que tenía ella; indicó la paciente que el dolor había disminuido, que había tolerado la vía oral, que no presentaba náuseas ni vómito ni ninguna otra sintoma gastrointestinal; se hizo una exploración física que es la parte objetiva en la que se palpó el abdomen y se verificó que no le dolía conforme estaba enunciado en la historia clínica.

Apoderada parte demandada: De acuerdo a los exámenes que se le habían hecho, ¿era viable un egreso hospitalario?

CXBR: Ella en los exámenes tenía un cuadro hemático que estaba dentro de los límites normales; el cuadro hemático había sido reportado desde horas de la mañana; por el parámetro normal no se le había vuelto a tomar, tenía una gonadotropina que es la prueba de embarazo que había salido negativa, un parcial de orina que tenía signos indirectos de infección, y a ella en la tarde le realizaron una ecografía de manera particular en la que también se dejó registrada en las evoluciones que no arrojaba que fuera algo gastrointestinal y se enfocaba a una patología ginecológica que con el examen físico que se le había realizado había sido corroborada.

Apoderada parte demandada: Durante el manejo hospitalario, ¿la señora Ruby Gineth presentaba sintomatología que permitiera tener certeza que presentara una apendicitis aguda o una peritonitis?

CXBR: El diagnóstico de ella desde el comienzo fue dolor abdominal, no era un cuadro patonómico, o sea un cuadro muy normal para una apendicitis; generalmente las apendicitis son de una evolución muy corta y son urgencias quirúrgicas en las que a las 6 horas ya puede haber signos de peritonitis; los signos físicos de peritonitis son los signos de irritación peritoneal muy específicos para la apendicitis como el robucín que no tenía la paciente.

Apoderada parte demandada: De acuerdo a su experticia como médico, ¿la hemorragia gastrointestinal es una característica de apendicitis aguda o peritonitis?

CXBR: No señor; la apendicitis se caracteriza por dolor, puede haber fiebre y algo de diarrea; cuando hay peritonitis puede aumentar la fiebre en intensidad y el dolor ya no es en la zona iliaca derecha, sino que es difusa, pero hay predominancia por la fosa iliaca derecha.

Apoderada parte demandada: ¿Cuáles son las características comunes de una apendicitis respecto del tiempo y al dolor que genera?

CXBR: El cuadro de apendicitis se describe, y en la mayoría de los pacientes jóvenes, empieza la sintomatología en el epigastrio que es en la parte superior del estómago que se puede ir localizando y corriendo hacia el mesogastrio, o sea, cerca al ombligo, y de ahí se localiza en la fosa iliaca derecha. Este cuadro generalmente se agudiza en las primeras seis horas, se vuelve muy localizado en la fosa iliaca derecha y comienza a aparecer los síntomas que ya dije, de fiebre, diarrea. La señora Ruby para ese momento, el cuadro que ella describía era de ocho días de evolución, por eso no era un cuadro típico de apendicitis, y durante la observación en la atención brindada no hizo un dolor exquisito en la fosa iliaca derecha y tampoco tuvo, por ejemplo, fiebre que es otro de las características o deposiciones diarreas.

Apoderada parte demandada: ¿Un examen físico sin dolor, se puede dar cuando la paciente presenta un cuadro agudo de apendicitis o peritonitis?

CXBR: No, porque incluso la apendicitis o la peritonitis son diagnósticos clínicos, es decir que los paraclínicos únicamente refuerzan el diagnóstico, pero la clínica, el examen clínico y la anamnesis son los que dan el diagnóstico, no hay apendicitis sin dolor, son muy raros los casos en que el dolor no sea tan exquisito en la fosa iliaca derecha. Hay unas condiciones de la apéndice retrocecal donde puede ser en la fosa iliaca izquierda, pero siempre se caracteriza por dolor; y en la peritonitis también siempre hay dolor, hay picos febriles que la paciente no había referido y si uno pensaba que la apendicitis llevaba por ejemplo tanto tiempo la paciente luciría muy séptica, y esta paciente en las descripciones clínicas no es una paciente séptica que hubiera estado con palidez, que hubiera estado respirando más de lo normal, diaforética o con otros síntomas de respuesta inflamatoria

Apoderada parte demandada: Dentro de la historia clínica se registra la realización de una ecografía de abdomen total, ¿este examen se puede realizar para descartar una apendicitis aguda o una peritonitis, y qué tan certero es?

CXBR: Si, la ecografía sirve para descartar la apendicitis; de hecho, se utiliza como un apoyo diagnóstico físico, que es de un costo menor a otros, como por ejemplo una tomografía en donde la ecografía es observador dependiente, quiere decir que depende de la pericia que tenga el especialista que la realiza, pero sí se logra visualizar el apéndice cecal y la inflamación que haya. En el caso de la señora Ruby, por ejemplo, revisando la ecografía como estaba, no describía que tuviera signos de peritonitis o que hubiera signos de obstrucción intestinal.

Apoderada parte demandada. Dentro de la historia clínica se registra el manejo de un medicamento que se llama hioscina, entiendo que es un medicamento antiespasmódico para el dolor, este medicamento tiene un efecto dentro del cuerpo por cuánto tiempo. ¿A la paciente se le dio egreso una vez pasó el efecto del mismo?

CXBR: La hioscina es un analgésico que efectivamente se usa para el dolor abdominal porque ayuda a disminuir los movimientos del abdomen para que no duelan las vísceras que están inflamadas, tiene una vida media de 6 a 8 horas, a la paciente, según la orden médica del turno de la mañana, le habían administrado una dosis, que era la dosis adecuada para el peso de ella, por eso se dejó en observación toda una tarde, más de 6 horas y la noche, más o menos desde que yo recibí la atención fue desde la una hasta las 11 de la noche, entonces ya habían pasado más o menos 10 horas en las que uno espera que ya no tenga efectos del medicamento. Sin embargo, el medicamento no es igual de potente en una peritonitis porque no hay medicamento antiespasmódico que ayude cuando la peritonitis cuando ya la infección puede ser más generalizada en todo el peritoneo y las paredes abdominales.

Apoderada parte demandada: ¿Qué es la peritonitis con ilio mecánico y cuáles son las características del mismo?

CXBR: la peritonitis, itis significa inflamación y el prefijo es para las paredes que recubren el peritoneo, que es la piel que recubre las vísceras. Cuando hay peritonitis quiere decir que todas las vísceras del abdomen están comprometidas y pueden estar inflamadas; y un ilio es cuando la inflamación en una víscera, es cuando es tan grande la víscera que hace que la onda peristáltica de la bolsa de los intestinos no se den y se queden quietas, entonces, eso es lo que se hace que se dé lo que se llama el ilio mecánico y puede ser una causante de la peritonitis; no siempre la peritonitis se caracteriza haciendo ilios, hay otras causas de ilios también.

Apoderada parte demandada: ¿cuáles son los paraclínicos que se deben usar para descartar una peritonitis aguda desde el momento en que la persona ingresa a la atención en un hospital?

CXBR: Como mencionaba, la apendicitis es un diagnóstico clínico que si un médico tiene un cuadro muy florido, muy característico del tiempo de evolución, de la palpación del abdomen para diagnosticar sin necesidad de paraclínicos; sin embargo, los paraclínicos son los que descartan otros focos, por ejemplo, ahí está el parcial de orina para mirar si hay un foco urinario, en las mujeres hay que descartar la parte ginecológica, un embarazo o una vaginosis, dependiendo también del examen físico y el cuadro hemático que es el que nos da signos de respuesta inflamatoria. La ecografía, como decía, puede ser un paraclínico que se tenga a la mano para pensar que se tenga la apendicitis; sin embargo, puede haber en otros sitios donde se pide, por ejemplo, las tomografías o las resonancias que, aunque también se dan, no están dentro de las guías de manejo de la apendicitis habitualmente.

Apoderada parte demandada: ¿Para usted se realizó un adecuado manejo en la atención a la paciente, es decir, se hizo lo que se debía hacer?

CXBR: Para la guía práctica de manejo que se tenía en su momento para el Hospital Pablo VI había una guía de dolor abdominal, que estaba dentro de las patologías más frecuentes de urgencias y sí se descartó el manejo del dolor con los líquidos endovenosos, se tomaron los paraclínicos que eran pertinentes, se mantuvo en observación; y también para el egreso se dieron las recomendaciones y los signos de alarma a la paciente y al familiar. En ella se tuvo en cuenta que hubiera disminuido el dolor, que tolerara la vía oral sin aparición de síntomas y se diera el diagnóstico que se dio el tratamiento para el mismo.

Apoderada parte demandante: ¿Qué conducta se debería tomar en un caso de un triage 3?

CXBR: Esa atención no la hice yo, sin embargo, para el 2011 estaba emitida para los triage, se dividía en cuatro: el triage uno que era para asuntos vitales, el triage 2 para atención de urgencias, estaba establecido en el Hospital Pablo Vi que era de una hora, el triage 3 que era para cita prioritaria y el triage 4 que era consulta externa. Hoy en día ha cambiado: el triage 1,2 y 3 es para consulta hospitalaria, el para consulta prioritaria y el 5 para consulta externa. La tabla de priorización se hace teniendo en cuenta los síntomas que tenga la paciente conformando síndromes, si no había signos de dolor abdominal probablemente era de atención y manejo prioritario.

Apoderada parte demandante: La paciente regresa el 26 de septiembre a las 9:20 a.m., la clasifican en triage 2 y el registro que se encuentra en la historia clínica es paciente de dolor abdominal además síntomas y signos de hemorragia gastrointestinal, alta en el momento con cuadro que podría sugerir apendicitis aguda, se solicita paraclínicos, se deja paciente en observación. El dx principal en ese momento fue "otros dolores abdominales". Dentro de los paraclínicos se ordenó una ecografía. El resultado de la ecografía de abdomen total se documenta una colelitiasis, líquido libre intraabdominal en el fondo del saco y en paredes parietotólicas y no se hace descripción alguna del apéndice. Con dichos hallazgos, ¿es posible descartar el diagnóstico de apendicitis?

CXBR: Como le mencionaba, la ecografía es observador dependiente y probablemente en la ecografía de abdomen total empiezan a describir todos los órganos y en el concepto, en las conclusiones solo mencionan hallazgos que puedan ser positivos. Muy probablemente en la parte de arriba, no tengo acá la ecografía para ver cómo estaba la reseña, tuvieron que, previo al diagnóstico de la colelitiasis y al líquido libre en cavidad, haber mencionado cómo estaba el hígado, la vesícula y las vías biliares, los intestinos si había alguna característica, los riñones y el tamaño de los riñones y lo ginecológico que se alcanzara a ver. En esa ecografía si no describía en las conclusiones algo característico del apéndice, se considera que es un hallazgo normal.

Apoderada parte demandante: (...) ¿cuál es el tratamiento normal para la infección urinaria?

CXBR: La infección urinaria también es un diagnóstico que también puede ser sintomático, entonces, se tratan los síntomas de la infección urinaria; hay infección urinaria por tres bacterias que son las más frecuentes y para las cuales se les da el tratamiento antibiótico empírico. Es un tratamiento que pueden ser ampicilinas, acefalosporinas, analgésicos...

Apoderada parte demandante: ¿Considera probable que ese uso previo de antibióticos pudiera haber disminuido los signos de respuesta inflamatoria sistémica y esto explique la ausencia de fiebre en ese momento de la señora Ruby y que la leucocitosis se disminuyera y que no tuviera fiebre con otra enfermedad activa?

CXBR: Los antibióticos, se dice habitualmente que necesitan más o menos 72 horas de uso para disminuir la respuesta inflamatoria, es decir, que si ella consultó el día anterior, ella no llevaba más de 24 horas de manejo antibiótico; por lo cual no se podría decir que con esa dosis de manejo antibiótico o con ese tiempo de toma antibiótico, considerando que ya hubiera tenido 24 horas que no los tenía porque ella había consultado el día anterior en la tarde y al día siguiente en la mañana, no se consideraría que disminuyó los signos de respuesta sistémica. (...)

Apoderada parte demandante: ¿Una apendicitis aguda perforada con peritonitis generalizada no tratada, puede llevar a la muerte, puede llevar a una disfunción orgánica múltiple y posteriormente a la muerte?

CXBR: Sí, de hecho, la principal complicación de la apendicitis es la peritonitis, que es la falla orgánica múltiple, puede darse por un foco infeccioso más respuesta sistémica, es una sepsis; y cuando la sepsis pasa a afectar los órganos puede tener falla orgánica múltiple. Se llama orgánica múltiple cuando tres sistemas están afectados en el cuerpo, puede ser el metabólico, el corazón, el riñón, el hígado, los que se consideran afectados y tengan la falla orgánica. En el cuerpo todo es una cadena, y no pasa de una apendicitis a una falla orgánica múltiple fulminante, sino que todo es una cadena y se va dando. No se puede decir que una paciente tenga una falla orgánica múltiple, en el caso que haya sido infeccioso sin previamente haber tenido un estado séptico, y un estado séptico sin haber tenido respuesta sistémica, y no se puede tener una respuesta séptica sin un cuadro infeccioso. Como mencionaba, no es el cuadro típico de una paciente que tenga una apendicitis perforada; un cuadro de 8 días de evolución, como lo mencionaba también, la falla orgánica múltiple depende de 3 órganos del cuerpo, dentro de esos también está el hematológico, entonces, por ejemplo, la paciente que tenga alteración del corazón, alteración neurológica, y alteración hematológica está cursando con una falla orgánica múltiple.

Apoderada parte demandante: En el informe de necropsia de medicina legal se dice que la causa básica de la muerte fue apendicitis aguda perforada con peritonitis generalizada (...) ¿Usted dijo

que para que se produzca la muerte necesita de un proceso para que un paciente fallezca por esta causa básica de la muerte?

CXBR: No se tiene un tiempo establecido para que pase la falla orgánica múltiple, depende de la persona y de los niveles que tenga el cuerpo para soportarlos; hay personas que entran muy fácilmente en falla orgánica múltiple, hay personas que tienen más mecanismos de defensa y pueden demorar más; no le podría decir un tiempo porque eso depende también del foco infeccioso y cómo haya sido la evolución. (...)

Apoderada parte demandante: (A las 18:08 cuando se da el plan de egreso). ¿Es posible que ella haya presentado la apendicitis, que se le haya perforado, que hay presentado septicemia, falla orgánica y con el resultado de su muerte en tan corto tiempo?

CXBR: Muy probablemente no, muy probablemente la cascada que desembocó eso era un cuadro que estaba no solamente desde el momento del egreso sino que ya estaba desde antes de la consulta; pero como le digo, cuando se hace el análisis de una paciente séptica se mencionan otro tipo de características porque la sepsis es un diagnóstico clínico y paraclínico y la falla orgánica múltiple también es clínico y paraclínico; para el momento del egreso la paciente no tiene los signos descritos, ni los síntomas descritos de que esté séptica con falla orgánica múltiple.

Apoderada parte demandante: En la contestación de la demanda, el hospital menciona que puede existir una causa extraña que haya generado la apendicitis aguda perforada con peritonitis generalizada con disfunción orgánica múltiple por septicemia y obstrucción intestinal aguda, desde su experticia, ¿qué causa extraña puede generar ese desenlace?

CXBR: (...) la apéndice es un remanente embrionario que está al final del intestino delgado empezando el grueso y esa es la ubicación habitual, que siempre está en la fosa iliaca derecha; una de las causas que no sea la presentación tan habitual es por ejemplo que se retrocecal que quiere decir que no está en la posición de siempre sino como girada hacia atrás, otra causa quiere decir que haya tenido alguna otra posición de la apendicitis que no es la retorcecal sino alguna otra, por eso no dio el cuadro tan florido; otra cosa y de lo que usted menciona del informe pericial, que no lo conozco, es que allí hay peritonitis y que allí hay un proceso inflamatorio, digamos que avanzado, muy probablemente los paraclínicos hubieran sido de respuesta inflamatoria; la ecografía pudo haber mostrado parte de lo que se vio posteriormente en ese informe pericial que usted dijo o la clínica. Eso hace pensar que el cuadro no era tan florido ni tan particular como habitualmente ocurre con la apendicitis y la peritonitis. (...)

Apoderada parte demandante: (...) ¿por qué se descartó el diagnóstico de apendicitis?

CXBR: En la historia clínica no hay consignado que la paciente tuviera signos de irritación peritoneal; recuerdo que ni en la evolución inicial ni en las evoluciones que yo hice y el examen físico que yo, que son los signos patonómicos de la apendicitis. Hay conocidos, y en la literatura como 10 signos de apendicitis que son exquisitos de irritación perineal, en ellas se describen como negativos. Entonces puede haber el roucin que es la presión en la fosa iliaca derecha, cuando suelta es otro signo; hay otro signo que es el tacón que cuando dan en el tacón al paciente duele la fosa iliaca derecha, que ella tampoco lo tenía. Hay unos signos que es que al pasar la mano por la pared abdominal repercute el dolor y se va solo hacia la fosa iliaca derecha, que tampoco lo tenía la paciente (...) En la valoración que yo realicé no hay signos patonómicos de apendicitis que fueron descartados, por eso no se dejó como diagnóstico. (...)

Apoderada parte demandante: (...) ¿la obesidad de la paciente podría ocultar el estado del apéndice?

CXBR: Si y no. Si puede ser un factor que lo influya, pero en la descripción de las ecografías debería aparecer las interferencias y por eso debería quedar mencionadas en comienzo. Cuando hacen una ecografía describen con qué equipo la hicieron, posteriormente qué limitaciones había para hacer la ecografía y ahí pudieron haber mencionado si tenía abundante pániculo adiposo, si hay mucho gas, si hay interferencia de asas y, posteriormente, empiezan a describir los órganos que ven. En ella no lo mencionan en la ecografía. (...)

Despacho: El vómito negro con diarrea, ¿qué síntomas refleja?

CXBR: Se llama hematomesis, es característico de una hemorragia en vías digestivas altas; también puede tener otro signo característico que son las melenas; esos dos no se confirmaron en la evolución porque no se volvió a presentar sangrado gastrointestinal; ese vómito negro tampoco es característico de una apendicitis; sí es un caso para estudiar e ir enfocando el diagnóstico en un dolor abdominal (o sea de entrada no está asociado con la apendicitis). No señor.

Despacho: ¿Los síntomas que tenía la paciente no eran reflejo de una apendicitis?

CXBR: No, primero por el cuadro de 8 días de la paciente, dado que la apendicitis tiene una evolución más corta; dos, la clínica cuando es muy florida, y también lo mencionaba en el examen físico puede dar luces de que sea apendicitis con un dolor y unos signos de irritación

específicos en la fosa iliaca derecha; tres, los paraclínicos, dentro de ellos el cuadro hemático y la ecografía pueden dar especificidad de que se trate de apendicitis, y no se dio en este caso.

Despacho: ¿Cuáles son los síntomas para identificar una apendicitis?

CXBR: Los síntomas son: la anamnesis, que es la descripción del dolor abdominal; el tiempo de evolución, con qué se relaciona, cómo inicio el dolor, para dónde se va, si se ha manejado con los síntomas asociados. Clínicamente, siendo el examen físico con los signos de irritación en fosa iliaca derecha; y paraclínicamente, con el cuadro hemático que nos da los signos de respuesta inflamatoria

Igualmente se recibió el testimonio de **Pedro Pablo Urrea**, quien refirió:

Apoderada parte demandada: ¿Indíqueme al Despacho a qué hospital acudió la señora Ruby Gineth Urrea?

PPU: Acudió al Pablo VI

Apoderada parte demandada: ¿Cómo fue el desarrollo del día en que la persona (Ruby Gineth) empezó a sentirse mal?

PPU: Ella empezó durante la semana empezó a los dolorcitos, pero en el hospital estuvo desde el 25 en adelante.

Apoderada parte demandada: ¿Infórmele al Despacho si Ruby acudió al Hospital inmediatamente de sentirse indispuesta o más o menos cuánto tiempo pasó?

Apoderada parte demandada: Qué se debe hacer en estos casos: ordenar ecografía, TAC y cuadro hemático

PPU: Ella empezó como el jueves y hasta el sábado fue que la llevaron

Apoderada parte demandada: ¿Su hija se encontraba trabajando?

PPU: No señora, estaba en la casa, estaba cuidando la hija

Apoderada parte demandada: (...) en el año en que falleció, ¿ella se encontraba trabajando?

PPU: Ella estaba trabajando, pero cuando tuvo la niña dejó de trabajar

Apoderada parte demandada: ¿cuánto eran los honorarios que recibía su hija (Ruby)?

PPU: Ella no me dijo, ni nada. (...) ella colaboraba con los servicios y con comida (...) estudiaba en el SENA

2.5.2. Sobre la existencia del daño

El daño es entendido como la lesión, menoscabo, aminoración o detrimento que sufre una persona y que genera una consecuencia negativa en su patrimonio.

Sobre los elementos del daño, el Consejo de Estado⁷ ha indicado que éste existe en la medida en que cumpla varias características: que sea cierto; es decir, que no puede ser hipotético o eventual; que sea personal, en atención a que quien lo haya sufrido sea quien manifieste interés en su reparación; subsistente, en razón a que no haya sido reparado; y antijurídico, en cuanto quien lo padece no tenga la obligación de soportarlo.

De acuerdo con las pruebas obrantes en el expediente, aparece acreditada la existencia del daño, en la medida en que se tiene certeza de la muerte de la señora Ruby Gineth Urrea, como consecuencia de una peritonitis generalizada secundaria a una apendicitis perforada necrotizante.

No obstante, es preciso señalar que no basta la acreditación del daño para declarar la responsabilidad del Estado, pues es menester demostrar que le es imputable por acción u omisión a la entidad demandada.

⁷ Entre otras: Sentencia 14 de marzo del 2012. Rad. 21859 C.P. Enrique Gil Botero. Sentencia 1 de julio del 2015. Rad. 30385 C.P Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

2.5.3. La antijuridicidad del daño

La imputación del daño se predica cuando se encuentra demostrado el nexo de causalidad entre el actuar de la entidad demandada, bien sea por acción u omisión y el daño sufrido por la víctima. Si se establece el nexo causal entre el daño y el actuar de la entidad, ello permite formar la atribución jurídica del mismo, y determinar el régimen de responsabilidad (subjetivo u objetivo) aplicable al caso.

En el sub lite, la parte demandante arguye que el daño, consistente en la muerte de la señora Ruby Gineth Urrea Vargas, le es imputable jurídicamente a la entidad demandada por la falla en el servicio en que incurrió en la atención médica, hecho que conllevó a su deceso.

En asuntos de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, acorde con la reiterada jurisprudencia del Consejo de Estado, se tiene establecido que es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria. En esa medida, se exige acreditar la falla propiamente dicha, esto es que se demuestre que la atención no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance. Así, entonces, de conformidad con tal criterio jurisprudencial, es pertinente analizar si en el caso concreto se evidencia alguna falla en la atención médica brindada a la paciente Urrea Vargas.

Para el efecto, se parte por señalar que el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 3 de la Ley 1438 de 2011, respecto de la calidad, establece que los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.

Y para lograr una atención de calidad es imprescindible la capacidad de la organización para transmitir información a otros prestadores, entre su personal, y entre éstos y los pacientes y sus familiares.

Por su parte, según la **Guía para el manejo de urgencias de 2009**⁸ del Ministerio de la Protección Social, vigente para la época de los hechos, sobre el manejo para casos de apendicitis señalaba:

"El diagnóstico de la apendicitis aguda es esencialmente clínico y lo debe hacer un cirujano. Ello quiere decir que en los servicios de urgencias, el médico que recibe a un paciente con dolor abdominal debe proceder de inmediato a llamar al cirujano en interconsulta, sin que ello cause demora en la iniciación de los procedimientos diagnósticos. La presencia de un cirujano de disponibilidad inmediata en los servicios de urgencias ha demostrado enormes beneficios en cuanto a los resultados finales en el manejo de la apendicitis aguda (Early et al, 2006). Al comienzo de la enfermedad, el paciente refiere dolor abdominal difuso, usualmente de tipo cólico, de ubicación periumbilical, que posteriormente se localiza en el cuadrante inferior derecho, acompañado de náusea, vómito y fiebre. Cuando hay vómito, se presenta luego del dolor y se reduce a uno o dos episodios. En el examen físico se encuentra dolor a la palpación en el cuadrante inferior derecho, sobre el sitio clásicamente descrito por Charles McBurney (1845-1913), que se conoce por su epónimo, "Punto de McBurney" (centro de una línea trazada entre el ombligo y la espina iliaca anterior y superior, correspondiente al sitio de implantación del apéndice en el ciego). Los signos de irritación peritoneal, como el de Jacob Moritz Blumberg (1873- 1955) –la descompresión brusca de la región cecal es más dolorosa que la compresión misma–, el espasmo muscular y los de deshidratación –mucosa oral seca y taquicardia–, se presentan en los casos más avanzados. El tacto rectal dirigido hacia la fosa ilíaca derecha produce dolor, pero hoy es un examen que no se practica sino en casos seleccionados. La presentación clínica atípica ocurre cuando hay perforación con algún grado de peritonitis. Entonces el cuadro puede incluir fiebre, escalofríos y dolor abdominal difuso; el examen físico muestra defensa (espasmo) muscular, signos de peritonitis difusa, íleo, distensión abdominal y, ocasionalmente en el caso de plastrón o absceso, una masa palpable. Una vez ocurre la perforación del apéndice, se desencadenan otras complicaciones como obstrucción intestinal, absceso hepático e incluso pyleflebitis.

⁸<https://www.boyaca.gov.co/Seclnfraestructura/images/CDGRD/Documentos%20de%20Inter%C3%A9s/Guia%20para%20el%20Manejo%20de%20Urgencias%20Tomo%202.pdf>.

(...)

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

Ahora, en lo que concierne a la atención médica de la paciente, según la historia clínica, se tiene que, el 25 de septiembre de 2011, ingresó por el servicio de urgencias al Hospital Pablo VI E.S.E de Bosa. En el registro de atención se indica que ésta culminó a las 23:01:08, pero no se indica a qué hora se le hizo la valoración por triage para establecer la prontitud o no de la atención. Como motivo de la consulta se registró que tenía vómito negro y que desde hacía 8 días presentaba diarrea y que no toleraba la vía oral; igualmente se estableció que tenía un Glasgow 15/15, es decir, totalmente consciente y orientada. Y como observaciones se registró que no presentaba signos de deshidratación ni signos de irritación peritoneal. No aparece en la historia clínica cuál fue el plan de manejo que se le dio a la paciente ni qué medicamentos se le prescribieron. Al parecer, le dieron salida esa noche porque, según la parte demandante, al persistir el dolor volvió al otro día.

Efectivamente, el 26 de septiembre de 2011, a las 12 a.m. (¿9:20?)⁹ fue atendida por el servicio de urgencias donde se indicó que como enfermedad actual presentaba un cuadro de 8 días con deposiciones sin sangre, sin moco, refiere melénicas, dolor abdominal en región de epigastrio y región hipogástrica y en fosa iliaca, que refería tenesmo, que ese día presentó emetasis y que consultó previamente con diagnóstico de infección urinaria.

En cuanto a la descripción clínica que hizo el médico Oscar Ricardo Vargas Vanegas del cuadro clínico de la paciente, señaló que presentaba abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio y en las fosas iliacas de predominio en fosa iliaca derecha con Macbourny positivo Blumberg positivo y útero palpable. Así que al analizar los síntomas y la valoración clínica señaló que la paciente presentaba un cuadro de dolor abdominal, además síntomas y signos de hemorragia gastrointestinal alta en el momento con cuadro que podría sugerir apendicitis aguda, se solicita paraclínicos se deja a la paciente en observación, se revalorará posteriormente. Empero, en el diagnóstico principal señaló que se trataba de “*otros dolores abdominales y los no especificados*”, lo cual no corresponde con la descripción respecto de la valoración clínica y del análisis que hizo de los mismos. Tal hecho evidencia un error en el diagnóstico, pues pese a que encontró que había signos claros de una apendicitis, como diagnóstico principal decidió señalar que se trataba de otros dolores abdominales y los no especificados –sin decir cuáles-. Esta falencia distrajo la atención de los demás médicos e influyó en que se no se le prestara la atención pertinente hasta confirmar o descartar adecuadamente el cuadro de apendicitis que había encontrado.

Nótese que el mismo Dr. Vargas Vanegas, en la nueva valoración que le hizo a las 12:22 en la evolución de la tarde, pese a que, a través de los paraclínicos, fue descartado el embarazo y el hemograma presentaba leucos 7040, linfocitos 820, plaquetas 357000 y hematocrito 44.7, dentro de los rangos normales, persistía el dolor abdominal de la paciente, al punto de que el galeno volvió a encontrar que la paciente tenía abdomen blando, depresible doloroso a la palpación profunda y superficial en fosas iliacas y en hipogastrio. Esto indica que aún estaban presentes los signos de la apendicitis que en la primera valoración encontró y que sin embargo descartó, indicando que no era claro el proceso infeccioso, por lo que decidió iniciar antiespasmódico, prescribiéndole “hioscina simple” y que estaba a la espera de uroanálisis para esclarecer origen de dolor abdominal.

A su turno, en la valoración de la evolución de la tarde a las 16:43 que le hizo la Dra. Claudia Ximena Benavides Rodríguez, encontró que a la paciente le persistía el dolor abdominal, tenía un abdomen blando, depresible doloroso en flanco y fosa iliaca derecha y en hipogastrio con

⁹ No hay certeza de la hora, pues en la historia clínica cerca de la fecha, se indicó como hora de atención a las 12 a.m., pero también se registró otra hora, esto es a las 9:20

sensación de masa, sangrado escaso con aumento del útero con dolor a la movilización fondo de saco libre anexos no palpables. Que el paraclínico de uroanálisis indicaba *"con albumina nitritos positivos esterasasa >125 leucocitos mayor a > 107 hematíes contaminados. Que la ecografía abdominal con colelitiasis, liquido libre intraabdominal DIU correlacionar con niveles para descartar embarazo ectópico. Se revisan paraclínicos con hemograma dentro de límites normales con prueba de embarazo negativa, se decide manejo analgésico y se considera cuadro de infección de vías urinarias y epi sin embargo se decide manejo con analgesia y nueva valoración"*.

En la nueva valoración que le hizo la Dra. Benavides Rodríguez, a las 18:08 de ese día 26 de septiembre de 2011, indica que la paciente refiere mejoría del dolor abdominal con la medicación, persistencia de diuresis con disuria y tenesmos vesical, se informa en paraclínicos con infección urinaria, refiere además deposición positiva y sin otra sintomatología gastrointestinal, al examen físico mucosas húmedas rosadas abdomen rsis ++ abundante panículo masa no doloroso, no hay signos de irritación peritoneal. Se considera paciente con cuadro enfermedad pélvica inflamatoria e infección de vías urinarias se decide manejo con cefalexina por 7 días y metronidazol como hay sangrado vaginal, se decide dosis oral por 7 días, se le explica a la paciente las patologías y la posible evolución se explican signos de alarma y control por consulta externa para direccionar por colelitiasis.

Como apoyo diagnóstico, extra institucionalmente, el 26/09/2011, se le practicó a la paciente una Ecografía Abdomen Total, en la que como opinión se indicó *"COLELITIASIS, DIU, CORRELACIONAR CON NIVELES DE BETA HGG Y ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL, DESCARTAR EMBARAZO ECTÓPICO"*. Pero nótese que la ecografía no se la realizaron en el hospital, pese a que el médico Vargas Vanegas había ordenado realizarle paraclínicos a la paciente, claro que sin indicar si la Ecografía fue ordenada, pues no aparece en registrado en la historia clínica.

Así que, a las 18:13 de ese día 26 de septiembre, se le da salida a la paciente y se remite para consulta externa indicando que se trata de una paciente con cuadro externo de enfermedad pélvica inflamatoria e infección urinaria, se le da manejo y control por consulta externa en 5 días. Y efectivamente, la paciente se va a su casa y muere en la madrugada del 27 de septiembre.

De lo anterior, respecto de la valoración que hizo el Dr. Vargas Vanegas, se evidencian dos hechos que revelan fallas en la atención médica que incidieron en el desenlace fatal de la paciente. En primer lugar, se observa falla respecto de la conclusión a que llegó en el diagnóstico inicial, pues habiendo encontrado signos claramente compatibles con apendicitis, decidió indicar que se trataba de *"otros dolores abdominales y los no especificados"*, sin por lo menos indicar cuáles podrían ser esos otros dolores abdominales para él mismo poder hacerles el seguimiento a tales dolores. Así que, habiendo encontrado tales síntomas y signos de apendicitis, debió haber enfocado todos sus esfuerzos profesionales e institucionales a confirmar o descartar tal cuadro diagnóstico. Inclusive debió llamar al cirujano en interconsulta para analizar el caso, como lo señalaban las guías de manejo del Ministerio de Salud *"en los servicios de urgencias, el médico que recibe a un paciente con dolor abdominal debe proceder de inmediato a llamar al cirujano en interconsulta, sin que ello cause demora en la iniciación de los procedimientos diagnósticos"*, pero ello no fue así, o por lo menos no parece registrado en la historia clínica.

Además del error en el diagnóstico inicial, en la valoración que le hizo el mismo médico a la paciente, a las 12:22, obsérvese que la encontró con los mismos signos de la apendicitis, esto es dolor abdominal a la palpación profunda y superficial en fosas iliacas y en hipogastrio, y que descartó sin identificar cuál era la causa de tal dolor. En cambio, indicó que se trataba de un proceso infeccioso, decidiendo iniciar tratamiento con antiespasmódico, prescribiéndole *"hioscina simple"*. Es apenas lógico pensar que tal medicamento ayudaba a menguar en algo el dolor; sin embargo, en la historia clínica no aparece registrado que en efecto se le haya suministrado tal medicamento, a qué hora y en qué dosis.

Nótese cómo las guías de manejo, señalaban que *"Además del examen físico, se deben practicar ayudas diagnósticas, de laboratorio, estudios radiológicos, y tomografía axial computarizada. Esta última «ha demostrado ser una herramienta de gran ayuda en el diagnóstico del dolor abdominal, pues tiene una alta sensibilidad, hasta del 94%. El requerir tiempo para su preparación y su costo es el limitante de nuestras instituciones de salud, pero*

es de una amplia aplicación diagnóstica en la actualidad en enfermedad diverticular complicada, pancreatitis, isquemia mesentérica, obstrucción intestinal, perforaciones del intestino y apendicitis aguda». Este autor advierte que no debe iniciarse tratamiento con analgésicos «sino hasta cuando tengamos un diagnóstico y una terapéutica ya definida. Recordemos que el dolor es el principal signo de las patologías abdominales. (...) Finalmente, en aquellos casos que no muestran signos ni síntomas en el análisis patológico y en los que no puede establecerse su etiología en el episodio de urgencia, debe seguirse la evolución en consulta para determinar posteriormente la causa. (Urgencias médico quirúrgicas. Bogotá: 2002)».

De otro lado, nótese que en la valoración que le hiciera la Dra. Claudia Ximena Benavides Rodríguez, a las 16:43, encontró que persistía el dolor abdominal y que al examen físico la paciente continuaba con un abdomen doloroso en flanco y fosa iliaca derecha y en hipogastrio con sensación de masa, signos que son típicos de la apendicitis. Que al revisar los paraclínicos con hemograma se encontraban dentro de límites normales con prueba de embarazo negativa; que por ello decidió manejo analgésico por considerar que se trataba de un cuadro de infección de vías urinarias. Pero no indica qué tipo de analgésicos le prescribió ni en qué dosis.

Pese a que no se sabe cuál analgésico le fue suministrado a la paciente, si la hioscina simple, ordenada por el Dr. Vargas Vanegas, o el que indicó la Dra. Benavides Rodríguez, es de suponer, en efecto, le fue suministrado algún analgésico porque a las 18:08 horas, la referida Dra. Benavides, en nueva valoración indica que la paciente refiere mejoría del dolor abdominal con la medicación suministrada. Por eso, a las 18:13 de ese día 26 de septiembre, le dio salida, con diagnóstico de infección urinaria y remitida para consulta externa y control en 5 días.

No se desconoce el resultado de laboratorio de la infección urinaria, pero lo cierto es que a la paciente no se le logró establecer la causa del cuadro de dolor abdominal, pese a que desde un comienzo se tuvo sospecha de una apendicitis. En esa medida, además de los errores en que incurrió el Dr. Vargas Vanegas de descartar sin razones consistentes la apendicitis de la cual sospechó, también se evidencia ligereza en el actuar de la Dra. Benavides Rodríguez al darle salida muy pronto a la paciente. Tal como se anotó precedentemente, no se supo a qué hora exacta le fue suministrado el analgésico y si cuando se le dio la salida aún estaba bajo el efecto de dicho medicamento, lo que en el prudente actuar médico debió esperar más tiempo para verificar bien la evolución. Nótese que, como lo indicó la Dra. Benavides en la audiencia de pruebas, los efectos del analgésico pueden oscilar entre 6 y 8 horas. Y si a las 16:43, hora en que le hizo la valoración, aún persistía el dolor, a esa hora no le habían aplicado el analgésico. En cambio, a las 18:08 cuando le hizo la nueva valoración, a esa hora ya se lo habían aplicado y ya le había hecho efecto, calmándole el dolor. Así, que a las 18:13 horas, cuando le dio la salida, aún estaba bajo los efectos del medicamento. En definitiva, el analgésico sirvió para encubrir el cuadro de apendicitis que presentaba la paciente.

Obsérvese que la Dra. Benavides Rodríguez en su declaración rendida en la audiencia de pruebas indicó en forma concreta que la apendicitis en la mayoría de los pacientes jóvenes, empieza la sintomatología en el epigastrio que es en la parte superior del estómago, que se puede ir localizando y corriendo hacia el mesogastrio, o sea, cerca al ombligo, y de ahí se localiza en la fosa iliaca derecha. Este cuadro generalmente se agudiza en las primeras seis horas, se vuelve muy localizado en la fosa iliaca derecha y comienza a aparecer los síntomas de fiebre y diarrea. Pese a que insistió en que la paciente no presentaba signos patonómicos de una apendicitis porque no indicaba un dolor exquisito en la fosa iliaca, tales signos sí fueron evidenciados por el Dr. Vargas Vanegas en la valoración que le hizo en las horas de la mañana del 26 de septiembre, signos a los que debió hacerse seguimiento estricto. Ello en consideración a que la misma Dra. Benavides Rodríguez indicó que la apendicitis es un diagnóstico clínico que si un médico tiene un cuadro muy florido, muy característico del tiempo de evolución, de la palpación del abdomen se puede diagnosticar incluso sin necesidad de paraclínicos; aunque los paraclínicos, como el parcial de orina, la parte ginecológica y el cuadro hemático, ayudan a descartar otros focos, como un embarazo o una vaginosis, o signos de respuesta inflamatoria.

Según lo anterior, se evidencia que la apendicitis es fundamentalmente un diagnóstico clínico que hace el médico al hacerle el examen físico al paciente. Que, al hacer la palpación en el abdomen, el dolor característico va desde el epigastrio, descendiendo hacia el mesogastrio y concentrándose en la parte baja en la fosa iliaca derecha, en el cuadrante inferior derecho,

conocido clásicamente descrito como "Punto de McBurney" (centro de una línea trazada entre el ombligo y la espina iliaca anterior y superior, correspondiente al sitio de implantación del apéndice en el ciego). De modo que el dolor en ese punto es signo de irritación peritoneal. Justamente, el dolor en el Punto de McBurney fue encontrado y descrito por el Dr. Vargas Vanegas en la primera valoración que le hizo a la paciente, pero después se olvidó o pasó por alto tal signo. Los paraclínicos son medios de apoyo diagnóstico que ayudan identificar la apendicitis, pero no siempre son conclusivos, porque hay casos atípicos de esta afección.

Entonces, de la atención médica brindada a la paciente, se evidencian dos errores: uno, el del diagnóstico inicial, en el que pese a haberse encontrado signos de apendicitis, se indicó como diagnóstico principal "otros dolores abdominales y los no especificados"; hecho que desvió la atención del caso e hizo que no se le hiciera el seguimiento estricto para encontrar la causa real del dolor abdominal, pese a que la misma pericia del Dr. Vargas Vanegas encontró desde el inicio que aquello era un cuadro compatible con apendicitis. Dos, la no certeza del suministro del analgésico a la paciente, dado que no aparece registrado en la historia clínica a qué hora le fue suministrado el medicamento ni la dosimetría del mismo. Ello llevó a que a la paciente se le diera salida cuando aún estaba bajo el efecto del medicamento, lo que encubrió el dolor e impidió identificar la apendicitis, que como lo demostró el Informe Pericial esa era la afección que presentaba y que a la postre por no diagnosticarla a tiempo se perforó causando la peritonitis generalizada. En ese orden de ideas, tales errores constituyen la causa adecuada del daño, pues justamente ellos propiciaron el desenlace fatal (muerte de la paciente), a consecuencia de la peritonitis que se le generó por la perforación del apéndice.

Pese a que la Dra. Benavides Rodríguez insistió en su declaración que la hioscina tiene una vida media de 6 a 8 horas y que se la habían suministrado a la paciente, según la orden médica del turno de la mañana, y que por eso fue dejada en observación toda la tarde, cuando se le dio la salida a la paciente ya habían transcurrido más de 6 horas, pues ella recibió el turno a la una, tal afirmación no tiene asidero real. En efecto, como se indicó ut supra, no se tiene certeza a qué hora exacta le fue suministrado el medicamento, pues no aparece registro clínico; y en gracia de discusión que haya sido tipo 12:30, luego de la valoración que le hizo el Dr. Vargas Vanegas a las 12:22, tampoco es cierto que hayan transcurrido más de 6 horas (y menos 10 horas como indicó) cuando se le dio la salida que, según la historia clínica, fue a las 18:13. Lo que quiere decir que aún estaba bajo los efectos del medicamento; y eso implica que sí hubo ligereza al darle salida a la paciente, máxime el motivo de reingreso a la institución, pues había consultado el día anterior.

A todo lo anterior, se le suman los errores cometidos en el deficiente manejo y registro de los datos relevantes que se deben consignar en la historia clínica, tal como lo prevé el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, que establece que en tal documento se deben registrar obligatoriamente las condiciones de salud del paciente. Criterio que ha sido reiterado por el Consejo de Estado al indicar que *"en la medicina moderna el carácter completo y permanente de la historia clínica es condición de calidad de los cuidados médicos o de la correcta asistencia facultativa. Esto implica que una de las manifestaciones de las obligaciones de los médicos y del acto médico complejo abarca también las obligaciones consagradas en la Ley 23, especialmente aquellas referidas a la apertura, manejo, custodia, archivo y conservación de la historia clínica, como elemento esencial en la documentación de la actividad médica prestada en un caso concreto"*¹⁰. En tal sentido, resalta la alta Corporación que, para el cumplimiento de la obligación de elaborar una historia clínica conforme al deber normativo, la información que en ella se registre debe ser ordenada, clara, completa, veraz y fiel para garantizar la continuidad en la atención. Pero como ello no fue así, tal circunstancia contribuyó al deficiente manejo y atención médica a la paciente.

Como se advierte, en la atención brindada a la paciente Ruby Gineth Urrea Vargas se presentaron fallas protuberantes, fallas que influyeron negativamente en la calidad del servicio médico, pues no fue la pertinente para el cuadro clínico que presentaba. En esas condiciones, el daño, consistente en la muerte, se debió a la peritonitis generalizada secundaria a la apendicitis, la cual tuvo como causa sendos errores en la atención médica que van desde el

¹⁰ Consejo de Estado Sección Tercera, Sentencia, 66001233100020060067201 (40802), 12 de febrero de 2014.

diagnóstico inicial hasta darle la salida, sin lograr identificar la verdadera causa del dolor abdominal por el que consultó la paciente.

Por consiguiente, el daño alegado en la demanda es atribuible jurídicamente a la entidad demandada por falla en el servicio porque funcionó mal, es decir, no como era lo esperado, tal como lo señalan los protocolos previstos en la guía de manejo del Ministerio de la Protección social para cuadros clínicos como el que consultó la paciente. En esa medida, las excepciones propuestas por la entidad demandada consistentes en que no estaba acreditada ni la falla del servicio, ni el nexo causal entre la muerte de la señora Urrea Vargas y el servicio prestado por la entidad accionada han quedado desvirtuadas, por ende, no están llamadas a prosperar.

En consecuencia, como la parte demandante logró demostrar la falla o culpa de la entidad demandada, habrá de declararse la responsabilidad administrativa y patrimonial del Hospital Pablo Sexto de Bosa E.S.E., hoy Subred Integrada de Servicio de Salud Sur Occidente E.S.E., por el daño causado a la parte demandante.

2.5.4. Reparación de los perjuicios

1) Daño moral

Solicitó la parte demandante que se reparara el daño moral para Pedro Pablo Urrea Beltrán y Verónica Vargas Garzón (padres de la víctima) y Alisson Juliana Urrea Vargas (hija de la víctima), cien (100) S.M.L.M.V., para cada uno. Y para Leidy Yicel Urrea Vargas (hermana de la víctima), cincuenta (50) S.M.L.M.V.

Precisa el Despacho que el perjuicio moral es el detrimento del patrimonio inmaterial ocasionado por los sentimientos de angustia, dolor, congoja, aflicción e impotencia que produce el hecho dañoso, tanto en la integridad de la víctima directa que la sufre como de sus parientes cercanos. En cuanto a la manera de reparar el perjuicio moral en casos de lesiones corporales, la Sección Tercera del Consejo de Estado mediante documento del 28 de agosto del 2014, estableció de manera objetiva los criterios para reconocer el daño moral por lesiones corporales, así: En cuanto a la manera de reparar el perjuicio moral en caso de muerte, la Sección Tercera del Consejo de Estado mediante documento del 28 de agosto del 2014, ha 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:

REPARACIÓN DEL DAÑO MORAL EN CASO DE LESIONES					
	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
GRAVEDAD DE LA LESIÓN	Víctima directa y relaciones afectivas conyugales 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
	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.
Igual o superior 50%	100	50	35	25	15
Igual o superior 40% e inferior 50%	80	40	28	20	12
Igual o superior 30% e inferior 40%	60	30	21	15	9
Igual o superior 20% e Inferior 30%	40	20	14	10	6

Igual o superior 10% e Inferior 20%	20	10	7	5	3
Igual o superior 1% e inferior 10%	10	5	3,5	2,5	1,5

No obstante lo anterior, se ha de dar aplicación a la regla jurisprudencial adoptada por la Sección Tercera del Consejo de Estado, en sentencia de unificación del 29 de noviembre de 2021¹¹, que si bien se refiere a la cuantificación del daño moral en los eventos de privación injusta de la libertad, tales reglas jurisprudenciales también son aplicables a los eventos en que se reclama el perjuicio moral en casos de muerte o lesiones personales, pues la filosofía del reclamo de tal perjuicio es la misma.

En dicha jurisprudencia, indicó la alta Corporación que:

"68.3.- En la sentencia de unificación del 28 de agosto de 2014 (radicado 36149), se reitera la presunción de perjuicios morales con la prueba del parentesco a favor de los seres queridos más cercanos, sin determinar quiénes están incluidos en esa categoría. Y no se puede deducir ninguna conclusión de su aplicación a personas distintas de los cónyuges o compañeros permanentes y parientes en el primer grado de consanguinidad, porque en el caso concreto los demandantes eran únicamente la compañera permanente, los hijos y la madre de la víctima directa. No obstante, se incluyó una tabla en la que se señalan cuantías para parientes en los siguientes niveles: en el primer nivel, los cónyuges, compañeros (as) permanentes y parientes en el primer grado de consanguinidad; en el segundo nivel, los parientes en el segundo grado de consanguinidad; en el tercer nivel, los parientes en el tercer grado de consanguinidad; en el cuarto nivel, los parientes en el cuatro grado de consanguinidad y afines hasta el segundo grado; y en el quinto nivel, los terceros damnificados. Y, tal y como se había advertido en la sentencia del 1º de marzo de 2006, expediente 15440, lo anterior se tomó como una presunción jurisprudencial que permitía otorgar <<automáticamente>> perjuicios morales en los rangos de parentesco indicados en la tabla.

En esta sentencia se lee:

<<(…) Asimismo, en relación con la acreditación del perjuicio en referencia, se ha dicho que con la prueba del parentesco o del registro civil de matrimonio se infiere la afectación moral de la víctima, del cónyuge y de los parientes cercanos¹², según corresponda. (…)>>¹³

68.4.- A partir de lo anterior es evidente que lo que se hace en este fallo no es modificar una regla sobre presunción de perjuicios morales, sino precisar su alcance con el objeto de resolver las divergencias en su interpretación y aplicación, conforme con lo dispuesto en el artículo 270 del CPACA. Y, en la medida en que no puede afirmarse que en la sentencia del 28 de agosto de 2013 se adoptó una regla jurisprudencial que estableciera que era suficiente la prueba del parentesco para presumir los perjuicios morales en relación con determinadas víctimas, no es procedente fijar como regla general que, para las demandas presentadas a partir de esa fecha y hasta la expedición de este fallo, deba considerarse como prueba suficiente de los perjuicios morales de los <<parientes cercanos>> la demostración de su parentesco. Lo que genera el carácter vinculante de una regla jurisprudencial es su enunciación precisa en la sentencia en la que se adopta; es esto lo que crea una expectativa legítima en los justiciables y en este caso ello no ocurrió.

68.5.- No obstante, como a partir de la sentencia del 28 de agosto de 2013 puede deducirse que, en relación con los hermanos de la víctima directa era suficiente acreditar el parentesco para tener por demostrado el perjuicio moral, y en la gran mayoría de los fallos tal presunción viene aplicándose, la Sala estima procedente establecer la siguiente regla: en relación con las demandas presentadas desde el 28 de agosto de 2013 y hasta la fecha de expedición de la

¹¹ Consejo de Estado. Sala Plena de la Sección Tercera. Sentencia del 29 de noviembre de 2021. Radicado 18001-23-31-001-2006-00178-01 (46681). C.P. Martín Bermúdez Muñoz.

¹² Consejo de Estado. Sección Tercera. Sentencia del 1º de marzo de 2006. Expediente 15440. MP: María Elena Giraldo Gómez.

¹³ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sala Plena de Sección Tercera. Expediente 68001-23-31-000-2002-02548-01(36149). M.P.: Dr. Hernán Andrade Rincón (E).

presente sentencia, en las cuales el juez advierta que se presentaron fundándose en la jurisprudencia existente y no se solicitaron pruebas para acreditar los perjuicios morales de los parientes en segundo grado de consanguinidad, podrá hacer uso de las facultades probatorias que le otorga la ley para garantizar su derecho al debido proceso. Esta determinación se adoptará sin importar la instancia en la que se encuentre el proceso.

69.- En relación con la determinación de los topes máximos por perjuicios morales y la forma de calcularlos, la sentencia será aplicada de inmediato...”

70.- El hecho de que los demandantes no conocieran estos topes en el momento en que interpusieron sus demandas no afecta la <<confianza legítima>>. El derecho a la reparación de perjuicios sufridos como consecuencia de la privación de la libertad no es un derecho patrimonial que nazca de un acto jurídico (unilateral o bilateral) en el cual la parte se acoge a determinada regla que no puede ser modificada posteriormente. Tampoco puede considerarse que la demanda fue presentada pensando en obtener determinado monto de perjuicios y que la confianza en ese resultado se alteró al establecerse otro monto.

71.- El derecho a la igualdad en este caso se garantiza aplicando la sentencia de manera similar a todos los casos que se fallen luego de su ejecutoria. Suponer que tal derecho solo se garantiza si se le otorga el mismo monto de perjuicios morales a todas las personas que presentaron la demanda durante determinado periodo de tiempo carece de fundamento; la fecha en la cual se presentó la demanda no tiene en este caso ningún tipo de relevancia para estructurar tal derecho, como sí puede tenerla frente a quienes en ese momento consideraban que podían acogerse a la presunción jurisprudencial de perjuicios morales para los hermanos.

72.- Esgrimir el derecho de igualdad para impedir la aplicación inmediata de los topes de perjuicios morales implicaría considerar que los mismos no pueden ser modificados por la jurisprudencia. Implicaría también considerar que, con base en el mismo derecho de igualdad, no existe justificación para que en relación con las demandas presentadas con posterioridad a este fallo se apliquen los nuevos topes.

Así, entonces, al igual que se modificaron los criterios para reconocer el daño moral en casos de privación de la libertad, tales criterios también son aplicables en casos de lesiones corporales por cuanto la filosofía que inspira la reparación de tal perjuicio es la misma en uno y otro caso, así:

“ las **víctimas indirectas**, los topes máximos de indemnización se determinan a partir del monto reconocido a la víctima directa, de la siguiente manera: a.- A los **parientes en el primer grado de consanguinidad del detenido, su cónyuge o su compañero o compañera permanente, el cincuenta por ciento (50%)** de lo que le corresponda a la víctima directa. b.- A los **demás demandantes**, cuando acrediten los perjuicios morales, el **treinta por ciento (30%)** de lo que le corresponda a la víctima directa.

Por lo anterior, se ha de hacer el reconocimiento del monto indemnizatorio por perjuicio moral a los familiares de la víctima directa en los casos de muerte no en la misma cantidad, sino proporcionalmente, así: a los parientes en primer grado de consanguinidad, su cónyuge o su compañero o compañera permanente, el 50% de lo que le corresponda a la víctima directa, y a los demás demandantes, cuando acrediten perjuicios morales, el 30% de lo que le corresponda a la víctima directa.

Así, entonces, como dentro del proceso quedó acreditado el parentesco de los demandantes con la señora Ruby Gineth Urrea Vargas (víctima directa) (fls. 48, 49 y 55 c1), y siguiendo los criterios establecidos por el Consejo de Estado, por daño moral se reconocerán en proporción de lo que le correspondería a la víctima directa, los siguientes valores:

Nombre	Parentesco	Indemnización
Pedro Pablo Urrea Beltrán	Padre de la víctima	50 SMLMV
Verónica Vargas Garzón	Madre de la víctima	50 SMLMV
Alisson Juliana Urrea Vargas	Hija de la Víctima	50 SMLMV
Leidy Yicel Urrea Vargas	Hermana de la víctima	30 SMLMV
	Total	180 SMLMV

2) Daño emergente

Solicitó la parte demandante que se repare el daño emergente por \$2.332.000 consistente en los gastos que se generaron por servicios funerarios y \$210.000 por lápida de la bóveda. Para el efecto, allegó los recibos Nos. 107279 y 102394 que dan cuenta del pago realizado por Pedro Pablo Urrea Beltrán por servicios funerarios de Ruby Gineth Vargas Urrea. Como soporte de tal pago, allegó cotización de servicios funerarios de Jardines del Apogeo No. 18573 y contrato de arrendamiento de bóveda No. 7483.

En esa medida, dado que se encuentra acreditado el daño emergente consistente en la erogación en dinero que se tuvo que hacer para el funeral y entierro de Ruby Gineth Vargas Urrea (q.e.p.d.), se reconocerá y ordenará pagar dicho perjuicio, consistente en \$2.332.000.

Dicha suma, debe ser actualizada desde el 29 de septiembre de 2011, fecha en que se hizo el pago, al mes anterior en que se profiere la presente sentencia y que fue certificada por el Banco de la República, esto es, febrero de 2022, conforme a la siguiente fórmula:

$$Ra = R \frac{\text{Índice Final (If)}}{\text{Índice Inicial (Ii)}}$$

Donde:

Ra = Renta actualizada a establecer.

R = Renta histórica, es decir el salario devengado por el actor.

If = Índice de precios al consumidor, certificado por el DANE, del mes anterior a la sentencia – febrero de 2022.

Ii = Índice de precios al consumidor, certificado por el DANE del mes en desde que el demandante hizo el pago, esto es septiembre de 2011.

$$Ra = \$2.332.000 \frac{\text{Índice Final (If) = (febrero 2022)}}{\text{Índice Inicial (Ii) (septiembre 2011)}}$$

$$Ra = \$2.332.000 \frac{115,11}{75,62} = 1,522$$

$$Ra = \$3.549.304,00$$

Entonces, por daño emergente se debe reconocer a favor de Pedro Pablo Urrea la suma de **\$3.549.304,00**

3) Lucro cesante

Solicitó igualmente la parte demandante que se repare el lucro cesante consolidado y futuro para Alisson Juliana Urrea Vargas y Verónica Vargas Garzón, hija y madre de la víctima, respectivamente.

En lo que corresponde a este tipo de daño, es preciso señalar que, si bien se allegó certificado de la subdirección de formación y empleabilidad de la Alcaldía Mayor de Bogotá, donde se indica que la señora Ruby Gineth Urrea Vargas tuvo un contrato de prestación de servicios con el Instituto para la Economía social –IPES que inició el 2 de agosto de 2010 hasta el 15 de febrero de 2011, por valor de \$8.831.400, lo cierto es que para la época de los hechos (septiembre de 2011) estaba desempleada. En esa medida, no hay evidencia ni fundamento probatorio para acceder a tal pedimento. En consecuencia, se denegará la indemnización por lucro cesante solicitado.

2.5. Decisión del llamamiento en garantía.

La Compañía Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A. al contestar el llamamiento en garantía propuso la excepción de prescripción porque el asegurado promovió acción en contra del asegurador solo hasta el momento en que hizo el llamamiento. Esto por cuanto la modalidad de cobertura del riesgo asegurado fue por ocurrencia durante de la vigencia del seguro, siempre que la reclamación del damnificado al asegurado o al asegurador se efectúe dentro del término estipulado en el contrato, que no puede ser inferior a dos años.

Señaló igualmente que en la Póliza la única cobertura adicional contratada lo fue para perjuicios morales, los demás perjuicios extrapatrimoniales contratados no gozan de cobertura, y los mismos están limitados al 25% de la suma asegurada. En todo caso, hay que tener en cuenta el deducible que habrá de hacerse en el eventual caso de una condena

Por último, postula la reducción de la suma asegurada por pago de indemnización; argumenta que habrá que reducir de cualquier eventual indemnización los pagos que hayan afectado durante la vigencia de la póliza que se anexa con el llamamiento.

Al respecto, el artículo 1081 del Código de Comercio establece que *"La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria. La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción. La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho"*.

Por otro lado, en cuanto a la ocurrencia del siniestro y al punto de partida para el conteo del término de la prescripción, el artículo 1131 de dicho código señala que *"En el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima. Frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial"*.

Dicha norma debe ser armonizada con lo previsto en el artículo 21 de la Ley 640 de 2001, prevé que *"La presentación de la solicitud de conciliación extrajudicial en derecho ante el conciliador suspende el término de prescripción o de caducidad, según el caso, hasta que se logre el acuerdo conciliatorio o hasta que el acta de conciliación se haya registrado en los casos en que este trámite sea exigido por la ley o hasta que se expidan las constancias"*.

Entonces, en el sub lite, el siniestro (la muerte de la señora Ruby Gineth Urrea) ocurrió en vigencia de la póliza de responsabilidad civil Clínicas y Hospitales No. 3420311000429 que iba del 28 de febrero de 2011 al 31 de diciembre de 2011. La solicitud de conciliación prejudicial en la que fue convocado el Hospital Pablo VI de Bosa E.S.E., fue radicada por el demandante el 10 de julio de 2013 y la constancia de no conciliación fue expedida el 22 de octubre de 2013. La demanda fue presentada el 25 de noviembre de dicha anualidad y admitida el 27 de noviembre de 2013. El demandado fue notificado del auto admisorio el 5 de agosto de 2015 y el llamamiento en garantía se hizo con la contestación de la demanda el 17 de septiembre de 2015

Según lo anterior, el término bienal de prescripción de la acción ordinaria que tenía el Hospital Pablo VI de Bosa, quien es el directo interesado, empezó a correr el 23 de octubre de 2013, que es el día siguiente a la fecha en que fue expedida el acta de no conciliación (fls. 66-67 c1), e iba hasta el 23 de octubre de 2015. Y como el referido Hospital llamó en garantía a la aseguradora el 17 de septiembre de 2015, para esa fecha no había operado el fenómeno de la prescripción de la acción del seguro.

Ahora, en cuanto a las condiciones de la póliza, se observa que estaba amparada la responsabilidad *"como consecuencia de cualquier acto médico derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en salud a las personas"*, por cien millones de pesos. Dentro de dicha cobertura se encontraba la responsabilidad por *"daños morales sublimitada al 25% del valor asegurado por evento/vigencia. Este valor está incluido en límite asegurado básico y no en exceso de este"*. De tal cobertura se debe hacer el deducible básico del 10% que fue estimado mínimo en \$3.000.000.

En esa medida, la mencionada aseguradora es solidariamente responsable de pagar el monto de la condena hasta por la suma de \$25.000.000,00 que corresponde al 25% de los cien millones por daños morales, que es el monto amparado por evento/ocurrencia; de tal suma se hará el deducible básico pactado de \$3.000.000,00. Lo anterior, tiene fundamento en que no aparece acreditado dentro del proceso que dicha póliza haya sido afectada por pagos realizados por la aseguradora por concepto de otros siniestros.

2.6. Costas

En cuanto a la condena en costas, en aplicación del criterio objetivo valorativo señalado por el artículo 188 de la ley 1437 de 2011, en concordancia con el artículo 365 del Código General del Proceso, debe verificarse si hay lugar a condena en costas a la parte vencida.

Se habla de un criterio «*objetivo*» porque en toda sentencia se «dispondrá» sobre costas, es decir, se decidirá, bien sea para condenar total o parcialmente, o bien para abstenerse. Y es «*valorativo*» porque se requiere que en el expediente el juez revise si las mismas se causaron y en la medida de su comprobación, tal y como lo ordena el CGP. En consideración a lo anterior, dado que no aparece acreditada su causación, el Despacho se abstendrá de condenar en costas a la parte vencida.

En mérito de lo expuesto, **el Juzgado Treinta y cinco (35) Administrativo del Circuito de Bogotá – Sección Tercera**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

PRIMERO: DECLARAR administrativa y patrimonialmente responsable al Hospital Pablo Sexto de Bosa E.S.E., hoy Subred Integrada de Servicio de Salud Sur Occidente E.S.E., por la muerte de Ruby Gineth Urrea Vargas, de acuerdo con las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: CONDENAR al Hospital Pablo Sexto de Bosa E.S.E., hoy Subred Integrada de Servicio de Salud Sur Occidente E.S.E., a pagar ciento ochenta (180) salarios mínimos legales mensuales vigentes, por concepto de daño moral, a favor de las siguientes personas:

Nombre	Parentesco	Indemnización
Pedro Pablo Urrea Beltrán	Padre de la víctima	50 SMLMV
Verónica Vargas Garzón	Madre de la víctima	50 SMLMV
Alisson Juliana Urrea Vargas	Hija de la Víctima	50 SMLMV
Leidy Yicel Urrea Vargas	Hermana de la víctima	30 SMLMV
	Total	180 SMLMV

TERCERO: CONDENAR al Hospital Pablo Sexto de Bosa E.S.E., hoy Subred Integrada de Servicio de Salud Sur Occidente E.S.E., a pagar a favor del señor Pedro Pablo Urrea Beltrán la suma de tres millones quinientos cuarenta y nueve mil trescientos cuatro pesos (**\$3.549.304,00**) M/Cte., por concepto de daño emergente.

CUARTO: NEGAR las demás pretensiones de la demanda, por lo expuesto en la parte motiva.

QUINTO: La llamada en garantía MAPFRE Seguros Generales de Colombia S.A. es solidariamente responsable de pagar la condena impuesta hasta por la suma de \$25.000.000,00 que corresponde al 25% de los cien millones por daños morales, que es el monto amparado por evento/ocurrencia; de tal suma se hará el deducible básico de \$3.000.000,00, según fue pactado en la póliza de responsabilidad civil número 3420311000429.

SEXTO: NO CONDENAR en costas, por lo expuesto en la parte motiva.

SÉPTIMO: Por secretaría del juzgado, procédase a la notificación de la sentencia en la forma dispuesta en el artículo 203 de la ley 1437 de 2011.

OCTAVO: De no ser apelada esta providencia y una vez en firme, por Secretaría, **EXPÍDASE** copia auténtica del fallo con constancia de su ejecutoria, previo a que la parte interesada pague las expensas necesarias para dicho trámite.

NOVENO: Por Oficina de Apoyo para los Juzgados Administrativos, **liquídense** los gastos del proceso; en caso de remanentes, entréguese a la parte interesada, y **ARCHÍVESE** el proceso en el sistema de gestión Siglo XXI.

Firma

**JOSÉ IGNACIO MANRIQUE NIÑO
JUEZ**

Firmado Por:

Jose Ignacio Manrique Niño
Juez
Juzgado Administrativo
035
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

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

Código de verificación: **62c9062606d827a005a71d8560f10f96b20da30ffe4317bd528432b9645ba684**

Documento generado en 01/04/2022 09:35:02 AM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>