



**JUZGADO TREINTA Y OCHO ADMINISTRATIVO ORAL  
CIRCUITO JUDICIAL BOGOTÁ D.C.  
SECCIÓN TERCERA**

**Juez:** *ASDRÚBAL CORREDOR VILLATE*

**Bogotá D.C.**, dieciocho (18) de septiembre de dos mil veintitrés (2023)

**Medio de Control:** Reparación Directa  
**Expediente:** 1100133360380201500200-00  
**Demandante:** Luis Eduardo Aroca Basurto y otros  
**Demandado:** Hospital Universitario de La Samaritana y otros  
**Asunto:** Sentencia primera instancia

El Despacho pronuncia sentencia de primera instancia dentro del proceso de la referencia, dado que el trámite se agotó en su integridad y no se aprecia ningún vicio que invalide lo actuado.

**I.- DEMANDA**

**1.- Pretensiones**

La demanda pretende los siguientes pronunciamientos:

1.1.- DECLARAR que el HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA ESE, el HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA y el MUNICIPIO DE TOCAIMA son administrativa y extracontractualmente responsables de los perjuicios ocasionados a los demandantes LUIS EDUARDO AROCA BASURTO, XAIRA DAYANA AROCA RODRÍGUEZ, NELLIRETH ALEJANDRA AROCA RODRÍGUEZ, ANDREI DUVÁN AROCA RODRÍGUEZ, YENI ALEIDA RODRÍGUEZ BASURTO, MAUREN JURANNY RODRÍGUEZ BASURTO y RUSSBEL ARBEY RODRÍGUEZ BASURTO, con motivo del fallecimiento de CAROLA MARÍA BASURTO ROJAS, ocurrido el 25 de enero de 2014 debido "*a la falla del servicio médico asistencial por la prestación de un deficiente del servicio de salud...*"<sup>1</sup>.

1.2.- CONDENAR al HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA ESE, el HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA y el MUNICIPIO DE TOCAIMA, a que indemnicen a los demandantes los perjuicios derivados del hecho en cuestión así: (i) 100 SMLMV<sup>2</sup> para LUIS EDUARDO AROCA BASURTO, YENI ALEIDA RODRÍGUEZ BASURTO, MAUREN JURANNY RODRÍGUEZ BASURTO y RUSSBEL ARBEY RODRÍGUEZ BASURTO, por concepto de perjuicios morales; (ii) 50 SMLMV para XAIRA DAYANA AROCA RODRÍGUEZ, NELLIRETH ALEJANDRA AROCA RODRÍGUEZ y ANDREI DUVÁN AROCA RODRÍGUEZ, por concepto de perjuicios morales; (iii) cifra indeterminada para los adultos y 50 SMLMV para los menores de edad, por concepto de perjuicios materiales.

1.3.- Que la condena a imponer se cumpla en los términos de los artículos 187 y 192 del CPACA y se condene en costas a la parte demandada.

**1.2.- Fundamentos de hecho**

El relato fáctico de la demanda se sintetiza de la siguiente forma:

El 13 de enero de 2014 la señora Carola María Basurto Rojas (q.e.p.d.), asistió al Hospital Marco Felipe Afanador de Tocaima para la práctica de unos exámenes de glucosa ordenados por la Dra. Paola Méndez. Al día siguiente ingresó al mismo hospital por consulta externa para revisar los exámenes previamente tomados, la citada médica la atendió y la encontró con hipotensión y mareo, y si bien dijo que el examen de glucosa estaba normal, sí tenía una infección urinaria sin cuantificar, por lo que ordenó su

<sup>1</sup> Todas las transcripciones que aparecen en esta providencia se hacen al pie de la letra, sin omitir errores ortográficos, gramaticales, de digitación, etc.

<sup>22</sup> Salarios mínimos legales mensuales vigentes.

hospitalización por tres días para brindarle el respectivo tratamiento, orden que dirigió al servicio de urgencias de esa institución.

Luego de una espera de más de dos horas en sala y de pedirle en más de tres oportunidades al Dr. Gustavo Adolfo Gutiérrez Navarro, la señora Carola María Basurto Rojas (q.e.p.d.), fue remitida a la habitación 303, sin embargo, no obstante lo anterior *“la orden de hospitalización no se había dado y la paciente continuaba con fiebre alta y sin atención médica.”* A las 18:00 horas del 14 de enero de 2014 ya le habían suministrado medicamentos, pero su ingreso al hospital todavía no estaba registrado. A las 22:00 horas del mismo día, la paciente presentaba diarrea, vómito y vértigo, todavía no había sido valorada por un médico.

El 15 de enero de 2014 les dijeron a los médicos Dr. Gustavo Adolfo Gutiérrez Navarro, Dr. Benigno Mendoza y Dr. Sergio Gómez, que la paciente presentaba dolor en la parte inferior del abdomen y llenura, a lo que respondió el último que eso era normal por la infección. A las 9:30 horas la paciente refirió a familiares y personal médico que sentía mucho dolor en el abdomen, inflamación y diarrea, pero los médicos insistieron en la misma respuesta anterior. Ante los constantes requerimientos de las hijas de la paciente solo a las 15:00 horas de ese día se presentó el Dr. Sergio Gómez, quien se identificaba como médico, la señora Yeni Alida le solicitó que ordenara la práctica de una ecografía para descartar problemas de filtración a nivel intestinal, pero el Dr. Gómez dijo que no era necesario porque en su opinión los síntomas eran una reacción al antibiótico que se le había aplicado a la paciente. Siendo las 21:00 horas del mismo día la condición de la paciente empeoró, el vómito fue más recurrente, pero ningún médico la atendió.

El 16 de enero de 2014 amanece igual de mal, a las 7:00 horas ingresan a la habitación de la paciente el cirujano Dr. Jairo Eduardo Corrales Padilla, el Dr. Gustavo Adolfo Gutiérrez Navarro, jefe de piso, y el señor Sergio Gómez, momento en el cual los demandantes se enteraron que no era médico, que se trataba de un enfermero. El Dr. Corrales examina a la paciente, se le informa que el vómito y la diarrea no cesan, para el Dr. Gutiérrez Navarro eso es normal, como una reacción al antibiótico, la señora Mauren Juranny sugiere a los médicos la práctica de una ecografía, pero los doctores desestiman la sugerencia entre bromas y se retiran. La noche termina para la paciente en estado lamentable.

El 17 de enero de 2014 a las 6:00 horas la paciente es cambiada a la cama 205, habitación que presenta inundaciones por una llave dañada, se presentan los médicos Dr. Gustavo Adolfo Gutiérrez Navarro, Dr. Benigno Mendoza, Dr. Jairo Eduardo Corrales Padilla y la Dra. Catalina Agatón, a quienes una de las hijas de la paciente vuelve a pedirles la práctica de una ecografía, ante lo cual el Dr. Corrales Padilla respondió *“para que quiere una ecografía? Para ver simples pedos reflejados en el abdomen de su mama”* y los médicos acompañantes se burlan y Corrales ante una nueva solicitud le reitera la respuesta a la hija de la paciente.”

Ante el deterioro de la paciente y sin tener aún un diagnóstico sobre los problemas de salud que la aquejaban, la entidad decidió remitirla al Hospital Universitario de La Samaritana, y le informó a los parientes que ello tardaría alrededor de 6 horas.

El 18 de enero de 2014, a las 11:00 horas, la paciente ingresó al Hospital Universitario de La Samaritana, directamente a la unidad de cuidados intensivos. *“Mas tarde nos informan que el diagnóstico es una apendicitis clínicamente mal controlada, que se había convertido en una peritonitis gangrenosa, además les informan a los parientes de la paciente que con una ecografía realizada a tiempo se hubiera podido controlar.”* El Hospital retiró a la paciente *“el recto derecho y pronostican que si el organismo de la paciente no responde deberán amputar el intestino delgado.”* El 20 de enero siguiente los galenos informan sobre el estado de la paciente, lo que igual sucede el 24 de enero, pero la paciente fallece el 25 de enero de 2014 a las 16:00 horas *“producto de la negligencia médica y la deficiente atención prestada por el Hospital de Tocaima”*. El médico informó que el deceso se debió a un cuadro de apendicitis no diagnosticada, que evolucionó a peritonitis.

### **1.3.- Fundamentos de derecho**

La demanda se sustenta en los artículos 2, 49 y 90 de la Constitución Política, así como en extractos jurisprudenciales de la Sección Tercera del Consejo de Estado, y en el artículo 140 del CPACA.



## II.- CONTESTACIÓN

El **Hospital Universitario de La Samaritana ESE** contestó la demanda con documento radicado el 16 de agosto de 2016. Admitió algunos hechos, frente a otros dijo que no le constaban y debían probarse. Precisó que la señora Carola María Basurto Rojas (q.e.p.d.), a su ingreso a ese hospital, presentaba un “*Cuadro de sepsis abdominal secundaria a peritonitis generalizada y fecal por apendicitis perforada al parecer con plastrón apendicular*”. Expresó su oposición a las pretensiones de la demanda, la que se materializó en la formulación de las siguientes excepciones de fondo:

1.- Falta de legitimación en la causa por pasiva: Se fundamenta en que durante el lapso de tiempo que permaneció la paciente ingresada en sus instalaciones (Enero 18 a 25 de 2014), esa entidad tenía firmado con la Cooperativa de Trabajo Asociado Médica Especializada Megacoop el Contrato de Prestación de Servicios No. 004 de 8 de enero de 2014, el que según sus cláusulas primera, tercera, quinta, vigésima primera, el Anexo 1, tenía previsto que esa cooperativa sería la encargada de la prestación de los servicios de salud de los pacientes que allí ingresaran, así como de constituir las garantías del caso y mantener indemne al hospital. Por tanto, considera que no puede atribuirse ninguna responsabilidad por el deceso de la paciente, como tampoco configurarse solidaridad pasiva con la mencionada cooperativa.

Agrega que todo el personal de salud que atendió a la paciente estaba asociado a la referida cooperativa y estaba vinculado a la operación del Hospital, “*sin que con ello se pretenda determinar que era personal propio o de planta de mi representada y que por sus actos hubiese ocasionado la presunta falla en la prestación del servicio que aduce la parte demandante*”.

2.- Ausencia de falla en la prestación del servicio: Se basa en los mismos planteamientos de la anterior, con la precisión que como el personal de salud que atendió a la paciente estaba asociado a Megacoop, no hubo forma que el Hospital incurriera en falla en la prestación del servicio.

3.- Ausencia de responsabilidad del Hospital Universitario de La Samaritana: Se apoya en que no es posible que se declare una responsabilidad solidaria frente a esta entidad, puesto que en la demanda se narran todos los esfuerzos realizados por el Hospital para salvar la vida de la paciente.

4.- Obligación de medio y no de resultado – Desarrollo eficiente de la actividad médica: Se argumenta que desde el mismo instante que la paciente ingresó al Hospital se le brindó toda la atención necesaria, incluso se le practicó laparotomía exploratoria y fue remitida a la unidad de cuidados intensivos, luego presentó mejoría por lo que fue extubada el 24 de enero de 2014, sin embargo, después de su salida de dicha unidad presentó un paro cardiorrespiratorio que concluyó en su fallecimiento. Los diagnósticos que se pudieron establecer fueron: (i) Insuficiencia respiratoria tipo III, (ii) Sepsis abdominal severa resuelta por K, Neumonía Blee, (iii) Convalecencia consecutiva a cirugía laparotomía (18/01/14), laparostomía (20/01/2014), (iv) Convalecencia consecutiva a cirugía (23/01/14) lavado abdominal + cierre de laparatomía.

Insiste en que la labor del Hospital fue acertada y efectiva, pese a la gravedad del estado de salud de la paciente, lo que indicaba alta probabilidad de muerte. Recuerda que la actividad médica genera obligaciones de medio y no de resultados y que “*para nuestro caso se realizaron los procedimientos correctos para tratar de buscar una solución a un diagnóstico errado y a una remisión tardía...*”.

5.- Rompimiento del nexo causal entre la atención inicial y la atención prestada en el Hospital Universitario de La Samaritana: Al respecto se aduce que desde el ingreso de la paciente al Hospital se le brindaron todas las atenciones necesarias para preservar su vida, incluso se logró que se recuperara por algunos días, aunque al final falleció por la gravedad del problema de salud con el que ingresó.

6.- Indebida cuantificación de perjuicios morales: Se sostiene que en la cirugía del 18 de enero de 2014 el Hospital estableció como hallazgos “*Proceso séptico secundario a una peritonitis, por una apendicitis perforada y emplastrada*”, por lo que no le cabe ninguna responsabilidad por el deceso de la paciente. Además, “*No existe prueba que soporte la afectación moral que se reclama para cada uno de los demandantes*”.



7.- Indebida cuantificación de perjuicios materiales: Sobre el particular se dice que no se acredita cuál es el daño emergente y el lucro cesante, como tampoco los salarios solicitados para cada uno de los demandantes. Además, no existe ninguna prueba que acredite la actividad económica que desarrollaba la señora Carola María Basurto Rojas (q.e.p.d.).

El **Hospital Marco Felipe Afanador de Tocaima ESE** dio respuesta a la demanda con escrito radicado el 16 de agosto de 2016. Frente a la gran mayoría de los hechos pidió respaldo probatorio, otros fueron negados y admitidos. Sostiene que la ecografía que se dice en la demanda solicitó la familiar de la paciente no era necesaria, debido a que la apendicitis se diagnostica por clínica o examen físico al paciente y no por ayudas diagnósticas. Señala que la hora real de ingreso de la paciente es a las 12:27:28 horas del 14 de enero de 2014. El 15 de enero siguiente la paciente presentó mejoría por síntomas, no tenía ningún tipo de dolor abdominal. Ante los síntomas de vómito y diarrea se le practicaron exámenes de laboratorio, los que arrojaron presencia de parásitos. Solo hasta el 17 de enero de 2014 a las 10:30 horas la paciente refirió dolor, ante lo cual se le aplicó a la paciente una ampolla de butil bromuro más dipirona diluido en los líquidos endovenosos, y como el dolor persistía a las 3:00 pm la enfermera avisó al médico quien de inmediato ordenó cuadro hemático y rayos equis. Dado el interés de los médicos por el estado de salud de la paciente el 17 de enero de 2014 a las 18:32 horas se la revalora y solo hasta ese momento se detectan signos de irritación peritoneal o Blumberg positivo, momento en el que se le remite para valoración por cirugía general, es decir que, los médicos si tuvieron un diagnóstico. La remisión de la paciente se hizo el 18 de enero de 2014 a las 6 horas, quien egresó estable, despierta, consciente, orientada y afebril, acompañada de auxiliar de enfermería y médico.

La entidad explica que la apendicitis es causada por parásitos que producen fecalitos, los que pueden obstruir el orificio de irrigación del apéndice, lo que genera inflamación y dolor. Es posible que la apendicitis se haya desarrollado por los estados patológicos que tuvo la paciente, como fueron infección de vías urinarias y parasitismo intestinal (colitis amebiana), así como el que tuviera 58 años de edad. Además, el cuadro clínico de la paciente indica que su remisión fue oportuna, puesto que según sus síntomas para ese momento el apéndice no se había perforado, ya que no presentaba fiebre.

Adicionalmente, formuló las siguientes excepciones de mérito:

1.- Inexistencia de nexo de causalidad: Se apoya en que la entidad sí le brindó oportunamente a la paciente los servicios médicos disponibles, al igual que para los días 17 y 28 de enero de 2014 ya había sido diagnosticada con blumberg positivo; así como que la remisión se hizo cuando aún no se había perforado el apéndice, según los síntomas presentes para ese momento, ya que estaba afebril, consciente, alerta y estable.

2.- Fuera mayor – caso fortuito: Además de reiterar parte de lo ya resumido, señala que “es irresistible e imprevisible y escapa al dominio de cualquier clínica u hospital saber cuándo a una persona inicia un sintomatología de apendicitis... o establecer con certeza cuando esta se pueda perforar...”, y que no se sabe cuál fue la oportunidad con la que actuó el Hospital Universitario de La Samaritana.

El apoderado judicial del **Departamento de Cundinamarca** dio contestación a la demanda con documento radicado el 17 de agosto de 2016.

La **Cooperativa de Trabajo Asociado Médica Especializada Megacoop**, pese a que fue notificada personalmente del auto de 21 de octubre de 2016, que admitió el llamamiento en garantía formulado en su contra por el Hospital Universitario de La Samaritana ESE, no contestó la demanda ni el llamamiento en garantía.

La **Compañía aseguradora de fianzas S.A. – Seguros Confianza S.A.**, con documento radicado el 23 de agosto de 2017 contestó la demanda y el llamamiento en garantía, pero únicamente en cuanto al que le hizo el Hospital Universitario de La Samaritana ESE con respecto a la póliza de responsabilidad civil extracontractual No. 17-RO008918 – Certificado 17-RO24587, pero no contestó el llamamiento en garantía que le hizo el mismo hospital con base a la póliza No. 17-GU030815 – Certificado 17-GU056707. Al referirse a los hechos de la demanda dijo que no le constan y se opuso a la prosperidad

de las pretensiones de la demanda y del llamamiento en garantía. Propuso las siguientes excepciones de mérito:

- 1.- Inexistencia de negligencia o impericia por parte del personal del Hospital Universitario de La Samaritana ESE: Se fundamenta en que no existe prueba de que los daños alegados se hayan desprendido de alguna actuación de este hospital.
- 2.- Las obligaciones del personal médico tratante fueron de medios y no de resultado: Se apoya en la teoría jurisprudencial construida alrededor de esos conceptos y en que el personal médico actuó con diligencia para mejorar la condición de salud de la paciente.
- 3.- Ausencia de cobertura de daños morales, extrapatrimoniales y lucro cesante por disposición legal y ausencia de cobertura excluida expresamente: Con fundamento en el artículo 1127 del Código de Comercio, subrogado por el artículo 84 de la Ley 45 de 1990, dice el apoderado que el seguro de responsabilidad civil no cubre perjuicios extrapatrimoniales causados por el asegurado, además que en la respectiva póliza no se estipuló nada sobre el particular, lo que igual ocurre con el lucro cesante. Por otro lado, la demanda nada pretende por lucro cesante.
- 4.- Deducible: Sostiene que en este caso el deducible pactado es del 10% del monto indemnizable, el que deberá asumirse por el asegurado.
- 5.- Máximo valor asegurado: Cita al efecto el artículo 1079 del Código de Comercio para sostener que el asegurador puede a su arbitrio establecer topes a las indemnizaciones que reconocerá.

La **Previsora S.A. Compañía de Seguros**, con documento radicado el 24 de agosto de 2017, dio respuesta a la demanda y al llamamiento en garantía admitido con auto de 21 de octubre de 2016, respecto de la Póliza de responsabilidad civil No. 1005485, efectuado por el Hospital Marco Felipe Afanador de Tocaima ESE. Se opuso a las pretensiones de la demanda y del llamamiento en garantía. Frente a los hechos de la demanda dijo que no le constan. Sobre los hechos del llamamiento en garantía dijo que admitía algunos, otros no son ciertos o no se trata de hechos o no le constan. Además de coadyuvar las excepciones planteadas por el Hospital Marco Felipe Afanador de Tocaima ESE, propuso frente a la demanda las siguientes excepciones:

- 1.- Inexistencia de falla del servicio o mala praxis imputable al Hospital Marco Felipe Afanador ESE: De entrada, señala que en materia de responsabilidad médica en esta jurisdicción el régimen aplicable es el de falla probada del servicio, dado que la actividad médica no es una actividad peligrosa y que sus obligaciones son de medio y no de resultado. Después de hacer otros comentarios relativos a la materia dijo que en este asunto no existen fundamentos fácticos ni jurídicos para declarar la responsabilidad de la entidad.
- 2.- Ausencia de nexo causal entre la conducta desplegada por el Hospital Marco Felipe Afanador ESE y el daño cuya reclamación pretenden los demandantes: Además de citar apartes de providencias de las Altas Cortes relacionadas con el nexo de causalidad, dice que este componente nunca se presume y que por ello debe probarse, lo que no sucede en este caso, pues no se aprecian pruebas al respecto.
- 3.- Inexistencia y/o sobreestimación de los perjuicios cuya indemnización reclama la parte actora: Señala el apoderado que lo pretendido con la demanda por perjuicios morales supera ampliamente los parámetros fijados en la jurisprudencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado. Agrega que la tasación de los perjuicios materiales no atiende lo dispuesto en el artículo 206 del CGP porque no se discriminan los conceptos que integran el valor señalado; y que si lo solicitado es el lucro cesante, al afirmarse que la víctima era una trabajadora dependiente, no habría ningún perjuicio porque si cotizaba se le ha debido reconocer a sus familiares la pensión de sobrevivientes.

Y, con respecto al llamamiento en garantía presentó las siguientes excepciones:

- 1.- La póliza de responsabilidad civil de servidores públicos 1005485 cubre la responsabilidad profesional médica en que hubiese podido incurrir el Hospital Marco Felipe Afanador ESE: Al efecto se sostiene que en dicha póliza no se amparó la



responsabilidad profesional derivada de acciones u omisiones de los profesionales de la salud adscritos a dicho hospital. De igual forma, se aduce a partir de las exclusiones pactadas en la póliza, que *“en el evento en que los hechos materia del presente reclamo judicial materialicen alguna **exclusión**, NO será procedente derivar responsabilidad alguna a cargo de mi representada con cargo a la **Póliza de Responsabilidad Civil Servidores Públicos 1005983**. Máxime si se tiene en cuenta que la Póliza en cita **expresamente excluye toda responsabilidad derivada de lesiones o muerte de una persona**.”*.

2.- No existe cobertura a la luz de la Póliza Multirriesgo PreviHospital 1001042 de la responsabilidad profesional médica en que hubiese podido incurrir el Hospital Marco Felipe Afanador ESE: El Despacho señala que el llamamiento en garantía se rechazó expresamente frente a esta póliza y que la providencia no fue impugnada, por lo que está en firme. Esto hace innecesario resumir sus planteamientos.

3.- Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: En la audiencia inicial de 6 de junio de 2019 se declaró probada la excepción de prescripción formulada por La Previsora S.A., con respecto a los llamamientos en garantía efectuados por el Hospital Marco Felipe Afanador de Tocaima ESE y el Hospital Universitario de La Samaritana ESE. Sin embargo, el Tribunal Administrativo de Cundinamarca – Sección Tercera – Subsección “A”, con auto de 5 de marzo de 2019, revocó dicha determinación, tras considerar que no se configuraba dicho medio exceptivo. Por tanto, resulta innecesario hacer resumen de sus argumentos.

La **Previsora S.A. Compañía de Seguros**, con documento radicado el 24 de agosto de 2017, dio respuesta a la demanda y al llamamiento en garantía admitido con auto de 21 de octubre de 2016, respecto de la Póliza de responsabilidad civil No. 1005885, efectuado por el Hospital Universitario de La Samaritana. Se opuso a lo pretendido en la demanda, la respuesta a los hechos de la misma es similar a la consignada en precedencia, la contestación a los hechos del llamamiento se concentra en señalar que la sola existencia de la póliza o el pago de la prima no da lugar a que se configure la responsabilidad contractual, para lo cual se requiere del cumplimiento de los presupuestos legales. Las excepciones de mérito contra la demanda son las mismas de la contestación anterior, salvo la siguiente:

1.- Ausencia de responsabilidad frente a la patología base del paciente y en relación con reacciones orgánicas imprevisibles: Se sustenta en que la patología previa del paciente es un riesgo no generado por la institución, quien solo debe responder en cuanto ejecute una mala praxis en la prestación de los servicios de salud. Por ello, señala que no se le puede atribuir responsabilidad a la entidad *“en la medida que el empeoramiento del cuadro clínico de la paciente y el ulterior paro cardiorrespiratorio constituyen circunstancias imprevisibles, ajenas por completo a la ecuación riesgo-beneficio que comporta el acto médico.”*

Y, con respecto al llamamiento en garantía presentó las siguientes excepciones de mérito:

1.- La cobertura de las pólizas se encuentra limitada a lo estrictamente convenido en su clausulado: Señala que en el evento de prosperar la demanda la responsabilidad de la compañía de seguros debe limitarse a los estrictos términos del contrato de seguro, además, pide tener en cuenta que la póliza se expidió bajo la modalidad *claims made*.

2.- La póliza no cubre daños derivados de abandono y/o negativa de atención al paciente: Se fundamenta en que de probarse que la entidad hospitalario abandono o se negó a prestarle los servicios de salud a la paciente, no se imponga ninguna condena a la aseguradora porque ello se excluyó expresamente.

3.- En caso de determinarse inconsistencias en la historia clínica o de diligenciarse indebidamente el consentimiento informado, se produce la pérdida del derecho a la indemnización: Se basa en que en el contrato de seguro se estipuló como condición suspensiva para el surgimiento del derecho indemnizatorio el indebido diligenciamiento y cuidado de las historias clínicas.

4.- Debe respetarse la suma máxima asegurada: Con apoyo en el artículo 1079 del Código de Comercio y lo previsto en el contrato de seguro, en caso de prosperar las pretensiones de la demanda, debe respetarse la suma máxima asegurada, esto es



\$500.000.000.oo, dentro de lo que se previó por daños máximos extrapatrimoniales la suma de \$150.000.000.oo por evento.

5.- Existencia de deducible: Solicita se tome en cuenta el deducible pactado en el 10% o como mínimo la cantidad de \$10.000.000.oo.

6.- Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: Se reitera lo dicho para la misma excepción en la otra contestación que presentó La Previsora S.A.

Por último, se tiene el acápite denominado "*OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO*", donde se formulan reparos a la tasación de los perjuicios materiales e inmateriales.

La **Compañía Aseguradora de Fianzas S.A. Confianza**, con documento presentado el 23 de agosto de 2017, dio respuesta al llamamiento en garantía que le hizo el Hospital Universitario de La Samaritana ESE. Expresó que no le constan los hechos de la demanda. Se opuso a las pretensiones de la demanda y las del llamamiento en garantía. Los hechos de la demanda los respondió señalando que algunos son ciertos, otros no le constan, pero aclarando que el contrato de seguro excluye el lucro cesante y los perjuicios extrapatrimoniales, se limita el valor máximo asegurado previo deducible mínimo de \$12.500.000.oo. Planteó las siguientes excepciones de mérito:

1.- Inexistencia de negligencia o impericia por parte del personal del Hospital Universitario de La Samaritana: Se apoya en que, con base en lo afirmado en la demanda y los medios de prueba recopilados, se establece que este hospital brindó una atención médica oportuna y de calidad a la paciente, además, pide tener en cuenta que las primeras atenciones las dio el Hospital Marco Felipe Afanador de Tocaima ESE.

2.- Las obligaciones del personal médico tratante fueron de medios y no de resultado: Se sustenta en que el personal médico y hospitalario de la entidad puso a disposición de la paciente toda su capacidad para procurar su recuperación.

3.- Ausencia de cobertura de daños morales, extrapatrimoniales y lucro cesante por disposición legal y ausencia de cobertura excluida expresamente: Con sustento en el artículo 1127 del Código de Comercio, subrogado por el artículo 84 de la Ley 45 de 1990, se aduce que el seguro de responsabilidad civil no cubre los perjuicios extrapatrimoniales que cause el asegurado; para que los cubra se requiere de estipulación expresa al respecto, pero la Póliza de seguro de responsabilidad civil profesional No. 17RO008918 nada dice al respecto. Lo mismo sucede con el lucro cesante, pues no se incluyó en la póliza. El contrato solo cubre el daño emergente, sin embargo, en este caso no se pretende el reconocimiento y pago de ese perjuicio.

4.- Deducible: Se apoya en que la aseguradora, con sustento en el artículo 1056 del Código de Comercio, fijó como deducible el 10% el que en ningún caso puede ser inferior a \$12.500.000.oo.

El apoderado judicial de la **parte demandante** recorrió el traslado de las excepciones con escrito radicado el 18 de octubre de 2017. En cuanto a las excepciones planteadas por el Hospital Universitario de La Samaritana contestó así: En relación con la de *Falta de legitimación en la causa por pasiva* y *Ausencia de falla en la prestación del servicio*, expresó su oposición en atención a que si bien el hospital contrató a MEGACOOOP el servicio lo sigue prestando el ente hospitalario a través de un agente suyo, lo que no lo desliga de la responsabilidad que se pueda derivar de actos médicos, el contrato no es oponible a terceros y para ello puede acudir a la figura del llamamiento en garantía. En cuanto a la excepción de *Ausencia de responsabilidad del Hospital Universitario de La Samaritana* dijo que se atiende a lo que se pruebe. Frente a la excepción de *Obligación de medio y no de resultado – desarrollo eficiente de la actividad médica*, sostuvo que lo debatido aquí no es si la obligación es de medios o de resultado, sino que los galenos no hicieron el diagnóstico de la enfermedad que terminó con la vida de la paciente, hubo desidia del personal de salud entre el 14 y el 18 de enero de 2014. Con relación a la excepción de *Rompimiento del nexo causal entre la atención inicial y la atención prestada en el Hospital Universitario de La Samaritana*, respondió que se atiende a lo que se pruebe. Y referente a las excepciones de *Indebida cuantificación de los perjuicios morales* e *Indebida cuantificación de perjuicios materiales*, expresó que para ello acudió a los parámetros establecidos en la jurisprudencia del Consejo de Estado.



Y, en lo atinente a las excepciones planteadas por el Hospital Marco Felipe Afanador de Tocaima, se pronunció de la siguiente forma. Respecto de la excepción de *Inexistencia de nexo de causalidad* señaló que se opone a la misma porque durante el tiempo que la paciente permaneció en ese hospital los galenos no practicaron los exámenes que habrían permitido determinar que cursaba con apendicitis, la que luego mutó en peritonitis y llevó a su deceso. Con relación a la excepción de *Fuerza mayor o caso fortuito* dijo que el diagnóstico de apendicitis no es algo imprevisible e irresistible, patología que se habría detectado si se hubiera ordenado la práctica de una ecografía, además, la entidad tuvo a la paciente por espacio de 96 horas cuando la enfermedad se desarrolla en 36 horas. Y, frente al razonamiento de que la responsabilidad médica es de medios y no de resultado, se remitió a lo dicho en precedencia sobre el mismo aspecto.

### III.- TRAMITE DE INSTANCIA

La demanda se repartió al juzgado el 25 de febrero de 2015 y fue inadmitida con auto de 28 de abril del mismo año, a fin de que se subsanaran algunos defectos formales. Lo parte actora corrigió lo señalado y con auto de 15 de septiembre de 2015 se admitió la demanda contra el Departamento de Cundinamarca – Secretaria de Salud, el Municipio de Tocaima, el Hospital Marco Felipe Afanador de Tocaima ESE y el Hospital Universitario de La Samaritana – Unidad Funcional de Girardot ESE, providencia en la que se ordenaron las notificaciones del caso.

Efectuadas las notificaciones personales del auto admisorio de la demanda, el Hospital Universitario de La Samaritana ESE contestó la demanda con documento radicado el 16 de agosto de 2016, el Hospital Marco Felipe Afanador de Tocaima ESE dio respuesta a la demanda con escrito radicado el 16 de agosto de 2016, el Departamento de Cundinamarca contestó la demanda con escrito presentado el 17 de agosto de 2016. En cambio, el Municipio de Tocaima guardó silencio.

El 21 de octubre de 2016 se profirió auto con el cual se admitió el llamamiento en garantía que le hizo el Hospital Universitario de La Samaritana ESE a la Compañía de Seguros La Previsora S.A., con fundamento en la póliza de responsabilidad civil No. 1005885, el cual se contestó con documento radicado el 24 de agosto de 2017.

El 21 de octubre de 2016 se profirió auto con el cual se admitió el llamamiento en garantía que le hizo el Hospital Marco Felipe Afanador de Tocaima ESE a la Compañía de Seguros La Previsora S.A., con fundamento en la póliza de responsabilidad civil No. 1005485, pero lo rechazó con respecto a la póliza de responsabilidad civil No. 1001042, el cual se contestó con documento radicado el 24 de agosto de 2017.

El 21 de octubre de 2016 se dictó auto por medio del cual se admitió el llamamiento en garantía efectuado por el Hospital Universitario de La Samaritana ESE a la Compañía Aseguradora de Fianzas S.A. Seguros Confianza S.A., con base a la Póliza de responsabilidad civil extracontractual No. 17-GU030815, firmada en razón al Contrato de prestación de servicios No. 004 de 2014. En la misma fecha se profirió otro auto con el que se admitió el llamamiento en garantía efectuado por el Hospital Universitario de La Samaritana ESE a la Compañía Aseguradora de Fianzas S.A. Seguros Confianza S.A., esta vez con base a la Póliza de responsabilidad civil extracontractual No. 17-RO008918, la cual se suscribió en razón a dicho contrato de prestación de servicios. La compañía de seguros contestó solamente el último llamamiento en garantía y lo hizo con escrito radicado el 23 de agosto de 2017.

El 21 de octubre de 2016 se expidió auto con el que se admitió el llamamiento en garantía que le hizo el Hospital Universitario de La Samaritana a la Cooperativa de Trabajo Asociado Médica Especializada – Mecacoop, con fundamento en el Contrato de prestación de servicios No. 004 de 2014. Efectuada la notificación personal de la última, omitió contestar la demanda y el llamamiento en garantía, guardó silencio.

El 24 de noviembre de 2017 se dictó auto que ordenó la práctica de la notificación personal del llamamiento en garantía a la Cooperativa de Trabajo Asociado Médica Especializada – Megacoop. Una vez surtida la notificación personal esta entidad siguió guardando silencio. El 19 de octubre de 2018 se profirió auto con el que se programó la práctica de la audiencia inicial, la cual fue reprogramada con auto de 29 de abril de 2019.

La audiencia inicial se surtió el 6 de junio de 2019, en la que se agotó la fase de saneamiento, sin adoptar ninguna medida al respecto. Además, se declaró infundada la excepción de *"Ineptitud de la demanda por falta de los requisitos formales o por indebida notificación"*, propuesta por el Hospital Universitario de La Samaritana, se declaró no probada la excepción de *"Falta de legitimación en la causa por pasiva"*, formulada por el mismo hospital, se declaró probada la excepción de *"Prescripción"*, impetrada por La Previsora S.A., con respecto a los llamamientos en garantía que les hicieron el Hospital Marco Felipe Afanador de Tocaima ESE y el Hospital Universitario de La Samaritana ESE, los que por lo mismo se terminaron, se declaró probada la excepción de *"Falta de legitimación en la causa por pasiva"*, interpuesta por el Departamento de Cundinamarca, por lo que el proceso se terminó en su contra, y se declaró probada la excepción de *"Falta de competencia"*, por lo que se ordenó remitir el expediente a los Juzgados Administrativos del circuito judicial de Girardot. La anterior decisión fue impugnada en apelación por los diferentes sujetos procesales, por lo que el recurso de apelación se concedió en el efecto suspensivo ante el superior.

El Tribunal Administrativo de Cundinamarca – Sección Tercera – Subsección "A", con auto de 5 de marzo de 2019<sup>3</sup>, confirmó la providencia impugnada en lo relativo a declarar probada la excepción de *"Falta de legitimación en la causa por pasiva"*, respecto del Departamento de Cundinamarca, entidad territorial que por lo mismo quedó desvinculada del proceso, y la revocó en cuanto a declarar probadas las excepciones de *"Prescripción"*, interpuestas por La Previsora S.A. Compañía de Seguros, y la de *"Falta de competencia por el factor territorial"*, por lo que el expediente siguió bajo el conocimiento de este juzgado.

El 5 de abril de 2021 se profirió auto que dispuso obedecer y cumplir lo resuelto por el superior y fijó fecha y hora para continuar con la práctica de la audiencia inicial. Esta diligencia se adelantó el 29 de abril de 2021, la que se continuó a partir de la etapa de fijación de litigio, se evacuó la fase de conciliación infructuosamente, se decretaron las pruebas solicitadas por las partes y las llamadas en garantía y se programó la práctica de la audiencia de pruebas, la que se reprogramó con auto de 27 de julio de 2021.

La audiencia de pruebas se realizó durante los días 25 de agosto y 4 de noviembre de 2021, y 7 de abril de 2022, en la última se cerró la etapa probatoria y se dispuso dar traslado para alegar por escrito, por el término de 10 días. Vencido el término anterior, el expediente ingresó al Despacho para proferir sentencia de primer grado.

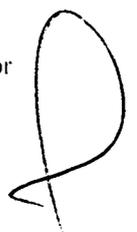
#### IV.- ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

El apoderado judicial del **Municipio de Tocaima**, con escrito radicado el 25 de abril de 2022, formuló sus alegatos de conclusión. Adujo la falta de legitimación en la causa por pasiva respecto de la entidad que representa, con base a que *"la parte actora se sustenta en un presunto yerro médico que genera reparación directa, lo cual no incide en la operación del municipio de Tocaima, puesto que las operaciones, hechos o actos de esta modalidad no pueden ser desprendidas del mismo en la medida que no tiene competencia para ejercer dichas funciones."*

El mandatario judicial de **La Previsora S.A. Compañía de Seguros**, con documento presentado el 26 de abril de 2022, presentó sus alegatos de conclusión. Adujo que la paciente ingresó al Hospital Marco Felipe Afanador de Tocaima ESE con síntomas confirmados de infección urinaria y que, si bien le practicaron los exámenes clínicos requeridos para determinar una apendicitis, ellos arrojaron resultados negativos. La sintomatología de Blumberg solo se evidenció hasta el 17 de enero de 2014, fecha en que se ordenó su remisión al Hospital Universitario de La Samaritana ESE, quien contaba con la capacidad para atender dicho problema. La remisión se hizo efectiva el 18 de enero de 2014.

Señala que se verificó que el Hospital Universitario de La Samaritana no tenía ningún vínculo laboral con la Unidad Funcional de Girardot, porque el personal de esta última estaba asociado a Megacoop, motivo por el cual no podía incurrir en falla respecto de la prestación de los servicios de salud que se le brindaron a la señora Carola Maria Basurto Rojas (q.e.p.d.).

<sup>3</sup> Así aparece literalmente en la providencia, pero se logra establecer con la constancia de notificación por estado que el año correcto es 2020.



Agrega que la paciente el mismo día que fue recibida fue remitida a la unidad de cuidados intensivos, valorada por cirugía general y sometida a laparotomía. Relata los diagnósticos que se hicieron a la misma, su evolución, que presentó alguna mejoría el 24 de enero de 2014, cuando se decidió su salida de la unidad de cuidados intensivos, sin embargo, presentó un paro cardiorrespiratorio y falleció.

Afirma que la parte actora no probó la falla en la prestación del servicio por parte de los entes hospitalarios, por el contrario, se acreditó que los mismos actuaron sin incurrir en falla. En lo demás el documento reitera planteamientos realizados en las contestaciones, por lo que el juzgado considera innecesario volver sobre lo mismo.

El vocero judicial designado por el **Hospital Universitario de La Samaritana ESE** formuló sus alegatos de conclusión con documento radicado el 28 de abril de 2022. Señaló que en la demanda solo se menciona a esta entidad para precisar que fue la que tan pronto ingresó la paciente a sus instalaciones, la remitió a la unidad de cuidados intensivos, lo que solo evidencia su oportuna intervención, a lo que le siguió la prestación de todos los servicios que requería la paciente por su enfermedad.

Agregó que no se prueba una participación real del hospital demandado en el deceso de la paciente, a lo que se suma el hecho que para la época de los hechos el servicio lo prestaba directamente la Cooperativa de Trabajo Asociado Médica Especializada Megacoop, conforme al Contrato de prestación de servicios No. 004 de 2014. La entidad recibió a la misma con "*cuadro de sepsis abdominal secundaria a peritonitis generalizada y fecal por apendicitis perforada al parecer con plastrón apendicular*", ante lo cual fue inmediatamente internada en la unidad de cuidados intensivos.

Bajo la teoría de la causalidad adecuada, mas no de la equivalencia de condiciones, no se configura el nexo de causalidad frente al hospital, ya que ninguna prueba indica que el fallecimiento de la paciente se debió a omisiones incurridas por el mismo.

El mandatario judicial del **Hospital Marco Felipe Afanador de Tocaima ESE**, con escrito radicado el 28 de abril de 2022, formuló sus alegatos de conclusión en oposición a lo pretendido en la demanda. Señala que la apendicitis se diagnostica con un examen físico denominado prueba de Blumberg, que de dar positivo lleva a que se practiquen rayos X para confirmar la inflamación del apéndice. La paciente tenía factores de riesgo para desarrollar este problema de salud, tales como tener 58 años de edad, infección de vías urinarias y colitis amebiana, recuerda que la paciente ingresó al hospital el 14 de enero de 2014, por presentar infección de vías urinarias, sin síntomas de apendicitis, ante lo cual se ordenó su hospitalización y exámenes. Hacia las 19:00 horas estaba consciente, sin fiebre y orientada, se le hicieron revisiones periódicas a las 20:00, 22:00 y 24:00 horas del mismo día, así como a las 2:00, 4:00 y 6:00 horas del 15 de enero de 2014, dejando constancia de que pasó buena noche.

En la valoración del día siguiente el médico registró en la historia clínica que la paciente tenía un abdomen blando depresible y sin irritación peritoneal, a quien ese día se le practicaron revisiones a las 8:00, 9:00, 10:00, 12:00, 15:00, 16:00, 17:00, 18:00 y 19:00 horas. De igual forma se dejó constancia que la paciente presentó un abdomen blando depresible leve dolor a la palpación sin irritación peritoneal, es decir, no tenía síntomas clínicos de apendicitis. El Dr. Benigno Mendoza Ortiz valoró a la paciente el 17 de enero de 2014, a las 13:45 horas, quien tenía síntomas de enfermedad diarreica aguda, sin irritación peritoneal y Blumberg negativo; además, los exámenes revelaron que tenía colitis amebiana (parásitos), por lo que se ordenó metronidazol e hidratación, entre otros medicamentos; se hizo seguimiento ese día, se ordenó exámenes de laboratorio, un cuadro hemático y radiografía, esta última permitió al médico establecer niveles hidroaéreos hasta centinela y al examen físico se halló irritación peritoneal y Blumberg positivo, es en este momento que se verifica ese cuadro, por lo que el diagnóstico fue oportuno, tanto que cuando la paciente salió del hospital no se había perforado el apéndice, lo que se prueba porque siempre estuvo afebril, alerta y estable.

La orden de remisión se dio el 17 de enero de 2014 a las 18:30 horas y el Hospital Universitario de La Samaritana la aceptó el 18 de enero de 2014 a las 6:00 horas, precisa que el traslado de pacientes no estaba a cargo del hospital sino de la EPS y el CRUE, por lo que el hospital no es responsable por el tiempo que tomó la remisión. Ante la

complejidad de la situación el hospital solo podía remitir a la paciente a un hospital de mayor nivel de atención, tal como así lo hizo.

## **V.- CONCEPTO DEL MINISTERIO PÚBLICO**

La agente del Ministerio Público no rindió concepto alguno.

## **CONSIDERACIONES**

### **1.- Competencia**

Este Juzgado tiene competencia para conocer esta acción porque así lo determinan los artículos 140, 155 numeral 6, 156 numeral 6° y 164 numeral 2 letra i), del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

### **2.- Problema Jurídico**

En la audiencia inicial de 29 de abril de 2021 el litigio se fijó de la siguiente forma:

“El litigio se circunscribe a determinar si el **MUNICIPIO DE TOCAIMA – CUNDINAMARCA**, el **HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA** y el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E. - UNIDAD FUNCIONAL DE GIRARDOT** son administrativamente responsables de los perjuicios reclamados por los demandantes, con ocasión a las presuntas fallas en la prestación del servicio médico que llevaron al fallecimiento de la señora Carola María Basurto Rojas el 25 de enero de 2014, mientras se encontraba en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de La Samaritana ESE.

En caso de acreditarse la responsabilidad del **HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E. - UNIDAD FUNCIONAL DE GIRARDOT**, se deberá determinar si los llamados en garantía **COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MÉDICA ESPECIALIZADA- MEGACOOOP**, la **COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. - SEGUROS CONFIANZA S.A.**, con fundamento en las Pólizas de Responsabilidad Civil Extracontractual No. 17-GU030815 y No. 17-RO008918, y **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, con base en la póliza de responsabilidad civil extracontractual No. 1005885, deben asumir el pago de la eventual condena.

Así mismo, en caso de acreditarse la responsabilidad del **HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA**, se deberá establecer si la llamada en garantía **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, debe asumir el pago de la eventual condena con base en la póliza de seguro de responsabilidad civil No. 1005485.”

### **3.- Consideraciones generales sobre los elementos de la responsabilidad administrativa, patrimonial y extracontractual del Estado**

El artículo 90 de la Carta Política consagra la Cláusula General de Responsabilidad del Estado, la cual enseña:

“**ARTÍCULO 90.** El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas. (...)”

La anterior disposición constitucional es la base fundamental para establecer la imputación de responsabilidad de las entidades públicas por la acción, omisión u operación administrativa que cause un daño antijurídico, por lo que allí se consagran dos condiciones para declarar la responsabilidad extracontractual del Estado: **(i)** la existencia de un daño antijurídico y **(ii)** la imputación de éste al Estado. Así mismo, para que se pueda imputar responsabilidad a los agentes estatales a causa de un daño antijurídico, se requiere que confluyan tres elementos de manera concurrente: el hecho, el daño antijurídico y el nexo causal entre este y aquél.

La jurisprudencia del Consejo de Estado ha definido los elementos constitutivos de la responsabilidad del Estado, en los siguientes términos:

“La imputación del daño a la Administración es más que la sola relación entre el hecho y el daño. La atribución de responsabilidad de la administración requiere un título y de dicho título es precisamente la acción o la omisión por parte de la autoridad



encargada de la prestación del servicio, es decir, que no basta con que exista un daño sufrido por una persona para que éste sea indemnizado, es menester, además, que dicho daño sea imputable, vale decir atribuir jurídicamente al estado".<sup>4</sup>

Así pues, se concluye que, para la configuración del primer elemento de la responsabilidad del Estado, se exige que además de existir un daño, sea antijurídico, lo que equivale a decir que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, esto es, refiere a una afectación que no está amparada por la Ley o el derecho, ya que se constituiría en una ruptura del principio de igualdad de los ciudadanos frente a las cargas públicas, en tanto resulta contrario al ordenamiento jurídico dañar a otro sin repararlo por el desvalor patrimonial que sufre.

Por otro lado, la imputación no es otra cosa que la atribución fáctica y jurídica que del daño antijurídico se hace al Estado, de acuerdo con los criterios que se elaboren para ello, como por ejemplo la falla del servicio, el desequilibrio de las cargas públicas, la concreción de un riesgo excepcional, o cualquiera otro que permita hacer la atribución en el caso concreto.

Se tiene entonces que la imputabilidad no solamente tiene un componente jurídico, que surge de la conducta asumida por la Administración frente a sus deberes funcionales, sino que también tiene un ingrediente fáctico, circunscrito a la relación de causalidad que debe existir entre la acción o la omisión de la autoridad y la producción del daño que denuncia la parte demandante haber sufrido. Esto lleva al plano del *onus probandi*, dado que a la misma le incumbe probar que los hechos lesivos sucedieron bajo las circunstancias de tiempo, modo y lugar denunciadas, en virtud de que la mera afirmación, en estos casos, resulta insuficiente para dar por establecidos los hechos.

Sobre esta última condición, la teoría de responsabilidad de la Administración ha acogido dos criterios básicos: la responsabilidad subjetiva por falla en el servicio, y la responsabilidad objetiva, por daño especial o riesgo excepcional.

En relación con la falla del servicio como título jurídico de imputación de responsabilidad la doctrina y la jurisprudencia del Máximo Tribunal de lo Contencioso Administrativo la ha definido como la inobservancia o incumplimiento de un deber a cargo de una entidad pública que afecta un bien jurídico tutelado.

De esta forma, la falla del servicio puede entenderse como la conducta activa u omisiva de la Administración, consistente en la falta de prestación de un servicio o cumplimiento de una función, o la prestación o cumplimiento de un deber de forma defectuosa, tardía, deficiente o irregular.

Así las cosas, la estructuración de la responsabilidad estatal se condiciona a la demostración de la configuración de la falla o falta en el servicio, el daño antijurídico y la relación causal entre estos. De esta forma, la prosperidad de las pretensiones de responsabilidad extracontractual del Estado se sujeta a la acreditación de que el servicio no funcionó o funcionó de forma irregular y que, a consecuencia de esta circunstancia, se lesionó un bien legítimo tutelado que la persona no estaba en el deber jurídico de soportar.

En consecuencia, verificada la ocurrencia de un daño antijurídico y su imputación al Estado, surge el deber de indemnizarlo plenamente.

#### **4.- Responsabilidad del Estado por fallas en la prestación del servicio médico**

Mediante sentencia de unificación del 19 de abril de 2012, el Consejo de Estado<sup>5</sup> determinó que el artículo 90 de la Constitución Política no privilegió ningún régimen de responsabilidad en particular, por lo que es deber del juez determinar cuál es aplicable al caso concreto, de acuerdo con lo que encuentre probado en el proceso. Se concluyó en la mencionada sentencia:

<sup>4</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, sección Tercera, sentencia 15199 del 23 de noviembre de 2005. Consejero Ponente Dr. Ramiro Saavedra Becerra.

<sup>5</sup> Consejo de Estado. Sección Tercera. Sentencia de 19 de abril de 2012. MP. Hernán Andrade Rincón. Exp 21515.

“En consecuencia, el uso de tales títulos por parte del juez debe hallarse en consonancia con la realidad probatoria que se le ponga de presente en cada evento, de manera que la solución obtenida consulte realmente los principios constitucionales que rigen la materia de la responsabilidad extracontractual del Estado, tal y como se explicó previamente en esta providencia”.

Ahora, en cuanto al régimen de responsabilidad derivado de la actividad médica, la posición actual adoptada por el Consejo de Estado es que el régimen aplicable es el de falla del servicio, realizando una transición entre los conceptos de falla presunta a falla probada, en la actualidad la posición consolidada de esa Alta Corte en esta materia la constituye aquella según la cual es la falla probada del servicio el fundamento bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria.<sup>6</sup>

Dicho título de imputación opera, como lo señala la jurisprudencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado, no sólo respecto de los daños indemnizables derivados de la muerte o de las lesiones corporales causadas, sino que también comprende:

“...los que se constituyen por la vulneración del derecho a ser informado; por la lesión del derecho a la seguridad y protección dentro del centro médico hospitalario y, (...), por lesión del derecho a recibir atención oportuna y eficaz.”<sup>7</sup>

Cuando la falla probada en la prestación del servicio médico y hospitalario se funda en la *“lesión al derecho a recibir atención oportuna y eficaz”*, se debe observar que ésta produce como efecto la vulneración de la garantía constitucional que recubre el derecho a la salud, especialmente en lo que hace referencia al respeto del principio de integridad en la prestación de dicho servicio, el cual según el precedente jurisprudencial constitucional indica que:

“La protección al derecho fundamental a la salud no se limita simplemente al reconocimiento de los servicios que se requieren con necesidad; sino que comprende también su acceso de manera oportuna, eficiente y de calidad. La prestación del servicio de salud es oportuna cuando la persona lo recibe en el momento que corresponde para recuperar su salud sin sufrir mayores dolores y deterioros. En forma similar, el servicio de salud se considera eficiente cuando los trámites administrativos a los que se somete al paciente para acceder a una prestación requerida son razonables, no demoran excesivamente el acceso y no imponen al interesado una carga que no le corresponde asumir. Por otro lado, el servicio de salud es de calidad cuando las entidades obligadas a prestarlo actúan de manera tal “que los usuarios del servicio no resulten víctimas de imponderables o de hechos que los conduzcan a la desgracia y que, aplicando con razonabilidad los recursos estatales disponibles, pueden ser evitados, o su impacto negativo reducido de manera significativa para la persona eventualmente afectada.”<sup>8</sup>

Dicho principio de integralidad del servicio exige considerar, según el precedente jurisprudencial constitucional, que corresponde a:

“todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud”<sup>9</sup>

A lo que se agrega, según el precedente jurisprudencial constitucional:

<sup>6</sup> Consejo de Estado – Sección Tercera, sentencia de 12 de mayo de 2011, Exp. 19.835.

<sup>7</sup> Sala de lo Contencioso Administrativo- Sección Tercera- Subsección C, C.P.: Jaime Orlando Santofimio Gamboa, Bogotá, D.C., 2 de mayo de 2018. Rad. 68001-23-31-000-2000-02504-01(39038) Actor: José Antonio Hernández Camacho Y Otro Demandado: Caja Nacional De Previsión Social - Cajanal Y Otros Referencia: Acción De Reparación Directa- Apelación Sentencia.

<sup>8</sup> Corte Constitucional, sentencia T-104 de 2010.

<sup>9</sup> Corte Constitucional, sentencia T-1059 de 2006

“Se considera por tanto que hay un daño, cuando se produce un dolor intenso, cuando se padece la incertidumbre y cuando se vive una larga e injustificada espera, en relación con la prestación de servicios médicos, la aplicación de medicamentos o la ejecución de procedimientos que no llegan o que se realizan de manera tardía o incomoda.

“Al respecto cabe destacar que el derecho a la salud de conformidad con la jurisprudencia de la Corte Constitucional:

-Debe ser integral:

“(…) la atención y el tratamiento a que tienen derecho los pertenecientes al sistema de seguridad social en salud cuyo estado de enfermedad esté afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas, son integrales; es decir, deben contener todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento<sup>10</sup>, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente<sup>11</sup> o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud.”<sup>12</sup>

En ese sentido, dicha corporación ha manifestado en decisiones precedentes que dicha falla se circunscribe a una consideración básica:

“La obligación de prestar asistencia médica es compleja, es una relación jurídica total, compuesta por una pluralidad de deberes de conducta (deber de ejecución, deber de diligencia en la ejecución, deber de información, deber de guardar secreto médico, etc.). Ese conjunto de deberes conforma una trama, un tejido, una urdimbre de la vida social responde a la idea de organización – más que de organismos- en punto a la susodicha relación jurídico total (...) Por tanto, aquel deber jurídico principal supone la presencia de otros deberes secundarios de conducta, como los de diagnóstico, información, recepción de la voluntad jurídica del enfermo –llamada comúnmente consentimiento del paciente-, prescripción, guarda del secreto profesional, satisfacción del plan de prestación en su integridad (actividad que supone no abandonar al enfermo y cuidar de él hasta darlo de alta)”<sup>13</sup>

Por último, en relación con los medios de prueba pertinentes, útiles y conducentes para probar la responsabilidad derivada del servicio médico, particularmente los casos en donde el actor cuestione la pertinencia o idoneidad de los procedimientos médicos efectuados, el Consejo de Estado ha insistido en que está a cargo de la parte demandante probar dichas falencias, para lo cual ha aceptado acudir incluso a la prueba indiciaria, “teniendo en cuenta que, dada la complejidad de los conocimientos técnicos y científicos que involucra este tipo de asuntos, en ocasiones son los indicios los únicos medios que permiten establecer la presencia de la falla endilgada”<sup>14</sup>.

Con fundamento en todo lo anterior, se impone establecer si en el *sub lite* concurren o no los elementos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del Estado, con fundamento en la configuración de una falla probada del servicio.

<sup>10</sup> “Que comprende, a su vez, diversas obligaciones: a) de habilidad y diligencia, referida la primera a aquellos supuestos en los que produzca un daño antijurídico como consecuencia de un diagnóstico, intervención o atención médica en un campo para el que el profesional, o la institución médica no tenga la aptitud o el personal idóneo en la especialidad necesaria, o de no consultar con un especialista, o de incumplirse el deber de aconsejar la remisión del paciente; b) obligación de medio técnicos, consistente en la existencia del material adecuado “para que el trabajo a realizar pueda efectuarse en condiciones normales de diagnóstico y tratamiento”; así como en el “mantenimiento en correcto estado de funcionamiento de los aparatos”, ámbito en el que cabe incluir la profilaxis necesaria, y; c) obligación de continuidad en el tratamiento”. FERNÁNDEZ HIERRO, José Manuel. Sistema de responsabilidad médica., ob., cit., pp.257 a 269.

<sup>11</sup> En este sentido se ha pronunciado la Corporación, entre otras, en la sentencia T- 136 de 2004.

<sup>12</sup> Corte Constitucional. sentencias T- 1059 de 2006; T- 062 de 2006; T- 730 de 2007; T- 536 de 2007; T- 421 de 2007

<sup>13</sup> Consejo de Estado. Sección Tercera. Sentencia del 18 de febrero de 2010. Exp. 17655.

<sup>14</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera. Sentencia del 13 de julio de 2016, Radicado No. 85001233100020050063001 (37.387), C.P. Carlos Alberto Zambrano Barrera.

## 5.- Apendicitis aguda

El juzgado observa que toda la discusión jurídica suscitada en este caso gira en torno a una presunta falla en la prestación de los servicios médicos por parte del Hospital Marco Felipe Afanador de Tocaima ESE y el Hospital Universitario de La Samaritana ESE, por falta de diagnóstico o diagnóstico tardío de la apendicitis aguda que tuvo la señora Carola María Basurto Rojas (q.e.p.d.), y que desencadenó su muerte el día 25 de enero de 2014 en las instalaciones del último ente hospitalario mencionado. Por tanto, resulta de la mayor importancia traer a colación algunas acotaciones sobre dicha patología, comentarios que se fundamenta en la Guía Apendicitis Aguda – Adoptada Guías para manejo de urgencias 3ª edición – Ministerio de Salud – Tomo II, Clínica Sagrado Corazón<sup>15</sup>. A manera de introducción dice la Guía:

“Una entidad patológica que con mayor frecuencia enfrenta el médico es la apendicitis aguda, que ocurre en cualquier edad y que, se estima, puede presentarse en aproximadamente 7% de las personas en el curso de su vida. Su incidencia aumenta durante la infancia y alcanza un pico entre los 10 y 30 años, declina las a partir de la cuarta década. Esta Guía se refiere solamente a la apendicitis aguda en el adulto.

En la sexta semana del desarrollo embriológico aparece el ciego como una estructura coniforme sacular, derivada de la parte caudal del intestino medio; la punta del apéndice comienza su elongación hacia el quinto mes, hasta alcanzar su forma de apariencia de lombriz, y de allí el nombre de vermiforme.

La ubicación anatómica del apéndice es variada: puede localizarse sobre el aspecto posteromedial del ciego, en la unión de las tres tenias. La punta exhibe diferentes localizaciones: retrocecal 65,2%, pélvica 31%, subcecal 2,2%, paraileal 1% y paracólica 0,4%. Tales diferencias explican por qué en el examen físico los signos clínicos de la apendicitis aguda pueden ser muy difíciles de interpretar.

El apéndice recibe irrigación de la rama apendicular de la arteria ileocólica y el drenaje linfático se hace a través de los ganglios ubicados a lo largo de la arteria ileocólica. La inervación se deriva del plexo mesentérico superior (T10-L11).

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

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

El tratamiento de la apendicitis aguda es quirúrgico: la resección urgente del apéndice inflamado antes de que se produzca su perforación. El cirujano siempre se propone realizar el mínimo de “apendicectomías en blanco” (la operación que encuentra un apéndice sano), pero, al mismo tiempo, operar oportunamente para evitar la perforación con la consecuente peritonitis. Este objetivo presume que la perforación tiene relación directa con el tiempo que transcurre entre el inicio de los síntomas y el tratamiento quirúrgico.

**La tasa de perforación apendicular está directamente relacionada con la demora en el diagnóstico;** tal demora puede evitarse mediante la educación de la población general sobre acudir prontamente al médico cuando aparece un dolor abdominal, y del médico de atención primaria o de urgencias en el sentido de siempre consultar con el cirujano en presencia de un paciente con dolor abdominal.

<sup>15</sup> Consultar: <https://www.intranet.clinicasagradocorazon.com.co/wp-content/uploads/2016/02/039-GUIA-APENDICITIS-AGUDA.pdf>

Temple y Huchcroft hicieron el seguimiento de 95 pacientes con signos y síntomas de apendicitis aguda. Tres pacientes tuvieron perforación antes de 24 horas y sólo uno tuvo perforación antes de 10 horas. **El tiempo promedio entre la aparición de los síntomas y la perforación fue de 64 horas.**” (El Despacho resalta)

En cuanto a diagnóstico y tratamiento dice:

**“La historia clínica completa y el examen físico son el pilar fundamental para el diagnóstico. Si clínicamente el diagnóstico es una apendicitis aguda, no se requiere de otra ayuda diagnóstica. El diagnóstico debe ser a la mayor brevedad posible por el riesgo de perforación en 24 a 36 horas. De ahí en adelante, por cada 12 horas que pasen adicionalmente, el riesgo aumenta cada vez en 5%.**

**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 iliaca 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, ileo, 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.

En pacientes con morbilidad asociada como diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica (IRC), en niños, en ancianos, en obesos y en mujeres embarazadas o en edad fértil, el diagnóstico clínico es más difícil. Por ejemplo, los pacientes diabéticos y los que cursan con IRC presentan dolor abdominal inespecífico y generalmente de manera tardía. En las pacientes embarazadas la apendicitis se presenta más frecuentemente durante el primer trimestre; en ellas la ubicación del apéndice es muy variable; inicialmente se desplaza lateralmente, y luego gira para posteriormente ubicarse en una posición más alta. El diagnóstico diferencial en mujeres jóvenes en edad reproductiva se debe hacer con diversas patologías ginecológicas.

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



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

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

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

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

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

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

Finalmente, con relación a los pacientes de “Edad avanzada” la Guía señala:

**“Los pacientes de edad avanzada que desarrollan apendicitis aguda presentan una sintomatología menos aparente: ausencia de signos agudos y de fiebre y, con mayor frecuencia, ausencia de leucocitosis.** Hasta 30% de los pacientes de edad avanzada acuden a los servicios de urgencias con cuadros de más de 48 horas de evolución, y entre 50 y 70% de ellos tienen perforación en el momento de la cirugía. La TAC de abdomen es de gran utilidad para establecer un diagnóstico preoperatorio exacto.”

## 6.- Medio de prueba relevantes

El acervo probatorio da cuenta de los siguientes elementos de interés<sup>16</sup>:

<sup>16</sup> Todas las transcripciones que aparecen en esta providencia se hacen al pie de la letra, con inclusión de errores ortográficos, gramaticales, de digitación, etc.

6.1.- Historia Clínica de la paciente Carola María Basurto Rojas, expedida por el Hospital Marco Felipe Afanador de Tocaima ESE<sup>17</sup>, en la que se aprecia:

6.1.1.- El 14 de enero de 2014 a las 07:30:18 horas ingresó. Consulta medicina general. Enfermedad actual: Paciente con alteración de la glucometría se indica curva de tolerancia a la glucosa. Análisis e interpretación de apoyo diagnóstico: Parcial de orina – Francamente patológico, curva de tolerancia a la glucosa – normal. Signos vitales: Temperatura 38 grados centígrados. Observaciones del examen físico: “MUCOSA ORAL AWCA, FEBRIL AL TACTO, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS. CUELLO MOVIL. RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS. RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTES SIN AGREGADOS. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NO MASAS NI VICEROMEGALIAS. ESTREMIIDADES SIN EDEMAS.”. La impresión diagnóstica fue Infección de vías urinarias – sitio no especificado. Se remitió a urgencias.

6.1.2.- El 14 de enero de 2014 a las 20:28 horas se consignó que tenía 37 grados centígrados de temperatura, el examen de abdomen arrojó “BLANDO DOLOROSO A LA PALPACION PROFUNDA DE FLANCO DERECHO NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS, PUÑO PERCUSION BILATERAL POSITIVA”. El reporte de uroanálisis era sugestivo de infección, hemodinámicamente estable, no signos clínicos de SIRS, se deja hospitalizada y se inicia manejo antibiótico con cefalotina 1 gramo cada 6 horas.

6.1.3.- El 15 de enero de 2014 a las 10:28 horas se consignó mejoría clínica irritativa urinaria, temperatura de 36 grados centígrados, “ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SIN IRRITACION PERITONEAL... CON RESPUESTA CLÍNICA FAVORABLE... REFIERE MEJORIA DE LA SINTOMATOLOGIA URINARIA, CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA, SIN SIGNOS DE RESPUESTA SISTEMICA, QUEDAMOS ATENTOS A COMPLETAR 72 H DE ANTIBIOTICOTERAPIA, PARA EVALUAR RESPUESTA ANTIBIOTICA, SE ESPERA REPORTED E UROCULTIVO...”.

6.1.4.- El 16 de enero de 2014 a las 7:49 horas se consignó temperatura de 36 grados centígrados, “ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE LEVE DOLOR A LA PALPACION DIFUSA, SIN IRRITACION PERITONEAL, PUÑO PERCUSION + BILATERAL”, el análisis y evolución arrojó: “PACIENTE 58 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE INFECCION DE VIAS URINARIAS, EN MANEJO ANTIBIOTICO CON CEFALOTINA HOY DIA 2, CON REPORTE DE UROCULTIVO +, SE EVIDENCIA MEJORA CLINICA URINARIA, QUIEN PRESENTA DEPOSICIONES DIARREICAS ABUNDANTES No8 EPISODIOS SIN MOCO NI SANGRE, Y EMESIS, AL MOMENTO DE LA VALORACION CON SIGNOS DE DHT o1, CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA, SIN SIGNOS DE RESPUESTA SISTEMICA, NO IRRITACION PERITONEAL, SE DECIDE PASO DE BOLO CRISTALOIDES DE 1000CC Y AUMENTAR EL APORTE HIDRICO A 100 CC/H, SE SOLICITA COPROSCOPICO Y HEMOGRAMA, SE INFORMA A LA PACIENTE Y FAMILIAR QUIENES REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.”.

6.1.5.- El 17 de enero de 2014 a las 8:07 horas se consignó temperatura de 36 grados centígrados, como diagnóstico infección de vías urinarias – sitio no especificado y diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, persiste distensión abdominal leve y deposiciones diarreicas con moco, tenesmo, no síntomas irritativa urinaria, no fiebre. Además, en el estado general se plasmó: “ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE LEVE DOLOR A LA PALPACION EN HIPOGASTRIO, SIN IRRITACION PERITONEALNO IRRITACION PERITONEAL”. En el Análisis Evolución se consignó: “PACIENTE 58 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE INFECCION DE VIAS URINARIAS, EN MANEJO ANTIBIOTICO CON CEFALOTINA HOY DIA 3 UROCULTIVO + CON EVOLUCION DE SU PATOLOGIA URINARIA FAVORABLE NO SIRS ESTABLE HEMODINAMICAMENTE NO SIRS NO FIEBRE, SIN EMBARGO PRESENTA EDA PARA LO CUAL SE ECOPROLOGICO EN EL CUAL SE EVIDENCIA COLITIS AMEBIANA POR LO CUAL SE INICIARIA MANEJO ATB CON METRONIDAZOL POR 10 DIAS, ABUNDANTE LIQUIDO ORAL Y CRISTALOIDES, CONTINUA MANEJO ATB IV CON CEFALOSPORINA DE 1 GENERACION PARA IVU. ATENTOS A EVOLUCION. SE EXPLICA A PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA.”.

6.1.6.- El 17 de enero de 2014 a las 13:45 horas se consignó temperatura de 37 grados centígrados. En cuanto a diagnóstico se escribió: Infección vías urinarias, colitis amebiana y dolor abdominal en estudio. La paciente refirió dolor abdominal persistente y distensión, sin episodios eméticos, flatos positivos, deposiciones positivas sin moco, no picos febriles. En el estado general se observa. “ABDOMEN DISTENDIDO RSIS POSITIVO DOLOR A LA PALPACION EN HIPOGASTRIO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL BOLBERG NEGATIVO”. En el Análisis Evolución se registró: “PACIENTE FEMENINA DE 58 AÑOS HOSPITALIZADA POR CUADRO DE IVU Y COLITIS AMEBIANA PERSISTE CON DOLOR ABDOMINAL

<sup>1717</sup> Ver documento electrónico “004AnexoContestacionDemanda” de la carpeta “C003” Páginas 1 a 67.

EN EL MOMENTO SINTOMÁTICA CON DISTENSIÓN ABDOMINAL SIN SIGNOS DE SIRS NI DE IRRITACIÓN PERITONEAL (ABDOMEN DIFÍCIL DE VALORAR POR ADMINISTRACIÓN ANTIBIÓTICA Y ANALGÉSICO) SE INDICA TOMA DE RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN Y NUEVO HEMOGRAMA PARA DEFINIR CONDUCTA SE SUSPENDE MANEJO ANALGÉSICO SE EXPLICA PLAN DE MANEJO ESTAREMOS ATENTOS A EVOLUCIÓN.”.

6.1.7.- El 17 de enero de 2014 a las 18:32 horas se consignó temperatura de 38 grados centígrados. Diagnóstico de Abdomen agudo, obstrucción intestinal, infección de vías urinarias, colitis amebiana. Los rayos X de abdomen arrojaron “PRESENCIA DE NIVELES HIDROAEROS, ASAS DISTENDIDAS ASA CENTINELA EN FID”. En estado general se dijo: “ABDOMEN DISTENDIDO RSIS AUSENTES ABDOMEN CON SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL BLOMBERG POSITIVO”. En Análisis Evolución se plasmó: “PACIENTE FEMENINA DE 58 AÑOS CON CUADRO DE ABDOMEN AGUDO CON REPORTE DE RX DE ABDOMEN CON NIVELES HIDROAEROS Y ASA CENTINELA AL EXAMEN FÍSICO CON SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL BLOMBERG POSITIVO SE INDICA PASO DE Sonda NASOGÁSTRICA SE INDICA REMISIÓN PARA VALORACIÓN POR CIRUGÍA GENERAL PRIORITARIA ESTAREMOS ATENTOS A EVOLUCIÓN. IDX ABDOMEN AGUDO”. Figura pendiente hemograma de control.

6.1.8.- El 18 de enero de 2014 a las 5:56 horas se consignó temperatura de 38 grados centígrado. Diagnóstico de abdomen agudo, obstrucción intestinal, infección de vías urinarias y colitis amebiana. La paciente reportó aumento de dolor abdominal y de la distensión, no ha tenido deposiciones, no dolor torácico, ni dificultad respiratoria. En el estado general se observa: “ABDOMEN DISTENDIDO RSIS AUSENTES ABDOMEN CON SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL BLOMBERG POSITIVO”. En Análisis Evolución se escribió: “PACIENTE FEMENINA DE 58 AÑOS CON CUADRO DE ABDOMEN AGUDO CON REPORTE DE RX DE ABDOMEN CON NIVELES HIDROAEROS Y ASA CENTINELA AL EXAMEN FÍSICO CON SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL BLOMBERG POSITIVO SE INDICA PASO DE Sonda NASOGÁSTRICA. PACIENTE ACEPTADA PARA REMISIÓN Y VALORACIÓN POR CIRUGÍA GENERAL EN HUS GIRARDOT DR SAAVEDRA PACIENTE SALE EN ACEPTABLES CONDICIONES, NO SIRS, ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE IDX ABDOMEN AGUDO OBSTRUCCIÓN INTESTINAL”.

6.1.9.- Notas de enfermería: El servicio dejó registros de todo lo actuado con la paciente durante los días 14, 15, 16, 17 y 18 de enero de 2014, con intervenciones que en promedio se hicieron cada hora. El último día de hospitalización hay dos anotaciones, una a las 4:00 horas, que dice “Paciente en unidad estable en compañía de familiar”, y la otra a las 6:00 horas que dice: “Paciente quien es aceptada en el Hospital Samaritana de Girardot, egresa del servicio estable, despierta, conciente, orientada, afebril con I.E.V. L. Ringer (ilegible) sonda orogastrica a drenaje durante la noche elimino 300 cc de liquido Bilioso, egresa en camilla en compañía de aux. de ambulancia y medico Dr. Mendoza y Familiar.”.

6.1.10.- Resultados de hemogramas practicados a la señora Carola María Basurto Rojas (q.e.p.d.), durante los días 14, 16 y 17 de enero de 2014. En todos ellos el recuento de leucocitos, cuyos valores de referencia son 4.80 – 10.80, arrojó lo siguiente: El día 14 – 7.90, el día 16 – 12.20, el día 17 - 8.40.

6.2.- Constancia expedida el 22 de abril de 2016<sup>18</sup> por el Director Administrativo y Financiero de la Secretaría de Salud de Cundinamarca, en la que se indica que el Hospital Marco Felipe Afanador de Tocaima “es una Entidad Pública, transformada en Empresa Social del Estado mediante Ordenanza No. 035 del 9 de Mayo de 1996, prestadora de servicios de Nivel I de Atención constituida como categoría especial de Entidad Pública descentralizada del orden Departamental, dotada de Personería Jurídica, Patrimonio Propio y Autonomía Administrativa adscrita a la Dirección Departamental de Seguridad Social en Salud del Departamento...”.

6.3.- Historia clínica de la señora Carola María Basurto Rojas (q.e.p.d.), expedida por el Hospital Universitario de La Samaritana – Unidad Funcional Girardot<sup>19</sup>, documento del cual el juzgado destaca lo siguiente:

6.3.1.- Nota de Ingreso No. 427353, según la cual la paciente ingresó al hospital el 18 de enero de 2014 a las 06:55:06 am.

6.3.2.- Epicrisis de Ingreso de 18 de enero de 2014 a las 08:09 am, en la que se aprecia: “REGULAR ESTADO GENERAL” y como enfermedad actual “PACIENTE REMITIDA DE TOCAIMA

<sup>18</sup> Ver documento electrónico “004AnexoContestacionDemanda” de la carpeta “C003” Página 69.

<sup>19</sup> Ver documento electrónico “002AnexoContestacionDemanda” de la carpeta “C002” Páginas 9 a 241.



POR PRESENTAR CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL ASOCIADO A DISTENSION. EMESIS. DOLOR QUE SE HACE INTENSO. REFIERE QUE CUADRO INICIO HACE 4 DIAS DONDE DIAGNOSTICAN IVU E INICIAN MANEJO CON CEALOTINA PROGRESIVAMENTE INICIO SINTOMATOLOGIA, DOLOR SE HIZO INTENSO TOMARON RX DE ABDOMEN QUE EVIDENCIA AUSENCIA DE GAS DISTAL ASOCIADO A NIVELES HIDROAEREOS. INTERPRETAR COMO OBSTRUCCION INTESTINAL Y REMITAN PARA MANEJO POR CIRUGIA GENERAL". El diagnostico presuntivo: "OBSTRUCCION INTESTINAL POSTOPERATORIO" (Tachado viene con el original). En cuanto a la conducta a seguir se lee, entre otras cosas, "VALORACION POR CIRUGIA GENERAL".

6.3.3.- Epicrisis de Egreso de 18 de enero de 2014 a las 11:33 am. En Plan de Manejo se dice: "SE HOSPITALIZA POR SERVICIO DE CIRUGIA". En Recomendaciones: "TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA".

6.3.4.- Epicrisis con ingreso de 18 de enero de 2014 y egreso de 24 de enero de 2014, en la que se lee: "..., INGRESA EN REGULARES CONDICIONES VALORADA POR CIRUGIA GENERAL, SE TOMA TAC ABDOMINAL SE DEFINE CON LE CONDUCTA QUIRURGICA, SE LLEVA A LAPAROTOMIA EXPLORATORIA CON HALLAZGOS DE PERITONITIS PURULENTE, Y FECAL GENERALIZADA, APENDICITIS AGUDA EMPLASTRONADA, CON COMPROMISO DE CIEGO A 0.5 CM DE LA VALVULA ILEOCECAL PERFORADA, ZONAS DE ISQUEMIA EN PARCELS LOCALIZADAS DESDE EL ANGULO DE TREIZ HASTA LA VALVULA ILEOCECAL, SE REALIZA HEMICOLECTOMIA DERECHA MAS DRENAJE DE PERITONITIS, DAMAGE CONTROL, HILADILLOS, DURANTE PASO DE CATETER CENTRAL PRESENTA AL PARECER NEUMOTORAX, SE REALIZA TORACOSTOMIA A DRENAJE CERRADO, SE TRASLADA A UCI PARA CONTINUAR MANEJO... IDX 1. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA TIPO III 2. SEPSIS ABDOMINAL SEVERA 3. APENDICITIS PERFORADA MAS PERITONITIS GENERALIZADA Y FECAL 4. ISQUEMIA MESENTERICA".

Se observa igualmente que la paciente fue evolucionada así: (i) En la mañana del 19 de enero de 2014, en la que se aprecia que la paciente estaba hemodinámicamente estable, sin requerimiento de soporte vasopresor, gasto urinario conservado, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, manejo con antibiótico empírico, adecuada respuesta. (ii) En la tarde del 19 de enero de 2014, cuando se consignó que se evidencia mejoría en aspecto de asas intestinales, con persistencia de zonas de isquemia sugestivo de trombosis venosa, estable hemodinámicamente, sin requerimiento de soporte vasopresor, se decide anticoagulación plena por sospecha de trombosis venosa intestinal. (iii) En la noche del 19 de enero de 2014, con notas similares a la anterior. (iv) En la mañana del 20 de enero de 2014, se consignó asas en buen estado, con SIRS en modulación, definir reintervención en próximas 48-72 horas, por condición de trombosis venosa se insiste en control seriado de tiempos de coagulación para orientar goteo, alto riesgo de desarrollar fistula enterocutánea. (v) En la tarde del 20 de enero de 2014, se registró evolución estacionaria con SIRS en control, se recibe control de tiempos de coagulación. (vi) En la mañana del 21 de enero de 2014, se registró evolución estacionaria, anemización en relación con sangrado en capas, se inicia transfusión, caída en índices de oxigenación, se continúa destete de soporte encaminado a extubación en las próximas 24-48 horas, aún por definir reintervención quirúrgica, continúan controles de tiempos de coagulación: (vi) En la tarde del 21 de enero de 2014, paciente con evolución hacia la mejoría, lenta modulación SIRS, tolerando extubación programada sin complicaciones, continúa terapia respiratoria intensa por riesgo de reintubación. (vii) En la noche del 21 de enero de 2014, en periodo post extubación tolerado adecuadamente, modulación del SIRS, reajuste de anticoagulantes, evolución aceptable, alto riesgo de colapso cardio respiratorio. (viii) En la mañana del 22 de enero de 2014, se anotó paciente con evolución hacia la mejoría, se logra extubación programada sin complicaciones, sin requerimiento de ventilación mecánica, índices de oxigenación en rangos de seguridad, debe continuar manejo y seguimiento en UCI debido al riesgo de reintubación en 24 horas, mejor respuesta hemodinámica, se espera ese día reintervención por cirugía general. (ix) En la tarde del 22 de enero de 2014, se apuntó evolución estacionaria, neumotórax resuelto, con control de SIRS, pendiente reintervención quirúrgica. (x) En la mañana del 23 de enero de 2014, se apuntó evolución estacionaria, con SIRS con lenta modulación, se espera ese día paso a salas de cirugía para nueva laparotomía exploratoria, índices de oxigenación en rangos de seguridad. (xi) En la mañana del 23 de enero de 2014, se anotó paciente con evolución estacionaria, alto drenaje, algo riesgo de desarrollo de fistula de alto gasto, modulando SIRS, en la noche inició de soporte parenteral, no se han vuelto a registrar nuevos episodios de hipoglucemias, ese día traslado a salas de cirugía para definir cambio de VAC vs cierre de abdomen. (xii) En la mañana del 24 de enero de 2014, se dejó la siguiente anotación:

“PACIENTE CON EVOLUCION SATISFATORIA, SIN SIRS CTIVO, DISFUNCION ORGANICA RESUELTA, CON NORAMLIACIODN AZOADOS, CON ESTABILIDAD HEMODIANMICAMICA NSIN REQUERIMIENTO DE VASOACTIVO, TOLERANDO EXTUBACION SIN COMPLCIAICONES, EL DIA DE AYER NUEVA INTERVENCION CON HALLAZGOS DE LIQUIDO SERO HEMATICO EN GOTERAS, NO ABSWCEOSOS, COLSOTIMAI BIEN ADHERIDA Y MALA PERFUSIOND E ASAS DELGADAS EN YEYUNO + DEHISENCIA DE SEROSA EN YEYUNO, SIN EMABRGO DECIDE CIERRE POR PALNOS DE CAVIDAD. EN EL MOENTO SIN ESTABILDIOAD SIN USO DE SOPORTES SE DECID EGRESOD E UCI Y CONTIANUR MANEJO EN PISO SDE CIRUGIA GENERAL Y DEFINR MANJO DEFINITIVO O REINTERVENCION POR HALLAZGOS DE MAL EPRFUSION.  
 SE SUSPENDE INFUSIODNE HEPARINA.  
 SE EXPLICAS METAS DE MANEJOA FMAIALIRES

**IDX**

**1.- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA TIPO III**

**2.- SEPSIS ABDOMINAL SEVERA RESUELTA POR K PNEUMONIAE BLEE -**

**3. LAPAROTOMIA (18/1/14) Y LAPAROSTOMIA (20/1/14) + SISTEMA VAC POR APENDICITIS PERFORADA MAS PERITONITIS GENERALIZADA Y FECAL + ISQUEMIA MESENTERICA POR TROMBOSIS VENOSA MESENTERICA ¿?**

**4. POP (23/1/14) LAVADO ABDOMINAL + CIERRE DE LAPAROTOMIA**

**5.- NEUMOTORAX POSTPUNCION”**

(xiii) El 25 de enero de 2014 a las 8:00 am, se anotó paciente en aceptables condiciones generales, evolución con tendencia a la mejoría, con POP día 2 de cierre de laparostomía

6.3.5.- Epicrisis de egreso de 25 de enero de 2014 hora 11:52 am, en la que aparecen los diagnósticos de: Insuficiencia respiratoria Tipo III, Sepsis abdominal severa resuelta por K, Neumonie Blee-, Convalecencia consecutiva a cirugía laparotomía (18/01/14) laparostomía (20/01/14), Convalecencia consecutiva a cirugía 23/01/2014 lavado abdominal + cierre de laparotomía. Además, se anotó: “*PACIENTE QUIEN PRESENTA PARO CARDIORESPIRATORIO CON REPERFUCION CIRCULATORIA ESPONTANEA, PACIENTE CON INTUBACION OROTRAQUEAL EL CUAL NECESITA MANEJO EN UCI, PACIENTE ACEPTADO EN UCI ADULTOS DEL HOSPITAL.*”.

6.3.6.- Evolución médica tarde de 25 de enero de 2014 a las 11:35 am. Se aprecia que la paciente entró en paro respiratorio, se activó código azul, se hicieron maniobras de reanimación con éxito. Se lee: “*PACIENTE EN MALAS CONDICIONES GENERALES POR SUS PATOLOGIA DE BASE QUIEN RESUELVE EL PARO CARIORRESPIRARATORIO EN EL MOMENTO CON INFUSION DE NORADRENALINA CON TA 121/78. SE HABLA CON UCI ADULTOS DEL HOSPITAL PARA SOLICITAR CAMA, REFIERE TIENE UNA DISPONIBLE. SE ENVIA INTERCONSULTA, PACIENTE PENDIENTE BAJAR A UCI.*”.

6.3.7.- Evolución médica tarde de 25 de enero de 2014 a las 03:03 pm. La situación se mantiene similar a la anterior, a la espera de cama UCI por proceso de desinfección “*LLEGA REPORTE DE GASES ARTERIALES CON ACIDOSIS METABOLICA SEVERA CON TRASTORNO DE OXIGENACION, CON EKG QUE MUESTRA TAQUICARDIA SINUSAL SIN EVIDENCIA DE ISQUEMIA, NI LESION.*”.

6.3.8.- Nota de UCI-A, según la cual la paciente ingresó a la unidad de cuidados intensivos el 25 de enero de 2014 a las 15:45 horas. Literalmente dice: “*INGRESA PACIENTE PROVENIENTE DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS, EN MUY MALAS CONDICIONES GENERALES, CON TA: 58/36 MMHG, FC 53 X MIN, SAT 70%, CON REQUERIMIENTO DE SOPORTE VASOPRESOR CON NORADRENALINA, BAJO EFECTOS DE SEDACION, BAJO MONITORIZACION COMPLETA, SE EVIDENCIA BRADICARDIA SOSTENIDA, REQUIRIO ADMINISTRACION DE ATROPINA, SIN RECUPERACION, PRESENTA ASISTOLIA, SE INICIAN MANIOBRAS DE REANIMACION SEGÚN PROTOCOLO AHA, CON COMPRESIONES TORADICAS EFECTIVAS Y VENTILACIONES ASISTIDAS, ADMINISTRACION INTERMINTENTE DE ADRENALINA, LUEGO DE 15 MINUTOS DE MANIOBRAS, NO SE LOGRA RETORNO A RITMO DE REPERFUSION. HORA DE DEFUNCION 16+00. SE DA INFORMACION A SU FAMILIA. SU SERVICIO TRATANTE DILIGENCIARA FICHA EPIDEMIOLOGICA DE MORTALIDAD Y CERTIFICADO DE DEFUNCION; SE CIERRA HISTORIA CLINICA DE UCI ADULTOS.*”.

6.3.9.- Descripción quirúrgica relativa a la señora Carola María Basurto Rojas (q.e.p.d.), en la que se indica que el 18 de enero de 2014, bajo anestesia general, con el diagnóstico prequirúrgico de obstrucción intestinal, fue sometida a Laparotomía exploratoria – Hemicolecotomía derecha + Drenaje de Peritonitis (damage crontrol), inició a las 15:00 horas y finalizó a las 16:00 horas. Los hallazgos fueron: “*PERITONITIS PURULENTA Y FECAL GENERALIZADA, APENDICITIS AGUDA EMPLASTRONADA COMPROMETIENDO CIEGO A 0.5 CM DE*

*LA VALCULA ILEOCECAL PERFORADA. DILATACION DE ASAS DELEGADAS CON ZONAS DE ISQUEMIA EN PARCHE LOCALIZADAS DESDE EL ANGULO DE TREITZ HASTA LA VALVULA ILEOCECAL.*”.

6.3.10.- Descripción quirúrgica relativa a la señora Carola María Basurto Rojas (q.e.p.d.), en la que se indica que el 19 de enero de 2014, bajo diagnóstico prequirúrgico de Isquemia intestinal difusa, se le practicó la cirugía de Colocación de sistema VAC más ileostomía y fistula mucosa de colon, la que inició a las 11:30 y finalizó a las 12:30, los hallazgos fueron: “CAVIDA EN BOLSA DE LAPAROSTOMIA LIMPIA, PARCHES DE ZONAS ISQUEMICAS DIFUSAS GENERALIZADAS Y ASAS DELGADAS FRIABLES”.

6.3.11.- Descripción quirúrgica relativa a la señora Carola María Basurto Rojas (q.e.p.d.), en la que se indica que el 23 de enero de 2014, bajo diagnóstico prequirúrgico de Peritonitis residual, se le practicó la cirugía de Lavado abdominal terapéutico + cierre de laparotomía, la que inició a las 15:30 y finalizó a las 16:30, los hallazgos fueron: “LIQUIDO SERO HEMATICO EN GOTERAS PARIETOCOLICAS + NO HABIAN ABSCESOS LOCALIZADOS + PELVIS LIBRE + COLOSTOMIA BIEN ADHERIDA A LA PARED + MALA PERFUSION DE ASAS DELGADAS EN YEYUNO + DEHISENCIA DE SEROSA EN YEYUNO”.

6.4.- En la audiencia de pruebas de 25 de agosto de 2021<sup>20</sup>, se recibió el testimonio de la Dra. Catalina Agatón Díaz, médico especialista en medicina interna, quien obtuvo su grado por esta especialidad en diciembre de 2013 y quien para la época de los hechos estaba haciendo el rural. Dijo que tuvo dos contactos con la paciente en el Hospital Marco Felipe Afanador de Tocaima ESE, en la primera vez la misma llevaba 3 días de hospitalización, tenía infección de vías urinarias, disminución de síntomas, el urocultivo que se le practicó confirmó que tenía infección de vías urinarias, además se le trató porque tenía colitis amebiana. El segundo contacto lo tuvo el 18 de enero de 2014 a las 5 am, cuando ya se había instaurado remisión urgente por cirugía general, debido a dolor abdominal intenso, irritación peritoneal, dio trámite al cierre de la historia clínica y egreso, para ese momento ya había sido aceptada por el Hospital Universitario de La Samaritana, el examen de Blumberg dio positivo, no existía ninguna señal que indicara intervención de urgencia. El abdomen estaba agudo, con sospecha de obstrucción intestinal. En sus dos intervenciones con la paciente no hubo manifestaciones de choque séptico. Explicó las diferencias entre irritación peritoneal y prueba de Blumberg, así como que los dolores en el hipogastrio pueden deberse a los problemas que hasta ese momento le habían sido diagnosticados. Preciso que el diagnóstico de apendicitis es netamente clínico, se acompaña de fiebre y diarrea, la perforación apendicular puede darse entre las 24 a 72 horas luego de iniciado el proceso. Adujo que el 17 de enero de 2014 a las 6 pm ya había sospechas de apendicitis, que todos los médicos de ese entonces estaban haciendo el rural, en el hospital no se tenía la capacidad para hacer esa cirugía y que la distancia entre el Municipio de Tocaima y Girardot es de aproximadamente 20 o 30 minutos máximo. Por último, dijo que cuando se remitió a la paciente no tenía signos de inestabilidad hemodinámica.

6.5.- En la audiencia de pruebas realizada el 7 de abril de 2022<sup>21</sup>, se recibió la declaración de la señora Leidy Yadira Garzón Escobar, quien dijo ser auxiliar de enfermería, haber conocido a la paciente porque ella vivía en el mismo barrio donde ella reside, y que para ese entonces trabajaba en el Hospital Marco Felipe Afanador de Tocaima ESE. Reiteró lo que aparece en la historia clínica de la paciente, quien ingresó con diagnóstico de infección de vías urinarias, se le dieron medicamentos, control de signos vitales, evolucionó satisfactoriamente al antibiótico, se le hizo urocultivo que dio como resultado que seguía con dicha infección, por lo que se continuó con el manejo antibiótico. Adujo que la paciente también tenía un proceso infeccioso según el examen de materia fecal que se le practicó, tuvo mejoría notoria por la diarrea y los episodios eméticos, se le hicieron rayos x y por su resultado se ordenó su remisión, siendo aceptada en el Hospital Universitario de La Samaritana de Girardot ESE.

## **7.- Asunto de fondo**

Los señores Luis Eduardo Aroca Basurto, Xaira Dayana Aroca Rodríguez, Nellireth Alejandra Aroca Rodríguez, Andrei Duván Aroca Rodríguez, Yeni Aleida Rodríguez

<sup>20</sup> Ver documento digital “40.- 25-08-2021 AUDIENCIA DE PRUEBAS”.

<sup>21</sup> Ver documento digital “65.- 07-04-2022 AUDIENCIA DE PRUEBAS - TRASLADO ALEGAR”.



Basurto, Mauren Juranny Rodriguez Basurto Y Russbel Arbey Rodriguez Basurto, formularon demanda en ejercicio del medio de control de Reparación Directa contra el Hospital Universitario de La Samaritana ESE – Unidad Funcional Girardot, el Hospital Marco Felipe Afanador de Tocaima ESE y el Municipio de Tocaima, con el propósito de que estas entidades sean declaradas administrativa y extracontractualmente responsables de los perjuicios derivados del fallecimiento de la señora Carola Maria Basurto rojas, ocurrido el 25 de enero de 2014 debido “a la falla del servicio médico asistencial por la prestación de un deficiente del servicio de salud...”.

En atención a que son tres las entidades involucradas, el análisis se surtirá por separado con miras a determinar si es cierto que alguna de las entidades incurrió en alguna acción u omisión que haya podido contribuir eficientemente a la producción de la muerte de la señora Carola María Basurto Rojas (q.e.p.d.).

### **7.1.- Responsabilidad del Municipio de Tocaima**

Los demandantes dirigieron este medio de control en contra de esta entidad territorial, a quien igualmente señalan de ser una de las responsables de la muerte de su familiar. La entidad fue notificada personalmente de la demanda y dentro de la oportunidad legal no presentó contestación, guardó silencio.

El Despacho recuerda que, es común encontrar en los códigos de derecho adjetivo que el silencio de las partes se puede tomar como indicio en su contra, lo que bien puede equivaler a una especie de aceptación de los acciones u omisiones que se le endilgan, conducta que facilita en gran medida que quien opta por el mutismo sea derrotado judicialmente sin mayores dificultades.

Empero, en el terreno del medio de control de reparación directa considera el juzgado que al silencio de las entidades públicas que ocupan el extremo pasivo de la relación jurídico-procesal no se le puede dar semejante alcance puesto que, por estar en juego derechos superiores, como el patrimonio de esas entidades, la carga de la prueba conserva todo su vigor, por lo que aún a pesar de esa omisión, sigue estando en cabeza de la parte actora satisfacer de la carga de la prueba en cuanto a los elementos configuradores de la responsabilidad extracontractual del Estado, como son el daño antijurídico y la imputabilidad del mismo a los demandados.

Pues bien, en este caso es fácil anticipar que, no obstante el silencio que guardó en su debido momento el Municipio de Tocaima, por no haber contestado la demanda, las pretensiones formuladas en su contra no tienen ninguna posibilidad de éxito.

Efectivamente, el fracaso de las pretensiones de la demanda respecto del Municipio de Tocaima está dado por el hecho que la parte actora, en su escrito de demanda, no esgrime una sola acción u omisión en que presuntamente haya podido incurrir la entidad territorial en el marco de los servicios de salud que se le brindaron a la señora Carola María Basurto Rojas (q.e.p.d.), tanto en el Hospital Marco Felipe Afanador de Tocaima ESE como en el Hospital Universitario de La Samaritana ESE – Unidad Funcional Girardot, ausencia de precisión fáctica que no solo vulnera el debido proceso y el derecho de defensa de dicho municipio, pues se le impide ejercer una defensa idónea, sino que también denota a la vez que dirigir la demanda en su contra no pasa de ser un capricho de la parte actora, carente de cualquier respaldo fáctico o probatorio, quienes probablemente acudieron a esa estrategia con la esperanza de que el operador judicial se topara con algo que diera luces sobre su eventual responsabilidad patrimonial.

Olvidó la parte accionante que la jurisdicción contencioso administrativa es una jurisdicción rogada, carácter que desplaza casi que por completo la posibilidad de que el juez emita fallos oficiosos, esto es sentencias en las que se analice y concluya la responsabilidad patrimonial de la parte demandada sin el menor asomo de precisión fáctica y jurídica, tal como así ocurre en el *sub lite* con relación al Municipio de Tocaima, a quien se le demandó sin darle a conocer las razones de hecho o de derecho por las cuales el fallecimiento de la familiar de los demandantes sí le era imputable.

Adicionalmente, salta a la vista que el hecho generador del daño es la muerte de la señora Carola María Basurto Rojas (q.e.p.d.), quien perdió la vida después de recibir atención médica y hospitalaria tanto en el Hospital Marco Felipe Afanador ESE de



Tocaima, como en el Hospital Universitario de La Samaritana ESE – Unidad Funcional Girardot, y que los demandantes centran todos sus reparos en los servicios médicos y hospitalarios que se le brindaron a la paciente durante su paso por dichas entidades, servicios de salud en los que nada tuvo que ver el Municipio de Tocaima.

Es incuestionable que esa entidad territorial no tuvo ninguna participación en los servicios de salud que se le brindaron a la paciente en los dos hospitales mencionados. Se dice esto, porque los demandantes no aportaron ningún medio de prueba que indique lo contrario, es decir, no existe una sola prueba que ubique al Municipio de Tocaima en medio de la prestación de los servicios de salud que el Hospital Marco Felipe Afanador ESE de Tocaima y el Hospital Universitario de La Samaritana – Unidad Funcional Girardot, o que demuestre que la entidad territorial tuvo alguna participación en ello, por pequeña que sea.

Por el contrario, lo que sí se verifica es que no existe manera alguna de que el Municipio de Tocaima haya podido participar de algún modo en la prestación de los servicios de salud que los dos entes hospitalarios le brindaron a la paciente, ya que los últimos no forman parte de la estructura de la administración local de ese municipio. Recuérdese que el Hospital Marco Felipe Afanador ESE de Tocaima, según constancia expedida por el Director Administrativo y Financiero de la Secretaría de Salud de Cundinamarca, es una entidad pública constituida bajo la forma de empresa social del Estado, del sector descentralizado del Departamento de Cundinamarca, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y con autonomía para la administración de sus propios asuntos. Estas características las comparte igualmente el Hospital Universitario de La Samaritana, que igualmente es una entidad descentralizada del orden departamental, que cuenta con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa<sup>22</sup>.

Se tiene, entonces, que el Municipio de Tocaima, por un lado, y los hospitales mencionados en precedencia, por el otro, pertenecen a diferente orden. El primero, es del orden local o municipal, y los segundos, son del orden seccional o departamental. Esto, por sí solo, da pie a sostener bajo el principio de autonomía de las entidades territoriales que, los daños antijurídicos que puedan ocasionar eventualmente el Hospital Marco Felipe Afanador ESE de Toca y el Hospital Universitario de La Samaritana, que pertenecen al sector descentralizado del departamento de Cundinamarca, no tienen cómo comprometer la responsabilidad patrimonial del Municipio de Tocaima, máxime si recordamos que los dos entes hospitalarios actúan como entidades jurídicas dotadas de personería jurídica, circunstancia que les permite afrontar directamente los procesos de reparación de daños que se dirijan en su contra.

Finalmente, el carácter funcional de las actividades encomendadas al Municipio de Tocaima y a los Hospitales en cuestión, sustentan la tesis de que la entidad territorial es completamente ajena a las actividades desplegadas por el Hospital Marco Felipe Afanador ESE de Tocaima y el Hospital Universitario de La Samaritana, pues resulta incuestionable que el municipio no tuvo a su cargo la prestación de los servicios de salud que se le brindaron a la familiar de los demandantes, y porque mucho menos tuvo bajo su cargo el control o la verificación de que los mismos servicios se prestaran bajo ciertos estándares de calidad y oportunidad.

Por tanto, el juzgado declarará probada de oficio la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva respecto del Municipio de Tocaima, frente a quien desestimarás las pretensiones de la demanda.

## **7.2.- Responsabilidad del Hospital Universitario de La Samaritana – Unidad Funcional Girardot**

El señor Luis Eduardo Aroca Basurto, junto a los demás familiares que lo acompañan en este asunto, dirigieron la demanda igualmente en contra del Hospital Universitario de La Samaritana – Unidad Funcional Girardot. Aunque es claro lo que se pretende en contra de este ente hospitalario, no ocurre lo mismo en cuanto a los supuestos de hecho que llevaron a los accionantes a imputarle al mismo el deceso de la señora Carola María Basurto Rojas. Los fundamentos de derecho no pasan de ser transcripciones de normas constitucionales y extractos de jurisprudencias del Consejo de Estado, y los

<sup>22</sup> Ver: [https://www.hus.org.co/recursos\\_user/documentos/editores/83/NotasBalanceDIC2019.pdf](https://www.hus.org.co/recursos_user/documentos/editores/83/NotasBalanceDIC2019.pdf).

fundamentos de hecho rebosan en críticas o cuestionamientos contra las atenciones médicas brindadas a la paciente en el Hospital Marco Felipe Afanador ESE de Tocaima, pero no se hacen señalamientos puntuales respecto del Hospital Universitario de La Samaritana – Unidad Funcional Girardot.

Es más, en lo que respecta al Hospital Universitario de La Samaritana – Unidad Funcional Girardot, los demandantes admiten a través de su apoderado judicial que este hospital no ahorró esfuerzos para salvar la vida de su familiar. Por ejemplo, en el hecho 24 sostienen que tan pronto fue recibida la paciente “entra directamente a la Unidad de cuidados Intensivos; Mas tarde nos informan que el diagnóstico es una apendicitis...”. En el hecho 25 se dice que “El resultado del tratamiento errado del Hospital de Tocaima a la señora CAROLA MARIA BASURTO ROJAS, obliga a los galenos en Girardot, primero a limpiar la peritonitis y en virtud a la demora en el tratamiento terminan por quitarle el recto derecho...”. En el hecho 28 se afirma: “inalmente el 25 de enero de 2014 a las 4:00 pm fallece la señora... en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Girardot, producto de la negligencia médica y la deficiente atención prestada por el Hospital de Tocaima... Su muerte se debe a un cuadro de apendicitis no diagnosticado, que se convirtió en peritonitis y por el mal estado en que ingreso al hospital de Girardot.”.

La inexistencia de cuestionamientos a los servicios médico-hospitalarios brindados a la señora Carola Maria Basurto Rojas (q.e.p.d.), en las instalaciones del Hospital Universitario de La Samaritana – Unidad Funcional Girardot, más la ponderación que hacen los demandantes de la oportunidad y la calidad de los servicios que allí le prestaron a la paciente, serían suficientes para concluir la prosperidad de las excepciones formuladas por el ente hospitalario, relativas a su falta de legitimación en la causa por pasiva, y la consiguiente improsperidad de las súplicas de la demanda. Empero, el material probatorio regular y oportunamente recabado también contribuye de manera contundente a afirmar que no existe nada que reprocharle a este hospital, quien actuó con rapidez frente al estado de salud de la paciente.

Efectivamente, en la historia clínica de la señora Carola María Basurto Rojas (q.e.p.d.), se observa que su ingreso se dio el 18 de enero de 2014 a las 06:55:06 am, en regular estado general, con diagnóstico de obstrucción intestinal, quien fue remitida para valoración por cirugía general. A las 11:33 am se hospitalizó por servicio de cirugía y se recomendó su traslado a salas de cirugía. Según la descripción quirúrgica del 18 de enero de 2014, fecha de ingreso al hospital, por el diagnóstico indicado se le practicó laparotomía exploratoria, que inició a las 3:00 pm y finalizó a las 4:00 pm, con hallazgos de peritonitis purulenta y fecal generalizada, apendicitis aguda emplastrada, con compromiso del ciego. El día 19 de enero de 2014, bajo diagnóstico de isquemia intestinal difusa, se le practicó cirugía de colocación de sistema VAC más ileostomía y fistula mucosa de colon. El 23 de enero de 2014 se le practicó cirugía de lavado abdominal terapéutico + cierre de laparotomía, inició a las 3:30 pm y finalizó a las 4:30 pm. Además, la paciente fue evolucionada por el personal de salud todos los días, mañana y tarde, las notas indican que venía mejorando, incluso ya se había decidido dar salida de unidad de cuidados intensivos, pero el 25 de enero de 2014 su estado de salud empeoró, reingresó a la unidad de cuidados intensivos, fue reanimada en más de una ocasión, pero al final perdió la vida.

El juzgado considera que los servicios médico-hospitalarios que el Hospital Universitario de La Samaritana ESE – Unidad Funcional Girardot le brindó a la paciente fueron oportunos y de calidad. De un lado, porque luego de su ingreso al mismo fue valorada por el servicio de cirugía general, en el que se determinó que por su delicado estado de salud era necesaria la práctica de una laparotomía exploratoria, cirugía que inició a las tres de la tarde del mismo día que ingresó a la entidad, tiempo que no es desmedido si se toma en cuenta que por obvias razones ningún paciente puede ser pasado a salas de cirugía sin que por lo menos tenga una valoración preliminar para determinar cuál puede ser la patología a la que se enfrentan los galenos, lo que definirá la conducta a seguir, así como la especialidad de los profesionales de la salud que habrán de intervenir en la respectiva cirugía.

Adicionalmente, no se estableció en el expediente si el hospital tuvo disponibles las salas de cirugía desde un comienzo o si el tiempo que se tomó para iniciar la cirugía –que no es desproporcionado-, obedeció al alistamiento de las mismas o que eventualmente se debieron realizar otras cirugías con antelación a la laparotomía exploratoria que se le hizo a la señora Carola Maria Basurto Rojas (q.e.p.d.). Es decir, ninguna prueba indica



que el hospital haya sido negligencia en cuanto al manejo de los tiempos, los que por el contrario está acreditado fueron razones y con la mayor rapidez posible.

Y, de otro lado, el Despacho tampoco advierte que la calidad de los servicios ofrecidos a la paciente no haya sido la adecuada para el manejo de sus problemas de salud. El acervo probatorio lleva a sostener que la calidad de dichos servicios estuvo a la altura de los requerimientos de la situación, puesto que el mismo día se hizo una laparotomía exploratoria y de ahí en adelante se hicieron otras intervenciones quirúrgicas encaminadas a restablecer su salud, todo lo cual se manejó en la unidad de cuidados intensivos para que el seguimiento y monitoreo fuera permanente. El hecho del deceso de la paciente no puede de ninguna manera llevar a afirmar que el hospital incurrió en falla en el servicio, la muerte es algo natural y en muchos casos imposible de evitar, lo que se espera de los entes hospitalarios es que de acuerdo con la *lex artis* hagan todo el esfuerzo necesario para recuperar al paciente, lo que sin duda el Hospital Universitario de La Samaritana – Unidad Funcional Girardot sí hizo, motivo por el cual se justifica declarar probadas las excepciones planteadas por el hospital y denegar las pretensiones de la demanda formuladas en su contra.

### **7.3.- Responsabilidad del Hospital Marco Felipe Afanador ESE de Tocaima**

Los accionantes demandaron al mencionado hospital porque consideran que allí se cometieron diferentes irregularidades, algunas relativas a la falta de atención oportuna, otras a que el diagnóstico no se hizo con la oportunidad y precisión que correspondía, y finalmente porque el personal médico no quiso atender la recomendación efectuada por algunos parientes de la paciente, quienes desde un comienzo sugirieron que se le hiciera una ecografía abdominal para descartar problemas de filtración a nivel intestinal, a lo que se suma una supuesta inundación en la habitación en la que fue internada la señora Carola Maria Basurto Rojas (q.e.p.d.).

La historia clínica aportada por el Hospital Marco Felipe Afanador ESE de Tocaima muestra lo siguiente respecto de la paciente:

- (i) Que el 14 de enero de 2014, a eso de las 07:30:18 horas, ingresó al hospital por consulta de medicina general para control de glucometría, pero como los exámenes arrojaron 38 grados centígrados de temperatura e infección de vías urinarias, fue remitida a urgencias, el abdomen blando depresible sin dolor a la palpación, no signos de irritación peritoneal;
- (ii) Que el 14 de enero de 2014, a las 20:28 horas, tenía 37 grados centígrados de temperatura, uroanálisis sugería infección de vías urinarias, el abdomen blando doloroso a la palpación profunda de flanco derecho, sin signos de irritación peritoneal, no masas, ni visceromegalias. Se instauró tratamiento con antibióticos.
- (iii) Que el 15 de enero de 2014, a las 10:28 horas, tenía 36 grados centígrados de temperatura, mejoría clínica irritativa urinaria, abdomen blando depresible sin irritación peritoneal, estable hemodinámicamente.
- (iv) Que el 16 de enero de 2014, a las 7:49 horas, tenía 36 grados centígrados de temperatura, abdomen blando depresible, leve dolor a la palpación difusa, sin irritación peritoneal, persistía con infección de vías urinarias, pero con mejoría clínica, presentó deposiciones diarreas abundantes (8), sin moco ni sangre, hemodinámicamente estable, no irritación peritoneal. Se solicitó coproscópico y hemograma.
- (v) Que el 17 de enero de 2014, a las 8:07 horas, tenía 36 grados centígrados de temperatura, abdomen blando depresible leve dolor a la palpación sin irritación peritoneal, diagnósticos infección de vías urinarias, colitis amebiana, se empieza a medicar para controlar la diarrea y sigue el manejo antibiótico para IVU.
- (vi) Que el 17 de enero de 2014, a las 13:45 horas, tenía 37 grados centígrados, con infección de vías urinarias, colitis amebiana, dolor abdominal en estudio, sin episodios eméticos, flatos positivos, deposiciones positivas sin moco, no picos febriles, abdomen distendido, sin signos de sirs, dolor a la palpación en hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal, blumberg negativo, se ordena radiografía de abdomen, hemograma y se suspende manejo analgésico.
- (vii) Que el 17 de enero de 2014, a las 18:38 horas, tenía 38 grados de temperatura, abdomen agudo, obstrucción intestinal, infección de vías

- urinarias, colitis amebiana, con signos de irritación peritoneal, blumberg positivo, se ordena sonda nasogástrica, se indica remisión para valoración por cirugía general.
- (viii) Que el 18 de enero de 2014, a las 5:56 horas, la paciente salió hacia el Hospital Universitario de La Samaritana ESE – Unidad Funcional Girardot, con 38 grados de temperatura, diagnóstico de abdomen agudo, obstrucción intestinal, infección de vías urinarias y colitis amebiana, abdomen con signos de irritación peritoneal, blumberg positivo, hemodinámicamente estable, consciente, orientada.
- (ix) Que con fecha 17 de enero de 2014 aparece en el expediente el formulario diligenciado por el Hospital Marco Felipe Afanador ESE de Tocaima, denominado “*SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SIS 412 A*”, relativo a la paciente Carola María Basurto Rojas (q.e.p.d.), en el que se lee que está afiliada a CONVIDA EPS, en el régimen subsidiado, quien se remite para cirugía general prioritaria, bajo los diagnósticos de abdomen agudo y obstrucción intestinal, con signos de irritación peritoneal y blumberg positivo.<sup>23</sup>

El Despacho recuerda que, según la Guía Apendicitis Aguda – Adoptada Guías para manejo de urgencias 3ª edición – Ministerio de Salud – Tomo II, Clínica Sagrado Corazón arriba mencionada, la apendicitis aguda corresponde a un proceso inflamatorio del apéndice, que ocurre en la mayoría de los casos por obstrucción de la luz apendicular y que puede culminar con la perforación de ese órgano, lo que lleva a que su contenido, altamente contaminante, se derrame en la cavidad abdominal, propiciando una respuesta inflamatoria, peritonitis severa, un choque séptico y la muerte. Su tratamiento es necesariamente quirúrgico con la resección urgente del apéndice.

El diagnóstico de esta patología, según la mencionada Guía y la declaración rendida por la Dra. Catalina Agatón Díaz en la audiencia de pruebas realizada el 25 de agosto de 2021, “*es esencialmente clínico*”, es decir, con la práctica de un examen físico que hacen los galenos por medio de la palpación del cuadrante inferior derecho en el “*Punto de McBurney*”, que se ubica en el centro de una línea trazada en el ombligo y la espina iliaca anterior y superior, en esta zona se practica la denominada prueba de Blumberg, que no es nada diferente a la descompresión brusca de la región cecal, que de producir dolor intenso indica, con alto grado de certeza, que hay irritación peritoneal y muy probablemente un apéndice inflamado.

Además, la Guía en mención señala que si se sospecha de apendicitis aguda se debe ordenar la práctica de un hemograma, porque es usual que el recuento de leucocitos salga moderadamente elevado, así como una radiografía simple de abdomen, todo lo cual contribuirá a tener un diagnóstico mucho más certero. E igualmente precisa la Guía que “*El tiempo promedio entre la aparición de los síntomas y la perforación fue de 64 horas*”, lo que en cierto modo concuerda con lo declarado por la Dra. Catalina Agatón Díaz, quien expresó que la perforación del apéndice suele ocurrir entre las 24 a 72 horas luego de iniciado el proceso inflamatorio.

Pues bien, revisado todo lo anterior, el juzgado observa que no es cierto que el Hospital Marco Felipe Afanador ESE de Tocaima no haya dado un diagnóstico a tiempo. Desde el primer día de ingreso de la paciente al hospital (Ene. 14/2014), la entidad practicó los exámenes necesarios para determinar cuál era la patología que aquejaba a la señora Carola María Basurto Rojas (q.e.p.d.), a quien se le hizo un urocultivo que arrojó como resultado infección de vías urinarias, ante lo cual se le instauró un tratamiento manejado primordialmente con antibióticos.

El día 2 de hospitalización (Ene. 15/2014), la condición clínica de la paciente mejoró, tuvo respuesta satisfactoria al tratamiento instaurado. El día 3 de hospitalización (Ene. 16/2014), persistía la infección de vías urinarias con alguna mejoría, pero empezó a presentar diarrea, por lo que se ordenaron las respectivas pruebas de laboratorio. El día 4 de hospitalización (Ene. 17/2014), gracias a los exámenes ordenados, se diagnosticó colitis amebiana, ante lo cual también se ordenó el respectivo tratamiento.

<sup>23</sup> Ver documento digital “002:AnexoContestacionDemanda” de la carpeta “C002” páginas 23 y 24.

Hasta aquí todo indica que el servicio brindado a la paciente estuvo de acuerdo con la *lex artis*, dado que ante la sintomatología que presentaba se hicieron unos diagnósticos acertados, que comenzaron a ser atendidos con los tratamientos médicos correspondientes, lo que incluyó medicamentos para controlar la infección de vías urinarias, y medicamentos para controlar la colitis amebiana (parásitos).

Ahora, en lo relativo a la apendicitis aguda, el Despacho discrepa de la apreciación de los demandantes, quienes aseguran que la institución no actuó oportunamente, demora que impidió detectar a tiempo la inflamación de ese órgano y que se estallara con la consiguiente sepsis abdominal severa.

La literatura médica indica que el diagnóstico de la apendicitis aguda es netamente clínico, es decir que se realiza por medio de una prueba de Blumberg, que según se explicó en precedencia es hacer presión en la fosa iliaca derecha, por manera que si al soltar existe un fuerte dolor en esa región es porque el apéndice está inflamado.

La historia clínica elaborada por el referido hospital indica que a la señora Carola María Basurto Rojas (q.e.p.d.), todos los días le practicaron la prueba física para determinar si tenía irritación peritoneal o apendicitis; igualmente, de manera permanente se le hicieron hemogramas, entre otras cosas, para establecer cómo se hallaba el comportamiento de leucocitos, que es un buen indicador de la presencia de una respuesta inflamatoria derivada de una infección provocada por contaminación de la cavidad abdominal. Todos los exámenes realizados durante los días 14, 15, 16 y parte del día 17, arrojaron como resultados que no había ningún indicio de que la paciente estuviera cursando una apendicitis o irritación peritoneal, todo lo contrario, la prueba de Blumberg salió negativa, no hubo señal alguna de irritación peritoneal, la temperatura de la paciente estuvo dentro de los límites normales, salvo el día 17 a las 18:32 horas, cuando se ubicó en 38 grados centígrados, y los leucocitos durante los días 14, 16 y 17, por lo general estuvieron dentro de los valores de referencia, excepto el día 16 que estuvo en 12.20, ligeramente por encima del máximo valor de referencia.

Solo hasta el día 17 de enero de 2014 a las 13:45 horas el personal médico empieza a sospechar de irritación peritoneal, pese a que el examen físico no daba señales de ello porque la prueba de Blumberg seguía siendo negativa. Por tanto, se ordenó la práctica de un hemograma y de una radiografía simple de abdomen. Con los resultados de estos exámenes y una prueba de Blumberg positiva, ese mismo día a las 18:32 horas, se confirmó que la paciente tenía irritación peritoneal, es decir, que tenía abdomen agudo que requería manejo quirúrgico urgente. Así, en ese mismo instante se dio la orden de remitir a la paciente al Hospital Universitario de La Samaritana ESE – Unidad Funcional Girardot, para que el procedimiento quirúrgico se adelantara allí debido a que el Hospital de Tocaima carecía de la tecnología para realizar dicho procedimiento. El trámite se hizo sin demora, según el formulario de referencia y contrarreferencia mencionado arriba, las gestiones se hicieron desde ese mismo día, la paciente salió del hospital el día 18 de enero de 2014, a las 6:00 horas, hemodinámicamente estable, consciente, orientada, en aceptables condiciones, e ingresó al Hospital Universitario de La Samaritana ESE – Unidad Funcional Girardot el mismo día a las 6:55:06 de la mañana, lo que indica que en menos de una hora ya estaba en el anterior hospital.

Pues bien, en lo que respecta a la patología de apendicitis, que al parecer fue la que produjo el deceso de la paciente por el proceso séptico desencadenado por la perforación del apéndice, dirá el juzgado que el diagnóstico fue oportuno. Nótese que los síntomas de esa enfermedad solo se manifestaron hasta la tarde del día 17 de enero de 2014, cuando la prueba de Blumberg salió positiva, hubo señales inequívocas de irritación peritoneal y se empleó como ayuda diagnóstica unos rayos x simples de abdomen, que vinieron a confirmar un proceso obstructivo que según la Guía médica empleada por el Despacho es lo que sucede cuando se inflama el apéndice.

No es dable aseverar que el Hospital Marco Felipe Afanador de Tocaima incurrió en falla del servicio porque no diagnosticó la apendicitis durante los días 14, 15 y 16 de enero de 2014, por la potísima razón de que las pruebas idóneas practicadas a la paciente no suministraban ningún indicio de que se estuviera presentando ese proceso inflamatorio. Los diagnósticos establecidos durante esos días fueron acertados, respaldados con pruebas de laboratorio y confirmados por la clínica de la paciente, que sugerían dolores



asociados con infección de vías urinarias y colitis amebiana, causantes de dolores abdominales, pero en zonas diferentes a la fosa iliaca derecha.

Tampoco puede avalarse la idea de que el Hospital Marco Felipe Afanador ESE de Tocaima se demoró en el traslado de la paciente al Hospital Universitario de La Misericordia ESE – Unidad Funcional Girardot. Desde el mismo día 17 de enero de 2014 comenzaron los trámites para su traslado al referido hospital, además, entre la orden de remisión y el ingreso de la paciente al hospital donde se le practicó la cirugía pasaron alrededor de 12 horas, tiempo que está dentro de los límites fijados por la Guía utilizada por el juzgado, según la cual desde que inician los síntomas de la irritación peritoneal se tienen entre 24 y 63 y/o 72 horas para someter al paciente a la respectiva cirugía. Por ello, como la señora Carola María Basurto Rojas (q.e.p.d.), fue recibida en el Hospital de Girardot sin que hubieran pasado 24 horas desde que se empezó a sospechar que ella tenía abdomen agudo o apendicitis aguda, no puede reprocharse la conducta del hospital demandado como demorada, pues se actuó con la oportunidad que la *lex artis* lo establece.

Ahora, en lo atinente a los reparos que hacen los demandantes a la supuesta omisión del cuerpo médico en hacerle a la paciente una ecografía de abdomen para verificar que no estuviera cursando un proceso de filtración intestinal, considera el juzgado que este planteamiento no es de recibo, dado que son los médicos tratantes y no los familiares quienes deciden los exámenes o las pruebas de laboratorio que se deben hacer a los pacientes para definir el diagnóstico. Además, si el asunto era por una prueba diagnóstica, salta a la vista que el hospital sí la ordenó y la practicó, y fue tan útil que junto con la prueba de Blumberg permitió concluir que la paciente tenía irritación peritoneal, obstrucción intestinal y que requería manejo quirúrgico urgente en un hospital de mayor nivel de atención, por lo que de inmediato ordenó la remisión al Hospital Universitario de La Samaritana ESE.

Los otros componentes fácticos de la demanda, referidos a las supuestas respuestas desobligantes que los galenos dieron a los familiares de la señora Carola María Basurto Rojas (q.e.p.d.), ante el pedido de que se le practicara una ecografía de abdomen, y relativos a que la habitación en la que fue ubicada la paciente tenía un problema de filtración de aguas, responde el juzgado que nada de esto está probado. Adicionalmente, de llegar a ser cierto todo lo anterior, su incidencia en la eventual configuración de una falla probada del servicio sería verdaderamente mínima o nula, primero, porque la inundación no se sabe qué dimensiones tuvo o si pudo haber comprometido la calidad y oportunidad con la que se prestaron los servicios médico-hospitalarios, los que según los medios de prueba examinados fue la correcta; y segundo, porque las respuestas altaneras, en opinión del Despacho, podrían tener algún significado en el ámbito disciplinario, pero no en el contexto de la responsabilidad extracontractual del Estado, a quien solo se le debe condenar si se prueba la existencia de un daño antijurídico y que el mismo sea imputable a la administración, lo que está visto no ocurre con respecto al hospital de Tocaima.

Finalmente, el juzgado no niega que a los familiares de la señora Carola María Basurto Rojas (q.e.p.d.), les cause desconcierto que pese a haber estado hospitalizada en el Hospital Marco Felipe Afanador ESE de Tocaima durante los días 14, 15, 16, 17 y parte del 18 de enero de 2014, no le hayan diagnosticado de manera temprana el abdomen agudo, para así evitar el proceso séptico que la aquejó. Sin embargo, el Despacho señala que, tal como lo dijeron las entidades demandadas y llamadas en garantía, la medicina genera obligaciones de medio y no de resultado, lo que se traduce en que las entidades hospitalarias deben hacer todo lo que la ciencia médica permita para diagnosticar y tratar las enfermedades de los pacientes, lo que no equivale a decir que los entes hospitalarios están obligados a garantizar en todos los casos la recuperación y/o supervivencia de los pacientes, dado que cada organismo tiene su propio comportamiento, lo que de algún modo se confirma en el *sub lite* porque la paciente solo presentó síntomas de abdomen agudo hasta la tarde del día 17 de enero de 2014, momento a partir del cual los dos hospitales aquí implicados trabajaron dentro de los tiempos establecidos por la ciencia para intervenirla quirúrgicamente.

Así las cosas, las pretensiones de la demanda tampoco prosperarán contra esta entidad.



## 8.- Costas

El artículo 188 del Código de Procedimiento Administrativo y Contencioso Administrativo – C.P.A.C.A., prescribe que “la sentencia dispondrá sobre la condena en costas”. Es decir que bajo esta normativa no es imperativa la condena en costas en contra de la parte que resulta vencida en el litigio, ya que por la forma como se concibe esa disposición se entiende que el juez tiene libertad de apreciación al respecto. Por tanto, y en atención a que la parte demandante ejerció su derecho de defensa sin acudir a maniobras reprochables, el juzgado no la condenará al pago de las costas procesales.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Treinta y Ocho Administrativo Oral – Sección Tercera del Circuito Judicial de Bogotá D.C., administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

### F A L L A

**PRIMERO: DECLARAR** probada de oficio la excepción de “Falta de legitimación en la causa por pasiva”, respecto del **MUNICIPIO DE TOCAIMA**.

**SEGUNDO: DECLARAR** probadas las excepciones de “Falta de legitimación en la causa por pasiva”, “Ausencia de falla en la prestación del servicio”, “Ausencia de responsabilidad del Hospital Universitario de La Samaritana”, “Obligación de medio y no de resultado – Desarrollo eficiente de la actividad médica”, “Rompimiento del nexo causal entre la atención inicial y la atención prestada en el Hospital Universitario de La Samaritana”, formuladas por el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA ESE – UNIDAD FUNCIONAL GIRARDOT**.

**TERCERO: DECLARAR** probada la excepción de “Inexistencia de nexo de causalidad”, formulada por el **HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR ESE DE TOCAIMA**.

**CUARTO: DENEGAR** las pretensiones de la demanda de Reparación Directa formulada por **LUIS EDUARDO AROCA BASURTO Y OTROS** contra el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA ESE – UNIDAD FUNCIONAL GIRARDOT**, el **HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR ESE DE TOCAIMA** y el **MUNICIPIO DE TOCAIMA**.

**QUINTO:** Sin condena en costas. Una vez en firme esta providencia **ARCHÍVESE** el expediente dejando las anotaciones del caso.

**SEXTO: ACEPTAR** la renuncia al poder presentada por el Dr. **JOSÉ MANUEL URUEÑA FORERO**, quien viene actuando como apoderado judicial del Hospital Marco Felipe Afanador ESE de Tocaima.

**SÉPTIMO: RECONOCER** personería jurídica al Dr. **STIVENS ANDRÉS RODRÍGUEZ MONTENEGRO**, con C.C. No. 1.110.535.558 y T.P. No. 267.630, como apoderado judicial del Hospital Marco Felipe Afanador ESE de Tocaima.

**OCTAVO: ACEPTAR** la renuncia al poder presentada por el Dr. **CARLOS ALBERTO URIBE SANDOVAL**, quien viene actuando como apoderado judicial del Hospital Universitario de La Samaritana ESE.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.**

**ASDRÚBAL CORREDOR VILLATE**  
**Juez 38 Administrativo Bogotá D.C.**

Correos electrónicos	
Parte demandante:	ja.rona@gmail.com; ajuridico9@gmail.com;
administrativo@argoydiazabogados.com	
Parte demandada:	notificaciones@hus.org.co; carlosauribes7@hotmail.com;
carlosauribes7@gmail.com; htocaima@cundinamarca.gov.co;	
uruenaramirezabogados@gmail.com; notificacionesjudiciales@tocaima-cundinamarca.gov.co;	
stivens.rodriuezm@gmail.com	
Llamados en garantía:	mzuluaga@velezgutierrez.com; notificaciones@velezgutierrez.com;
ngutierrez@velezgutierrez.com; ccorreos@confianza.com.co; jgonzalez@confianza.com.co ;	
dgrabogada@gmail.com; notificacionesjudiciales@litigando.com; rordonez@confianza.com.co;	
coomega.megacoop@gmail.com	
Ministerio público:	mferreira@procuraduria.gov.co