



JUZGADO CUARENTA CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá, D. C., dieciocho (18) de marzo de dos mil veintiuno (2021)

Responsabilidad médica radicada con el No. 110013103040 2017 00702 00

Demandante: Daliz María Bello Blanco, Olga Cecilia Blanco Bustacara y Daniela Rivera Bello

Demandados: Fundación Hospital de la Misericordia, COMPENSAR E.P.S., y la Sociedad Pediátrica de los Andes S.A.

Llamadas en garantía: Seguros del Estado S.A., ALLIANZ Seguros S.A., Oscar Fernando Torres Alonso y Seguros Generales Suramericana S.A.

Surtido el trámite de instancia, procede el Juzgado a decidir de fondo la presente acción, conforme se anunció en audiencia anterior, previo compendio de los siguientes,

ANTECEDENTES

1.- Daliz María Bello Blanco, Olga Cecilia Blanco Bustacara y Daniela Rivera Bello demandaron a la Fundación Hospital de la Misericordia, Compensar E.P.S. S.A., y la Sociedad Pediátrica de los Andes S.A., a fin de que sean declarados, principalmente, responsables solidariamente por los daños patrimoniales y extrapatrimoniales que le fueron causados como consecuencia de la muerte de Mihael Santiago Rivera Bello (q.e.p.d.) por la defectuosa prestación del servicio médico asistencial, aunado a la ausencia de diagnóstico oportuno y a la falta de información que debió brindársele al paciente. Subsidiariamente, pide que las demandadas sean declaradas responsables civilmente por la pérdida de la oportunidad de vivir.

Como consecuencia piden se condene a la parte demandada al pago solidario de las siguientes sumas de dinero, debidamente indexadas: para Daliz María Bello Blanco 100 s.m.l.m.v., por daño moral; 100 s.m.l.m.v., por daño a la vida de relación; 100 s.m.l.m.v., como heredera del derecho a ser indemnizado del menor fallecido por la afectación a la vida y dignidad humana; 100 s.m.l.m.v., por la afectación al derecho a la familia; \$7'418.395 por daños materiales. Para OLGA CECILIA BLANCO BUSTACARA 100 s.m.l.m.v., por daño moral; 100 s.m.l.m.v., por daño a la vida de relación; 100 s.m.l.m.v., por la afectación al derecho a la familia. Para DANIELA RIVERA BELLO 100 s.m.l.m.v., por daño moral; 100 s.m.l.m.v., por daño a la vida de relación; 100 s.m.l.m.v., por la afectación al derecho a la familia.

2.- Las pretensiones se sustentaron en el siguiente relato fáctico:

El hogar de Mihael Santiago Rivera Bello (q.e.p.d.) estaba conformado por su mamá Daliz María Bello, su hermana Daniela Rivera Bello Blanco y su abuela Olga Cecilia Blanco Bustacara. El menor se encontraba vinculado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de la E.P.S. Compensar.

El 23 de abril de 2013 a la hora de las 2:00 p.m. el causante comenzó a sentir un dolor en la parte baja del estómago, con vómito. A la hora de las 8:00 a.m., del 24 de abril del mismo año el menor fue atendido, previa asignación de cita, en la Sociedad Pediátrica de los Andes, específicamente por el pediatra Oscar Fernando Torres Alonso, quien registró en la historia clínica como motivo de consulta dolor

abdominal tipo cólico no quirúrgico, asociado a vómito, con fiebre y sin diarrea. El médico no ordenó la práctica de exámenes ni establece tratamiento, dándole salida con acetaminofén para manejo del dolor.

Así pues, el paciente y su mamá se devolvieron para su hogar, pero aquel siguió presentando dificultad para caminar, para comer, para hacer deposiciones, su cuerpo estaba frío, tenía fiebre (39º) y estaba decaído. Ante la persistencia de los síntomas, el 27 de abril seguido la progenitora de Mihael Santiago decide llevarlo por urgencias a la Fundación Hospital de la Misericordia, en donde fue atendido por un estudiante quien manifestó que lo que el paciente padecía era un virus, ordenan manejo con acetaminofén y el médico correspondiente aprobó tal decisión y dio orden de salida.

Se aclara que los síntomas que en ese momento presentaba el causante son asociados usualmente a la apendicitis; no obstante, ni los médicos de la Sociedad Pediátrica de los Andes ni de la Fundación Hospital de la Misericordia no tomaron ninguna medida o lo contemplaron como una posibilidad, desatendiendo la literatura médica que existe sobre los síntomas de la apendicitis, dándose una mala interpretación al progreso del cuadro clínico del paciente incluso al examen coproscópico que se realizó en la fundación hospitalaria demandada.

Una vez más el 28 de abril de 2013 a la hora de las 6:00 a.m., ante el mal estado de salud que presentaba y su empeoramiento con el tiempo, el paciente se dirigió en compañía de sus padres a la Fundación Hospital la Misericordia en donde fue examinado por un especialista que lo diagnosticó con lo que siempre había tenido “*apendicitis aguda*”. Ante ello se solicitaron paraclínicos de extensión y valoración por cirugía pediátrica, lo cual fue puesto en conocimiento del padre quien entendió y aceptó el procedimiento que se iba a realizar.

Pese a la atención brindada en ese instante, la apendicitis ya se encontraba en su última fase, cual es la de peritonitis. El 29 de abril a la hora de las 6:34 a.m., el paciente es remitido a la U.C.I., en donde después de una actividad eléctrica sin pulso, se iniciaron maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada por 47 sin lograr respuesta dándose el deceso del menor a la hora de las 7:25 a.m., de aquel día. Fue así como debido a los errores de diagnóstico de los médicos y de la poca atención prestada al cuadro clínico del paciente, pues de haber sido detectada a tiempo la apendicitis pudo salvarse la vida del menor, sin dejar de lado que el índice de mortalidad de esta enfermedad es del 0.1%.¹

3.- Admitida la demanda a través de auto adiado 2 de febrero de 2018 y notificadas en debida forma las demandadas, como obra en el acontecer procesal, contestaron y formularon excepciones de mérito, así:

3.1. Compensa E.P.S., adujo que no existía actuación culposa y/o negligente de su parte en la atención médica que se le prestó al paciente y, por ende, la no presencia de un daño antijurídico que deba resarcirse. Igualmente, fue enfática en que no se reunían los requisitos de la relación causal con el fallecimiento Mihael Santiago Rivera Bello (q.e.p.d.). Adicionalmente alegó que se dio un hecho exclusivo y determinante de la víctima, por cuanto la demandante madre del causante no informó al médico de turno que su hijo tenía dolor e inflamación en la parte inferior derecha del abdomen.

En todo caso, precisó que de darse una sentencia acogiendo las pretensiones, debe tenerse en cuenta la falta de solidaridad entre las demandadas, por cuanto la prestación del servicio no lo efectuó directamente sino a través de las I.P.S.´s.

¹ Fls. 137 a 1213 del cuaderno principal del expediente digital.

demandadas, pero de todas maneras recordó que la responsabilidad de los médicos tratantes y de las instituciones a las que se encuentran adscritas son de medio y no de resultado, sin que se acreditara la culpa probada que es la que gobierna asuntos como este. También se refirió a la improcedencia de las condenas relacionadas con el daño material, daño a la vida de relación, daño a la familia y a lo desmesurado de las cuantías pedidas.²

3.2.- La Fundación Hospital de la Misericordia alegó que no se cumplieron los requisitos para que se configurara la responsabilidad civil atribuida a dicha institución, esto es, el daño causado, la culpa probada y el nexo causal entre estas. Como consecuencia de ello, adujo que era inexistente la obligación de indemnizar a lo reclamante por los supuestos perjuicio causados con la muerte del paciente, pues la prestación del servicio médico que requirió aquel durante su estancia allí fue conforme a la literatura médica. Resaltó que el diagnóstico de la apendicitis no es de fácil detección, pues este puede presentarse de varias maneras y en este caso no se dieron los síntomas y signos para determinar su existencia desde un principio.³

Respecto del llamamiento en garantía que le hizo la E.P.S. Compensar, adujo reiteró la inexistencia de los requisitos para que se presente la responsabilidad que se le atribuye, siendo evidente la ausencia de una mala praxis en el tratamiento dado a Mihael Santiago Rivera Bello (q.e.p.d.). Y precisó que cumplió a cabalidad con las obligaciones a que se comprometió e insertas en el contrato suscrito con la llamante.⁴

3.3.- En igual sentido, la Sociedad Pediátrica de los Andes manifestó que no concurren los elementos requeridos para que se declare la responsabilidad civil extracontractual pedida en contra de esta, por ausencia del nexo causal y falta de imputación jurídica, destacando el obrar diligente y acorde con la *lex artis* del médico pediatra Oscar Torres quien atendió al paciente en perime término. Además, mencionó que subsistía una indebida cuantificación de los perjuicios e indebido planteamiento de imputación de responsabilidad, recordado que para verificarse el daño este debe ser cierto.

Frente al llamamiento en garantía que le hizo la E.P.S. Compensar, alegó que, en el evento de una condena, sí subsistiría solidaridad con la llamante por ser la entidad aseguradora y afiliadora del menor fallecido, destacó el cumplimiento de las obligaciones contractuales que tenía con la convocante para la prestación de los servicios médicos que fueron requeridos por el causante el 24 de abril de 2013, cuando acudió a dicha institución.⁵

3.4.- El médico pediatra Oscar Fernando Torres Alonso, al pronunciarse sobre el llamamiento en garantía que en su contra formuló la Sociedad Pediátrica de los Andes expresó que se cumplió a cabalidad con las exigencias de la *lex artis* para la atención de los servicios médicos requeridos por el paciente, que no subsisten elementos que puedan conllevar a atribuírsele la responsabilidad por el fallecimiento del paciente, ante la evidencia de un rompimiento del nexo causal, que al momento de establecer su diagnóstico actuó con pericia, pertinencia e idoneidad, recalcando, como los demás, que los servicios médicos que se prestan son de medio y no de resultados. Por último, consideró que la tasación de los perjuicios es excesiva.⁶

3.5.- Seguros del Estado S.A., frente al llamamiento en garantía que le formuló la Fundación Hospital de la Misericordia, expresó que no se cumplen las exigencias

² Fls. 633 a 803 ib.

³ Fls 273 a 308 ibídem.

⁴ Fls. 83 a 89 del cuaderno del llamamiento en garantía No. 4.

⁵ Fls. 1353 a 1477 ib.

⁶ Fls. 277 a 322 del cuaderno del llamamiento en garantía No. 6.

legales para declarar a la asegurada como responsable por los perjuicios reclamados en la demanda, sin que quedara evidencia la existencia de un error médico. En lo que a esta importa, alegó la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro, y en todo caso dijo que debía tenerse en cuenta el límite del valor asegurado y la aplicación del deducible, que no incluyen los perjuicios morales y un sublímite de los perjuicios extrapatrimoniales.⁷

3.6.- Frente al llamamiento en garantía que Compensar E.P.S., propuso a Allianz Seguros S.A., dicha aseguradora también puso de presente la inexistencia de los presupuestos de la responsabilidad civil, por rompimiento del nexo causal, por no hallarse que la asegurada haya actuado en forma negligente o culposa al momento de brindar los servicios de salud que requirió el paciente, además que sus obligaciones se contrajeron a las de un asegurador que no a las de un prestador efectivo, como lo hicieron las dos I.P.S.'s vinculadas. Recalcó la improcedencia de las condenas por daño material, daño a la vida de relación, daño moral y daño a la familia.⁸

3.7.- Finalmente, en cuanto al llamamiento que a Seguros Generales Suramericana S.A., le hizo la Sociedad Pediátrica de los Andes S.A.S., se puede relieves que la aseguradora hincó su defensa en la falta de acreditación de los elementos de la responsabilidad civil médica por parte del demandante, la cual es de medio y no de resultado, sin acreditarse negligencia o impericia por parte de los especialistas adscritos a la llamante en garantía que atendieron al paciente. Sostuvo que la agravación y los problemas de salud del menor fallecido se debieron a que la mamá no siguió las recomendaciones entregadas como signos de alarma, lo que configura una causa extraña o hecho exclusivo de un tercero como única fuente del hecho sañoso en discusión. También cuestionó el monto de los perjuicios irrogados por ser, a su juicio, muy elevados.⁹

4. Cumplido el trámite de rigor se citó a las partes a la celebración a las audiencias inicial y de instrucción y juzgamiento, y luego de agotadas cada una de las etapas procesales, como se anunció en audiencia del 5 de marzo del año que transcurre 2021, en uso de la facultad prevista en el numeral 5°, inciso 3° del artículo 373 del Código General del Proceso, se procede a dictar por escrito la decisión respectiva en el asunto del epígrafe, previo las siguientes,

CONSIDERACIONES

1. Los presupuestos procesales se encuentran reunidos, toda vez que este Juzgado es competente para conocer de la demanda incoada en razón de la naturaleza del asunto y el domicilio de las convocadas. Las partes tienen capacidad civil y procesal para intervenir en la litis y la demanda reúne los requisitos exigidos por la ley. Significa entonces que están dadas las condiciones para emitir pronunciamiento de fondo, máxime cuando en el desarrollo del proceso no se alegó ni se observa estructurada ninguna causal de nulidad.

De la relación médica

2.- En el caso sometido a composición judicial, ningún reparo subsiste en cuanto a la relación por prestación de servicios médico-asistenciales que vinculó a Mihael Santiago Rivera Bello (q.e.p.d.) -el paciente- con las entidades e instituciones demandadas, por cuanto Compensar E.P.S., aceptó que para la época de los hechos por los que se investiga el causante se encontraba afiliado en calidad de beneficiario a dicha entidad, y que dentro de su red de prestadores de servicios de

⁷ Fls. 137 a 159 del cuaderno del llamamiento en garantía No. 2.

⁸ Fls. 205 a 239 del cuaderno del llamamiento en garantía No. 3.

⁹ Fls. 149 a 229 del cuaderno del llamamiento en garantía No. 7.

salud se encontraban (o encuentran) las I.P.S. Fundación Hospital de la Misericordia y la Sociedad Pediátrica de los Andes S.A.S., conforme los contratos de prestación de servicios de salud Nos. SS.RIPE-INST006/2005 y S443/2009 incorporados al proceso,¹⁰ instituciones estas que efectivamente prestaron al menor fallecido los servicios médicos materia del proceso.

Igualmente, se demostró el parentesco que existía entre el paciente con Daliz María Bello Blanco -madre-, Olga Lucía Blanco Bustacara -abuela materna-, y Daniela Rivera Bello -hermana-, conforme los registros civiles de nacimiento aportados.¹¹

Respecto a todos estos documentos, resulta útil destacar que no fueron tachados de falsos ni desconocidos por las partes en debida forma y en los términos de los artículos 269 a 273 del Código General del Proceso, por lo que tienen plena validez y efectos sobre sus contenidos conforme lo preceptuado por los artículos 244 a 246 ibídem, no siendo necesario que se aportaran en copias auténticas, pues ha de recordarse que las copias simples tienen la misma contundencia que aquéllas, mientras que no sean desvirtuadas o desmentidas con pruebas de mayor certeza.

Luego, no cabe duda de la legitimación que le asiste tanto a los demandantes como a las demandadas para concurrir a este juicio.

Del marco teórico

3.- La responsabilidad médica, por regla general, alude que las obligaciones del servicio son de medio, bajo el entendido que el galeno asume el compromiso de suministrarle al paciente los cuidados concienzudos, solícitos y conforme con los datos adquiridos por la ciencia, lo que se conoce como *lex artis*.¹²

En sentencia del 24 de mayo de 2017, con ponencia del Magistrado Luis Armando Tolosa Villabona, la citada Corporación, precisó lo siguiente: “(...) [s]uficientemente es conocido, en el campo contractual, que la responsabilidad médica descansa en el principio general de la culpa probada, salvo cuando en virtud de las “estipulaciones especiales de las partes” (artículo 1604, in fine, del Código Civil), se asumen, por ejemplo, obligaciones de resultado, ahora mucho más, cuando en el ordenamiento patrio, el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011, ubica la relación obligatoria médico-paciente como de medios” (se subraya).

En seguida, sostuvo que no subsisten reglas determinadas para valorar los elementos de juicio recaudados al interior de un proceso de responsabilidad médica, en consideración a que los jueces deben evaluar el acervo probatorio a partir de las reglas de la sana crítica, las reglas de la experiencia, el sentido común, la ciencia y la lógica, y mediante procesos racionales que flexibilicen el rigor de la carga de la prueba.

Y es que la anterior concepción resulta de vital importancia, en aras de establecer las cargas probatorias de los supuestos de hecho que se persiguen y verificar la existencia del presunto incumplimiento (falta de diligencia) que se atribuye al agente de la supuesta conducta dañina. En dicha sentencia, la citada Colegiatura indicó que, “(...) tratándose de obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia o impericia del médico, mientras que en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume”.

Si, entonces, “(...) el médico asume (...) el deber jurídico de brindar al enfermo asistencia profesional tendiente a obtener su mejoría, y el resultado obtenido con

¹⁰ Fls. 383 y s.s. del cuaderno principal expediente digital.

¹¹ Fls. 17 a 21 y 153 ib.

¹² CSJ, Sala de Casación Civil, Sentencia 17 de noviembre de 2011. M. P. William Namen.

su intervención es la agravación del estado de salud del paciente, que le causa un perjuicio específico, éste debe (...) demostrar, en línea de principio, el comportamiento culpable de aquel en cumplimiento de su obligación, bien sea por incurrir en error de diagnóstico o, en su caso, de tratamiento, lo mismo que probar la adecuada relación causal entre dicha culpa y el daño por él padecido, si es que pretende tener éxito en la reclamación de la indemnización correspondiente”.¹³

En ese sentido, en pronunciamiento del 15 de febrero de 2014, dicho órgano judicial dedujo que: **a)** la responsabilidad médica se deriva de la culpa probada y; **b)** todas las partes del proceso debe comprometerse a brindar las pruebas necesarias atendiendo a la posibilidad real de hacerlo.

Es por ello que la responsabilidad médica está inmersa en un debate probatorio amplio e intenso, dado que los requisitos para su demostración demandan la presencia de medios de convicción que lleven inequívocamente a su configuración. A la par, el artículo 177 de la Ley 100 de 1993 prevé que las entidades promotoras de salud tienen como función básica, organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan obligatorio a los afiliados, para lo cual podrán contratar los servicios de salud con instituciones prestadoras y profesionales como también lo autoriza el artículo 179 ibídem.

La prestación del servicio público de salud, como elemento estructural del sistema de seguridad social, se debe prestar con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación, a tenor de lo instituido en el artículo 2º de la Ley 100 de 1993, la que incluso define la eficiencia y la integralidad de la siguiente forma:

“a) Eficiencia. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente;

(...)

d) Integralidad. Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta ley”

Principios que van de la mano con las reglas del servicio público de salud, previstas en el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, específicamente con el de “Protección integral”, según el cual *“[e]l sistema general de seguridad social en salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del plan obligatorio de salud”.*

Esa prestación del servicio de salud en los términos antes referidos, la debía hacer la EPS de forma directa o través de su red prestadora, último evento que se presenta en el caso que nos ocupa; de manera tal, que la desatención de ese deber contractual, genera responsabilidad de la EPS, tal como se ha venido reiterando por vía jurisprudencial, señalándose: *“(...) las EPS tienen como principal misión organizar y garantizar la atención de calidad del servicio de salud de los usuarios, por lo que los daños que éstos sufran con ocasión de la prestación de ese servicio les son imputables a aquéllas como suyos, independientemente del posterior juicio de reproche culpabilístico que llegue a realizar el juez y en el que se definirá finalmente su responsabilidad civil.*

¹³ CSJ, Sala de Casación Civil, Sentencia del 13 de septiembre de 2002, Expediente. 6199.

*Luego de quedar probado en un proceso que el daño sufrido por el paciente se originó en los servicios prestados por la EPS a la que se encuentra afiliado, es posible atribuir tal perjuicio a la empresa promotora de salud como obra suya, debiendo responder patrimonialmente si confluyen en su cuenta los demás elementos de la responsabilidad civil”.*¹⁴

Objeto del debate

4.- Para la parte demandante está demostrada la negligencia, impericia e imprudencia, así como la inobservancia de los protocolos y guías de manejo con que actuaron la E.P.S. Compensar, la Fundación Hospital de la Misericordia y Sociedad Pediátrica de los Andes S.A.S., frente a la prestación de los servicios de salud que le fueron brindados a Mihael Santiago Rivera Bello (q.e.p.d.) entre el 24 y el 29 abril de 2013, incluyendo error en el diagnóstico y tardío el procedimiento que se llevó a cabo para contrarrestar el padecimiento que aquejaba la salud de aquel.

Entre tanto, las demandadas y las llamadas en garantía se oponen a tales aseveraciones, tras considerar que subsiste un rompimiento de la relación causal entre el daño y la culpa que debe acreditarse para la buenandanza de la acción de responsabilidad civil, que la sintomatología que presentaba el paciente era equívoca para advertir el diagnóstico de apendicitis, que la madre de aquel no brindó toda la información requerida con suficiencia respecto de los dolores que lo aquejaba, quien tampoco siguió las recomendaciones entregadas por los médicos, y que la historia clínica del paciente revela que se actuó con pericia y diligencia antes, durante y después del fallecimiento del niño, sin que se observe algún tipo de responsabilidad por parte de aquéllas.

De las pruebas practicadas

5.- De entrada, el Despacho advierte que la decisión que da de adoptarse será desfavorable a los intereses de la parte activa, por cuanto la culpa que se atribuyó a quienes conforman el extremo pasivo no logró demostrarse en la medida de que las pruebas recaudadas revelan todo lo contrario.

5.1.- Para empezar, es del caso acotar que las declaraciones de los representantes legales de Allianz Seguros S.A., Seguros del Estado S.A., Seguros Generales Suramericana S.A., Olga Cecilia Blanco Bustacara y Daniela Rivera Bello, poco aportan al tema en discusión, toda vez que, mientras los primeros se refirieron a la existencia de contratos de seguro que amparaban a las demandadas, respectivamente, en caso de una eventual condena económica en contra de éstas, las demandantes se circunscribieron a relatar las condiciones de salud, dolores, tristezas y depresión que tuvieron que sobrellevar desde el inicio de la enfermedad del menor hasta que se produjo su deceso; además, de cómo era su vida antes del insuceso, sus comportamientos, su relación familiar y a qué se dedicaba de manera general. Pero, al no ser especialistas en medicina, no pudieron dar cuenta de las circunstancias de tiempo y modo en que se llevó a cabo la atención médica brindada por las encartadas, como para advertir la existencia de falencias en la prestación del servicio de salud y mucho menos error en el diagnóstico.

5.2.- Precisado lo anterior, se tiene que al expediente se incorporaron las historias clínicas del causante llevadas por las demandadas durante el periodo comprendido entre el 24 y el 29 de abril de 2013, lapso en el que desarrollaron los hechos que ocupan la atención del Despacho.

¹⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 30 de septiembre de 2016, M.P. Dr. Ariel Salazar Ramírez, Exp. 2005-174

Historia clínica y servicios médicos que conciernen a la Sociedad Pediátrica de los Andes S.A.S.

5.2.1.- De la historia clínica llevada por la Sociedad Pediátrica de los Andes S.A.S., se destaca que el 24 de abril de 2013 Mihael Santiago Rivera Bello acudió a dicha I.P.S., siendo atendido por el médico pediatra Oscar Fernando Torres Alonso quien registró como datos de la consulta *“dolor abdominal tipo cólico asociado a vómito – no diarrea – fiebre no cuantificada no administró nada– desde hace 10 día rinorrea, tos húmeda no ciagosa, no emetizante, no síntomas urinarios, hiporexia, noción de contagio colegio”*. Posteriormente, el galeno realizó examen físico al paciente que comprendió frecuencia cardíaca, respiratoria, peso y temperatura.

Como hallazgos anotó *“aceptable estado general, afebril, hidratado, decaído, mucosa oral húmeda – ruidos intestinales aumentados, blando, depresible, no distendido, doloroso en forma generalizada sin signos de irritación peritoneal, marco cólico derecho”*. En el acápite de análisis escribió *“paciente con dolor abdominal no quirúrgico e intolerancia a la vía oral sin deshidratación – explicó a la madre – tratamiento alizapride 35 gotas ahora”*. Como diagnóstico principal estableció *“rinofaringitis aguda resfriado común”*.

Finalmente, en el cuadro de evolución se describió *“paciente quien aceptó y toleró bien la vía oral, mejoría del dolor abdominal deposición, diuresis normal, buen estado general, afebril, hidratado, no dificultad respiratoria, abd blando, depresible, no distendido, no doloroso, no masas, no megalias – explicó a la madre – salida con acetaminofén, dieta astringente, recomendaciones y signos de alarma”*.¹⁵

Historia clínica y servicios médicos que conciernen a la Fundación Hospital de la Misericordia

5.2.2.- En cuanto a la historia clínica llevada por la Fundación Hospital de la Misericordia, se puede resaltar que el paciente ingresó en compañía de su progenitora el 27 de abril de 2013 a las 11:34 a.m., *“por cuadro clínico de 5 días de evolución de dolor abdominal de predominio en hipogastrio, deposiciones líquidas amarillentas, con abundante moco sin sangre, adicionalmente refiere síntomas urinarios como disuria, poliuria, tenesmo, asociado a un episodio emético de contenido alimentario durante la mañana, ha tenido fiebre cuantificada hasta 40º, regular aceptación de la vía oral, acepta líquidos y suero. Noción de contagio negativa (...)”*. Allí se le practicó examen físico que comprendió *“estado general, estado de hidratación, glasgow, estado respiratorio, tanner, estado de conciencia, presión arterial (sentado), presión arterial media, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión de pulso, temperatura cutánea, peso, cabeza, cuello, ojos, oídos, nariz, boca, tórax, corazón – pulsos, pulmones, abdomen, genitourinario, neurológico, piel y faneras”*. Como diagnóstico se anotó *“diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, fiebre, no especificada”*.

A las 15:51 p.m., se revaloró paciente quien persiste con dolor abdominal sin embargo refiere que ha disminuido, se revisa uroanálisis el cual presenta proteinuria aislada, esterasas positivas. *“[S]e considera paciente cursa con gastroenteritis de probable etiología viral se considera puede recibir manejo ambulatorio con control de uroanálisis de manera ambulatoria, se dan recomendaciones y signos de alarma por escrito, se da manejo con sulfato de zinc y probióticos, se explica al padre conducta a seguir, refiere entender”*. Se da egreso del paciente quien sale en buen estado general se entregan recomendaciones e indicaciones, con diagnóstico *“diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso”*.

¹⁵ Fls. 29 s.s., ib.

El 28 de abril de 2013 a la hora de las 19:41 el paciente ingresó nuevamente con los padecimientos que se describen a continuación: *“hemorragia gastrointestinal, no especificada, choque, septicemia, otros trastornos del equilibrio de los electrolitos y de los líquidos no clasificado en otra parte anormalidad de la albumina, insuficiencia respiratoria aguda, síndrome de dificultad respiratoria del adulto, abdomen agudo y apendicitis aguda con peritonitis generalizada -confirmado nuevo-”*. Ante ello se dispuso el suministro de los siguientes medicamentos: *“adrenalina clorhidrato, agua estéril para inyección, albumina humana, amiodarona, ampicilina, calcio gluconato, dextrosa en agua destilada, dipirona, dobutamina, fentanilo citrato, fitomenadiona, hidrocortisona, lactato de ringer, lidocaína, metoclopramida, noradrenalina, piperacilina, sodio bicarbonato, solución salina normal, vecuronio bromuro”*.

Como intervenciones quirúrgicas se efectuaron *“omentectomía total, apendicectomía con drenaje de peritonitis generalizada sod, inserción de catéter yugular ascendente, lavado peritoneal terapéutico sod – se solicitaron paraclínicos de extensión y valoración por cirugía pediátrica, se explica a padre manifiesta entender y aceptar”*. A la hora de las 20:50 paciente se encuentra en cirugía pediátrica en sala de reanimación con médico de urgencias sin acompañante. Al ser revisado por anestesiología se determinó que el paciente se encontraba *“en mal estado general, shock séptico, de origen abdominal, sangrado digestivo, aumento de creatinina, desaturación, estómago lleno, se explican riesgos, alta probabilidad de complicaciones perioperatorias. Se confirma reserva de gre se solicita cama en UCI”*.

En horas de la madrugada del 29 de abril, se realizó el siguiente procedimiento quirúrgico: *“colocación de catéter venoso central yugular derecho, laparotomía exploratoria, drenaje de peritonitis generalizada, apendicectomía, laparostomía – sistema vac, lesión renal aguda (...) [se evidenció] peritonitis generalizada, con pus abundante en cuatro cuadrantes, apendicitis perforada, con fecalito en comunicación con la cavidad pélvica, distensión de asas intestinales delgadas generalizada, zona coiorcunferencial deserosada en yeyuno, múltiples abscesos interasas, espacio subhepático, perihepático, periesplénico, muñon apendicular en buen estado al final del procedimiento”*.

Dado que la evolución del paciente no fue la mejor, a las 6:25 a.m. fue ingresado a la UCI *“en pésimo estado general, posterior al ingreso se evidencia actividad eléctrica sin pulso y a las 6:34 inician maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada por 47 minutos sin lograr respuesta – se suspende maniobras de reanimación, hora de muerte 07+25 hr., se informa a la familia y se brinda acompañamiento, se solicita autopsia”*.¹⁶

Al practicar la autopsia, la Unidad de Patología de dicha institución médica informó que, *“[c]orrelacionando los hallazgos con la historia y laboratorios del paciente puede asumirse que el paciente evoluciona a un choque séptico con foco abdominal (apendicitis perforada con peritonitis) que lo lleva a falla orgánica multisistémica con disfunción miocárdica, aumento de la permeabilidad vascular con formación de un tercer espacio y respuesta inflamatoria no controlada que lo lleva a la muerte”*.¹⁷

5.3.- En su declaración la demandante Daliz María Bello Blanco relató que el 23 de abril acudió con su hijo a la sociedad pediátrica por cita prioritaria donde le hicieron una valoración médica, le dieron unas recomendaciones (de persistir el cuadro que tenía debía llevarlo de 3 días), signos de alarma, unos medicamentos y le aplicaron algunos de estos. Luego asistió a la Fundación Hospital de la Misericordia el 28 de abril de 2013 y al día siguiente falleció. Mencionó que explicó al médico Oscar

¹⁶ Fls. 37 y s.s., ib.

¹⁷ Fls. 53 y s.s., ib.

Torres los síntomas que el niño refería, que era dolor de estómago, vómito, fiebre, no comía, no podía caminar bien y no podía ir al baño. Siempre exigió que se le explicara qué tenía su hijo porque no se sabía a ciencia cierta cuál era su enfermedad, sin dejar de lado que ella no era médico. Después de una semana de estar esa situación de incertidumbre, en esta última institución se dieron cuenta que tenía apendicitis.

Agregó que le pidieron autorización para anestesiarlo y para realizarle la intervención quirúrgica requerida. Por lo demás, se refirió a las tristezas, angustias y desespero que la desaparición de su hijo ha causado no solo a ella, sino a su entorno familiar (padre, hermana, abuela).

Por su parte, al ser interrogado, el médico pediatra Oscar Fernando Torres Alonso, quien atendió a Mihael Santiago Rivera Bello (q.e.p.d.) en la Sociedad Pediátrica de los Andes S.A.S., expresó que cuenta con 11 años de experiencia en atención de urgencias de menores de edad. Narró que el 24 de abril de 2013 el paciente asistió a consulta en compañía de su mamá, se refirió que era un dolor abdominal tipo cólico, con vómito, fiebre cuantificada, negó diarrea y síntomas urinarios, de 10 días anteriores presentaba rinorrea con tos seca. Por los síntomas la mamá le dio a entender que el paciente tenía dificultad para caminar y lo hacía agachado, en ese momento la enfermedad actual era clara en ese sentido como resfriado, en el examen físico los signos vitales eran estables, no tenía fiebre, taquicardia ni estaba deshidratado.

Dentro del examen físico se corroboró que el paciente estaba en aceptable estado general, hidratado, tenía decaimiento por su enfermedad base, el abdomen era blando, depresible, doloroso en forma general, no ubicado en un sitio específico y no tenía signos de irritación peritoneal. Fue por ello que realizó una sospecha diagnóstica de un abdomen no quirúrgico con intolerancia a la vía oral sin deshidratación, lo que conllevó a establecer una gastroenteritis viral y una rinoфаринgitis aguda, dándole manejo con alizapril 35 gotas y sales de rehidratación oral. El menor duró un tiempo en observación y al valorarlo nuevamente al paciente encontró que el dolor abdominal disminuyó y la mejora en la tolerancia de la vía oral, razones por las que le dio salida con acetaminofén con signos de alarma que se entregaron la mamá en forma verbal quien dijo comprenderlos, cuales fueron tos empeorada, persistencia en fiebre, dificultad para respirar, vómito incontenible, intensidad en el dolor abdominal, siendo por tales causas que debía reconsultar. Por lo demás, consideró que los síntomas que presentaba el paciente no eran propios de apendicitis, que además es netamente clínico, sino de una infección viral con base en la historia clínica.

Frente al tema, la representante legal de la Sociedad Pediátrica de los Andes S.A.S., se limitó a lo consignado en la historia clínica del paciente quien consultó por cita prioritaria remitida por Compensar E.P.S., dando cuenta que nunca recibió quejas de atención a pacientes prestada por el médico pediatra Torres Alonso y que para la época de los hechos aquel especialista se encontraba adscrito a dicha institución.

El representante legal de Compensar E.P.S., expuso que la entidad no tiene injerencia en las decisiones que adopten las instituciones que se encuentran adscritas a su red de servicios, con las que tiene cláusula de exclusión de responsabilidad, porque aquellas pueden ejercer la medicina con independencia y autonomía económica y administrativa, dado que respecto de los prestadores externos no se practican auditorías concurrentes, siendo ese el panorama que resulta aplicable respecto de la Fundación Hospital de la Misericordia y de la Sociedad Pediátrica de los Andes S.A.S. Adicionalmente, mencionó que cumplieron con la autorización de todos los servicios que requirió el paciente.

La representante legal del Hospital de la Misericordia manifestó que el niño ingresó el 27 de abril de 2013; fue atendido y valorado a las 11:30 a.m., por el pediatra Fernando Daza quien ordenó los paraclínicos correspondientes, luego fue revalorado y le dio salida con los medicamentos y recomendaciones del caso. el segundo ingreso por urgencias del menor se dio el 28 de abril siguiente, siendo remitido de inmediato a reanimación, con el manejo clínico de los pediatras, se le dio el requerimiento requerido, fue consultado por interconsulta pediátrica, fue enviado a salas de cirugía, fue operado, se remitió a la UCI y finalmente falleció.

5.3.- A continuación se resaltan los aspectos más relevantes de los dictámenes periciales aportados por las partes y las declaraciones de quienes los elaboraron, así como de los testimonios técnicos recopilados, no sin antes recordar que el concepto médico emitido del 7 de mayo de 2018 por Laura Elvira Nivia Martínez -médico-general, especialista en gerencia hospitalaria- no será tenido en cuenta en la medida que no asistió a la audiencia en la que se iba recepcionar su declaración, ello conforme lo normado en la parte final del párrafo primero del artículo 228 del C.G.P.:

5.3.1.- Así pues, en su experticia, Olga Lucía Vaquero Castañeda -médica y cirujana, especialista en pediatría-, determinó que, de acuerdo a la historia clínica llevada en la Unidad Médica de los Andes para el 24 de abril de 2013, la sintomatología que presentaba Mihael Santiago Rivera Bello (q.e.p.d.), es decir, *“dolor abdominal tipo cólico, vómito y fiebre no cuantificada junto con los hallazgos del examen físico, abdomen blando depresible con ruidos intestinales aumentados, sugerían como primera posibilidad diagnóstica proceso de origen gastrointestinal de origen viral, éste fue el diagnóstico establecido por el Dr. Torres y en concordancia estableció el manejo pertinente (...), [puesto que] no presentaba un cuadro clínico que le sugiriera una apendicitis aguda (...).”*¹⁸

En su interrogatorio la médica ratificó que revisó la evolución de la historia clínica del paciente e hizo énfasis en la valoración inicial que realizó el médico Oscar Torres en la Sociedad Pediátrica de los Andes S.A.S., quien efectuó un análisis respecto del cuadro febril malestar general, tos seca, ruidos abdominales aumentados, dolor abdominal no constante (se presentaba y desaparecía), el examen físico en términos generales era estable, abdomen blando no distendido y sin señales de irritación peritoneal. El cuadro con que llegó el menor no daba para pensar en la posibilidad de que el menor tuviera apendicitis, sino de rinofaringitis viral y gastroenteritis aguda (acertado), siendo estos diagnósticos adecuados para los síntomas que son los más comunes cuando se consulta los servicios de urgencias (diarrea, fiebre, vómito y dolor abdominal).

En la consulta de urgencias en la Fundación Hospital de la Misericordia el niño presentó diarrea, moco, vómito con sangre y síntomas urinarios lo que avala completamente la sospecha diagnóstica inicial de un proceso viral, por lo que se procedió a verificar el tema de la infección urinaria, siempre hay que tener en cuenta la posibilidad de realizar un manejo quirúrgico. La apendicitis ha de sospecharse siempre, pero el cuadro que evidenció el doctor Oscar Torres era propio de rinofaringitis. Hay cuadros de apendicitis atípicos, debe haber una alta sospecha de un proceso quirúrgico o no, en este caso, para cuando lo vio el especialista no tenía algo que lo hiciera sospechar por un cuadro quirúrgico. El 27 de abril ya había desarrollado un cuadro de diarrea, fiebre y síntomas urinarios que hacía que lo primero que debía descartarse fuera una infección urinaria.

5.3.2.- Por su parte, conforme al trabajo pericial rendido por Andrés Felipe Galindo Ángel -médico especializado en pediatría-, la atención médica que recibió el

¹⁸ Fls. 233 y s.s., del cuaderno del llamamiento de garantía No. 7 E.D.

paciente fue completa, diligente y con conforme a las guías que al momento de los hechos se encontraban vigentes. Y *“una vez analizado el contexto general de la HC y los paraclínicos se puede concluir que las manifestaciones clínicas del paciente fueron muy bizarras y con concluyentes de apendicitis aguda, lo que hizo aún más difícil el diagnóstico y llevo al paciente a este desenlace fatal”*.¹⁹

Ya en su declaración, manifestó que tuvo acceso y pudo revisar la historia clínica y los exámenes laboratorios que se le practicaron al paciente, documentos de los que pudo concluir que en este caso el médico pediatra Oscar Torres se hizo el deber ser con iniciar el tratamiento de sales de rehidratación oral y suero a fin de mejorar el estado de hidratación, el diagnóstico de gastroenteritis viral es acorde con los síntomas que presentaba el paciente. Resaltó que hay cuadros de apendicitis que no tienen dolores (silencioso) o son fuertes desde el inicio, no es un dolor tipo cólico que va y viene, el dolor abdominal en apendicitis es continuo y progresivo, lo que no se dio en el caso del niño, por cuanto en la primera observación pudo controlársele.

Respecto a la atención de la Fundación Hospital de la Misericordia expresó que la atención que se le brindó fue adecuada, sin dejar de lado que el cuadro con el que llegó el paciente de 72 horas es bastante amplio, pese a que él persistía con dolor abdominal, se asumió que no solo asistió a urgencias por la diarrea, sino también por síntomas adicionales consistentes en infecciones urinarias, fiebre no cuantificada y poca aceptación a la vía oral, lo que presentaba era ya más complejo insinuando una demora en el traslado del paciente al servicio de urgencias. La apendicitis que presentó es atípica donde no se evidenció un signo clásico de esta enfermedad que le diera una luz a los médicos para ordenar la práctica de exámenes a fin de corroborar ese padecimiento.

5.3.3.- En su informe técnico Iván Mauricio Cárdenas Cañón -subdirector enfermedades transmisibles del Ministerio de Protección Social y Salud-, se refirió a en qué consiste la apendicitis aguda y los síntomas propios de un cuadro clínico de esta índole cuyas características principales son *“síntomas digestivos, cuadro séptico y peritonitis localizada, generalmente en la íliaca derecha”*. Adujo que cuando un paciente presenta un fuerte dolor abdominal y fiebre, debe realizarse examen físico general, examen del abdomen (inspección, palpación, auscultación, tacto rectal, temperatura axilar y rectal, palpación bajo anestesia), exámenes de diagnóstico, de laboratorio (hemograma, orina), imagenológicos (ultrasonido abdominal). Aludió que la apendicitis presenta 4 episodios: apendicitis simple o catarral, apendicitis flemonosa o fibrinosa, apendicitis gangrenosa y apendicitis perforada, y precisó que se debe sospechar de cuadro clínico de apendicitis en pacientes que se aquejan de dolor abdominal, *“sin embargo existen otras causas que pueden estar originando el dolor abdominal”*.²⁰

5.3.4.- Al rendir su testimonio, el médico pediatra Fernando Daza Amézquita expuso que atendió al paciente en la Fundación Hospital de la Misericordia (para el que trabajaba en esa época) en las dos atenciones cuando ingresó por el servicio de urgencias remitiéndose exclusivamente a lo que anotó en la historia clínica porque no recuerda nada puntual del caso. no obstante, mencionó que el diagnóstico de gastroenteritis aguda fue apropiado porque el examen físico no orientaba a algo quirúrgico, distinto a si hubiera presentado dolor intenso al tocar el abdomen, con diarrea.

En cuanto a la gastroenteritis viral diagnosticada en la Sociedad Pediátrica de los Andes S.A.S., dijo que recurrió a los exámenes de laboratorio coproscópico y uroanálisis básicamente por la reconsulta, lo que genera preocupación porque la

¹⁹ Archivo PDF 26 cuaderno principal E.D.

²⁰ Archivo PDF 24 cuaderno principal E.D.

evolución no era la más frecuente, dado que muchas veces no se hace exámenes para ese cuadro clínico, lo que se quería despejar era porque el niño seguía con diarrea, sin considerarse necesario el examen de sangre de entrada. Si el menor hubiera tenido signos peritoneales o mucho dolor abdominal no se hubiese realizado exámenes de sangre sino se consulta directamente al cirujano, porque los niños son más difíciles de examinar destacando que las decisiones se toman con la información que brinda el acudiente.

5.3.5.- Por su parte, el médico pediatra Alonso de la Espriella manifestó que la única historia clínica que consultó fue la de la Sociedad Pediátrica de los Andes S.A.S., de la que hizo un recuento general en cuanto a los síntomas de vómito, fiebre y dolor abdominal es muy frecuente en pediatría, lo que es inespecífico por eso en principio se relaciona con gastroenteritis, así como con el tema respiratorio que tenía el paciente, sin que se evidenciara irritación peritoneal u otro cuadro que le permitiera establecer un posible diagnóstico de apendicitis. Los síntomas que tuvo el paciente son inequívocos para ese diagnóstico, pues se requiere que se acompañen de otras situaciones para llegar al mismo.

Dentro de lo consignado en la historia clínica por el doctor Oscar Torres, resaltó que el paciente quedó en observación un buen tiempo para hidratación con dolor abdominal que desapareció y que era en marco cólico, no encontró un hallazgo del examen físico que pudiera dar cuenta de algo más grave. En su concepto, como el médico encontró al paciente el diagnóstico de gastroenteritis es apropiado para los síntomas que presentaba cuando ingresó por el servicio de consulta prioritaria a dicha institución. El acetaminofén no sirve para el dolor abdominal, para él lo que hubiese servido para controlar ese dolor era el suministro de antiespasmódicos como la buscapina.

5.3.6.- A su turno, el médico cirujano especialista en pediatría Edgard Fernando Galvis Alvarado puso de presente que tuvo la oportunidad de acceder a la historia clínica del paciente, quien ingresó por un dolor abdominal que llevaba menos de 24 horas, hizo énfasis en que se anotó que era tipo cólico (retorcijón que va y viene) disiente de patología infecciosa que es lo más frecuente y a lo que se enfrentan a diario. La fiebre no cuantificada y algo de diarrea, con vómito y tos seca se asocia con la parte respiratoria y la parte intestinal en especial en los niños. Tampoco se registró en la historia signos de irritación peritoneal que conllevara a advertir la necesidad de una intervención quirúrgica, sin más hallazgos.

A su juicio, el paciente mejoró en la parte abdominal mientras estuvo en observación en la Sociedad Pediátrica de los Andes S.A.S., siendo importante la información que brindara la acompañante. El cuadro clínico que presentó inicialmente el niño no era propio de apendicitis, porque esos síntomas son más frecuentes en pediatría en enfermedades como gastrointestinales (virales) e infecciosas (virus, bacterias y parásitos), sin perjuicio de que la evolución posteriormente no fue satisfactoria, lo que llevó a la reconsulta en la Fundación Hospital de la Misericordia y el desenlace fatal que se produjo.

Cuando se tiene sospecha diagnóstica, con fundamento en lo que le dice la mamá del niño que son los *“ojos de los médicos (...) para manejarlos en casa”* y el examen físico efectuado, se pueden pedir exámenes como cuadro hemático, parcial de orina, proteína C reactiva y dependiendo del resultado de estos paraclínicos se puede ordenar una ecografía o una tomografía para despejar la sospecha, precisando, incluso, que mencionó que con el uroanálisis y el coproscópico *“no pudiera descartar o no una apendicitis, generalmente de lo que habla es de una infección que pudiera tener el paciente, dado el caso, viral, bacteriana, parasitaria dependiendo lo que se determine”*. En conclusión, el actuar del doctor Oscar Torres

se muestra apropiado ante la no claridad de síntomas que llevaran a evidenciar la necesidad de ordenar los exámenes aludidos.

5.3.7.- Finalmente, el médico cirujano pediatra Juan Javier Valero dijo que atendió al paciente en reanimación en la Fundación Hospital de la Misericordia (tercera consulta por urgencias), quien decidió que había que hacerle una reanimación especial y pasarlos a cirugía, lo operó, encontró una apendicitis en la pelvis perforada con una peritonitis generalizada. Por su estado séptico el paciente fue dejado con el abdomen abierto, tenía comprometidos varios sistemas como el gastrointestinal, respiratorio, hemodinámico, fallas renales y alteraciones de la coagulación. El menor estuvo en vigilancia en la sala de cirugía hasta que fue trasladado a la UCI en donde presentó paro cardiorrespiratorio y pese de maniobras de reanimación cardio-cerebro-pulmonar falleció.

El diagnóstico se llama abdomen agudo, por lo que necesitaba cirugía, pero la razón para llevarlo a cirugía fue ese padecimiento causado por una irritación peritoneal generalizada con pus en los cuatro cuadrantes del abdomen. La apendicitis atípica se presenta cuando los síntomas y signos no son los esperados en una apendicitis normal, lo anormal en este caso era que le dolía el lado izquierdo. La literatura de las apendicitis de los niños es mucho más difícil de diagnosticar que la de los adultos. Las apendicitis que dan dolor en el lado distinto a donde está ubicada el apéndice (lado derecho), *“uno no piensa en apendicitis, eso es lo que hace este caso atípico”*.

Agregó que el apéndice estaba en la pelvis con un fecalito, estaba rota *“y parte de la causa de esta apendicitis es la formación de una concreción de una materia fecal que se llama fecalito y estaba en la pelvis, eso explica los hallazgos atípicos”*, *“este paciente lo que tenemos es que se perforó en la punta y al perforarse en la punta, la colección de pus (...) se hizo en la pelvis y entonces desafortunadamente los accesos en la pelvis a veces duelen al lado izquierdo que me imagino que fue el factor de confusión para que no se hiciera el diagnóstico de este paciente que le dolía en el lado izquierdo”*. Preciso que el porcentaje de mortalidad de niños con apendicitis aguda en Colombia es del 6% verificado con más de 21.000 pacientes.

Igualmente, explicó que la demora en la reconsulta (entre el 24 de abril y el 27 de abril de 2013) *“pudo haber hecho que cuando llegó el paciente, como ya lo explique con la escala de saps 3 tuviera una probabilidad de morirse del 70.9%, muy probablemente con unas horas antes ese porcentaje hubiera bajado muchísimo”*. Se actuó conforme al diagnóstico de gastroenteritis que mejoró durante el periodo de observación en la primera consulta, desapareciendo el dolor abdominal, por lo que no había lugar a elevar otras sospechas.

Del análisis probatorio

6.- Así pues, con las pruebas resumidas y analizadas en conjunto como lo manda el artículo 176 del C.G.P., quedaron demostradas las afectaciones de salud que presentó Mihael Santiago Rivera Bello (q.e.p.d.) aproximadamente a partir del 23 de abril de 2013, como lo fueron dolor abdominal, vómito, fiebre, diarrea tos, entre otras, que fueron empeorando con el pasar del tiempo, lo que a la postre desencadenó en su deterioro físico y emocional, y por último en su deceso el 29 de abril siguiente.

También se acreditaron los servicios médico-asistenciales que le prestaron las demandadas para contrarrestar los efectos de los padecimientos en procura de establecer un posible diagnóstico para iniciar el tratamiento más adecuado a fin de menguar sus dolencias, que a pesar de haberse hecho así no se obtuvieron los resultados esperados.

Sin embargo, lo que no se probó es que los procedimientos médicos que se llevaron a cabo durante la enfermedad del paciente, fueran los detonantes de sus posteriores padecimientos y complicaciones por haber sido mal desarrollados.

De las historias clínicas, los dictámenes periciales y los testimonios técnicos de los médicos concurrieron a audiencia se advierte que el error diagnóstico, en la forma que lo plantea la demanda, es decir, que desde el principio se sabía que lo que el niño padecía era apendicitis y no gastroenteritis viral y rinofaringitis aguda, no existe, porque los exámenes físicos, de laboratorio, el periodo de observación y la información brindada por la progenitora del causante al médico pediatra Oscar Torres en la Sociedad Pediátrica de los Andes S.A.S., no permitían inferir anormalidad alguna, de donde aquellos diagnósticos presuntivos o sospechosos no son un yerro propiamente dicho al no lucir disonante con lo que para ese momento revelaba la sintomatología del paciente, lo que también descarta que se hubiese incurrido en un error al formular medicamentos tales como acetaminofén y alzapride.

Para profundizar, es del caso recordar que respecto al error de diagnóstico el artículo 10 de la Ley 23 de 1981 establece que: *“el médico dedicará al paciente todo el tiempo que sea necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapia correspondiente”*.

De tal suerte que el médico compromete su responsabilidad si incurre en error inexcusable, o si falta de otra manera a la técnica y a las reglas científicas prescritas, es decir, facultades de medicina, academias y asociaciones médico-científicas, el Ministerio de Salud, la Academia Nacional de Medicina y las instituciones oficiales que cumplan funciones de investigación y control en materia médico-científica, todo de acuerdo con lo indicado por el artículo 8 del Decreto 3380 de 1981.²¹

Entonces, la responsabilidad de parte del médico puede verse comprometida en el evento de que realice estudio un estudio deficiente sobre los padecimientos del paciente, ya que una actitud pasiva puede constituir una negligencia evidente. Pero, ello sólo se abre paso siempre y cuando se acredite que el profesional no actuó acorde con los protocolos que enseñan la manera de tratar los síntomas al momento de la consulta médica y los controles posteriores, o que no actuó con la diligencia usual común a los miembros de su profesión.²²

Y es que el simple error de diagnóstico no es suficiente para engendrar un daño resarcible, ya que al médico no se le puede imponer el deber de acertar, porque como lo sostiene doctrina especializada *“estos errores son precisamente el riesgo inseparable de la profesión médica, y no pueden considerarse como culpa, y el resultado del juicio que supone el diagnóstico no puede ser comparado con un modelo ideal de referencia, exactamente por tratarse de un juicio”*.²³

Así las cosas, al emitir un diagnóstico el médico está expresando una opinión personal y profesional frente a los padecimientos que aquejan el estado de salud del usuario; sin embargo, subsiste la posibilidad de presentarse una equivocación que no siempre es configurativa de culpa. En pocas palabras, para atribuirse al galeno una responsabilidad debe tratarse de un error grave o inexcusable. Al punto, la doctrina ha enseñado que *“el médico solo compromete su responsabilidad si incurre en un error inexcusable o si falta de otra manera a la técnica y reglas*

²¹ Jorge Santos Ballesteros, la responsabilidad médica en el derecho colombiano, en Tratado de responsabilidad médica dirigido por Marcelo J. López Mesa, Legis, página 522.

²² Precisiones tomadas de la sentencia proferida el 13 de marzo de 2015 por el TSB SCC, con ponencia de la magistrada Liana Aida Lizarazo Vaca dentro del expediente radicado con el No. 003-2010-00740-01.

²³ Eugenio Llamas Pombo, la responsabilidad civil del médico, aspectos tradicionales y modernos.

científicas prescritas".²⁴ Dejando claro, eso sí, que una actuación médica culposa puede darse en la omisión de realizar los exámenes que la dolencia impone, o que no se hayan tomado todas las medidas para evitar el error.

7.- Con esas precisiones, para el Despacho es claro que al causante se le prestaron los servicios médicos generales y especiales que requirió en procura de establecer su diagnóstico y poner en marcha el tratamiento pertinente para dar solución a su enfermedad; sin embargo, lo que se aprecia de las pruebas es que la apendicitis que presentó el paciente fue atípica porque los signos y síntomas evidenciados no se mostraban acorde con la posible presencia de ese diagnóstico, lo que llevó a pensarse en primer término en otros diagnósticos que también refieren los síntomas con el que paciente llegó tanto a la cita prioritaria en la Sociedad Pediátrica de los Andes S.A.S., como al servicio de urgencias (en dos ocasiones) a la Fundación Hospital de la Misericordia.

Aunque no se determinó con precisión por parte del personal médico adscrito a las instituciones prestadoras de servicios de salud implicadas, no se puede hablar de ausencia de diagnóstico, por cuanto a medida que fue pasando el tiempo se hizo evidente que las complicaciones de salud por las que se averiguaba se relacionaban con gastroenteritis, rinofaringitis, luego infecciones urinarias y posteriormente abdomen agudo, siendo determinantes para el deceso del paciente, pero que a medida que se fueron revelando fueron tratadas por los especialistas que siguieron el caso. de todas maneras, se observa que se dispuso un plan de manejo para corregir esas enfermedades y las que giraban a su alrededor, sin obtenerse un resultado positivo.

No se discute que el diagnóstico final fue el de apendicitis, y que los iniciales no fueron precisos, correctos, ni certeros, tal como se pudo evidenciar al momento de practicarse la intervención quirúrgica del 28 de abril de 2013 por el médico cirujano Juan Javier Valero y en la necropsia; no obstante, no se demostró que dicho error fuera de carácter culposo, esto es, por errores protuberantes o manifiestamente negligentes por parte de los médicos que entre el 24 y el 29 de abril de la anualidad en comento atendieron a la paciente, no solo porque la historia clínica por sí sola no permite llegar a una conclusión de esa magnitud, sino porque en el expediente no obra prueba que emane de un experto en la materia que así lo confirme, pues sabido es que por ser un tema netamente médico-técnico y específico, requería incuestionablemente la opinión de un especialista que con base en las historias clínicas pudiera conceptuar sobre el trato que se le dio al paciente respecto a sus padecimientos.

Y es que como la evolución del cuadro clínico y los exámenes realizados eran compatibles con los diagnósticos de gastroenteritis, rinofaringitis e infecciones urinarias, entonces correspondía al demandante demostrar que la interpretación de esos resultados resultaba ser extraños a una patología como esas, algo de lo que sin duda se sustrajo, presentándose la orfandad demostrativa que se requería para la buenandanza de sus aspiraciones sustanciales, conforme lo exige el artículo 167 del C.G.P.

Era carga del extremo accionante persuadir a esta funcionaria de que la los médicos pediatras adscritos tanto a la Sociedad Pediátrica de los Andes S.A.S., como a la Fundación Hospital de la Misericordia al interpretar lo dicho por la progenitora del causante en las distintas consultas, los signos y síntomas que el niño presentaba, los resultados de los exámenes físicos y de laboratorios practicados al paciente se apartaron de un lógico y comprensible análisis de esas condiciones clínicas preliminares, lo que recayó en diagnósticos que desconocieron una sana

²⁴ Jorge Santos Ballesteros, Instituciones de responsabilidad civil, tomo II, pág 301.

hermenéutica de los mismos, siendo insuficiente la sola afirmación de que las causas descritas llevaran inequívocamente a concluir la presencia de apendicitis.

Es incuestionable que el medio idóneo para despejar las dudas en torno a la culpa o no, en que pudieron incurrir las entidades e instituciones convocadas era el pericial, como lo precisó la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil en sentencia del 13 de septiembre de 2002, que en esta oportunidad no se llevó a cabo, sin que fuera responsabilidad del sentenciador su práctica, pues es claro que el juez no tiene la virtualidad de remplazar la actividad persuasiva de las partes, y en esa medida, era algo que pesaba sobre los hombros de la parte demandante, si en cuenta se tiene que *“en casos como estos, la prueba que viene a despejar cualquier polémica en torno a la culpa, o no, en que por negligencia pudo haber incurrido el médico, sin duda es la pericial, sin que así lo pidiera el gestor”*.²⁵

Por el contrario, al recogerse los testimonios de los médicos que comparecieron a audiencia y de aquellos que fungieron como peritos, en cuanto a que el dolor abdominal puede tener distintas causas y diagnósticos, siendo claro que ante el dolor que presentaba el paciente y ante algunos exámenes de laboratorio y paraclínicos, en principio nada anormal revelaban que indefectiblemente debía colegirse la apendicitis que, a la postre, le fuera determinada.

Se destaca de aquellas declaraciones la del médico-cirujano Juan Javier Valero quien aseveró que las apendicitis dan dolor en el lado derecho, pero cuando se presenta en el lado contrario (izquierdo), no es de fácil detección, porque *“uno no piensa en apendicitis, eso es lo que hace este caso atípico”*. Atipicidad que también se refleja en *“la formación de una concreción de una materia fecal que se llama fecalito y estaba en la pelvis, eso explica los hallazgos atípicos”*, explicando que en este caso la apendicitis *“se hizo en la pelvis y entonces desafortunadamente los accesos en la pelvis a veces duelen al lado izquierdo que me imagino que fue el factor de confusión para que no se hiciera el diagnostico de este paciente que le dolía en el lado izquierdo”*.

Todo ello sin dejar de lado que algo de incidencia puede atribuirse a la demora de la reconsulta ante la Fundación Hospital de la Misericordia (27 de abril de 2013), lo que *“pudo haber hecho que cuando llegó el paciente, como ya lo expliqué con la escala de saps 3 tuviera una probabilidad de morir del 70.9%, muy probablemente con unas horas antes ese porcentaje hubiera bajado muchísimo”*, tesis que no fue desvirtuada ni desvanecida por algún elemento de juicio.

Adicionalmente, el examen de laboratorio coproscópico, que incluyó análisis fisicoquímico, análisis microscópico, uroanálisis -examen citoquímico de examen del sedimento-, arrojó como resultado la no presencia en el cuerpo del paciente de parásitos como áscaris, oxiuris, uncinarias, larvas y tricocéfalos, tan solo se hallaron blastocystis hominis,²⁶ sin que, a juicio del médico-perito Andrés Felipe Galindo Ángel, estos sean *“indicativos de proceso inflamatorio abdominal, incluso se pueden considerar dentro de la flora intestinal normal NO patológica”*.

Además, el perito mencionó que esos paraclínicos son un apoyo en el diagnóstico clínico, pero no para evidenciar el diagnóstico de apendicitis aguda, *“el examen coproscópico descartó infección parasitaria; mientras que el uroanálisis se solicitó dada la sintomatología urinaria que el paciente claramente presentó y que sí pudiera haber hecho sospechar en una infección del tracto urinario, que con el reporte se descartó. Por tanto, dichos exámenes no aportan ningún signo directo y/o indirecto”*

²⁵ Precisiones tomadas de la sentencia proferida el 14 de noviembre de 2014 por la CSJ SCC, con ponencia del magistrado Fernando Giraldo Gutiérrez dentro del expediente radicado con el No. 029-2008-00469-01.

²⁶ Fl. 41 y s., del cuaderno principal del expediente digital.

de apendicitis aguda".²⁷ Concepciones estas que tampoco fueron desvirtuadas por el demandante, ni si quiera subsiste prueba que las contrarié más allá de la lectura que hace de los resultados del análisis, que como evidenció el galeno citado, no luce ajustada.

Del mismo modo, cumple decir que la literatura médica aportada con el escrito de demanda,²⁸ por sí sola, no tiene la fuerza suficiente o la virtualidad para revelar que en el caso bajo estudio era factible determinar desde del principio, es decir, a partir de la primera consulta prioritaria del paciente el 24 de abril de 2013 en la Sociedad Pediátrica de los Andes S.A.S., que los signos y síntomas que evidenciaba debían asociarse directa e indudablemente a apendicitis, dado que no puede mirarse como un caso normal, en la medida que aquí quedó ampliamente demostrada la atipicidad con que dicho padecimiento se presentó en el paciente, lo que dificultó no solo su descubrimiento, sino la posibilidad de implementar un tratamiento médico oportuno para salvaguardar su vida, tal como fuera enfatizado por los médicos que en este litigio rindieron sus testimonios.

8.- Por otra parte, es cierto que brillan por su ausencia los consentimientos informados para la realización de los procedimientos anestésico y quirúrgicos que se le practicaron al paciente, pero, como bien lo ha dicho la jurisprudencia civil, "(...) *de allí no se sigue que los daños reclamados sean la consecuencia inevitable del incumplimiento atribuido al galeno sobre la necesaria y suficiente información que debe brindar a su paciente (a su acompañante progenitora como en este caso) con miras a que esta, en forma libre y voluntaria, pueda ejercer su derecho de autodeterminarse en lo tocante a la intervención médica que se le plantea, pueda contar con información suficiente acerca de las diversas opciones que la ciencia ofrece a su padecimiento y cuente además con conocimiento adecuado sobre los riesgos previstos, usuales o no, en cada una de las posibilidades.*

En efecto, si el daño jurídicamente relevante es aquella lesión antijurídica a un interés lícito ajeno, debe establecerse que la conducta violatoria de ese interés esté causalmente conectada con el perjuicio objeto de reclamación judicial, en esta litis son los daños materiales y morales padecidos por la demandante (...). Si ello es así (...), resulta intrascendente entrar a dilucidar el incumplimiento del deber de información a cargo del médico de modo que pueda confirmarse que el consentimiento que con antelación a las intervenciones quirúrgicas obtuvo de la paciente y demandante, no fue el producto de la decisión de esta, libre, consciente y con pleno conocimiento de las consecuencias, esto es, un consentimiento informado. Y es intrascendente si se tiene en cuenta que el daño que se reclama tiene una causa perfectamente determinada en la demanda: las cirugías y no la ausencia de consentimiento informado (...)"²⁹ (se subraya).

A ello se suma la urgencia con que se realizaron los procedimientos quirúrgicos teniendo en cuenta el complejo cuadro clínico que presentaba el paciente para el 28 de abril de 2013 que, por la premura de salvar su vida, se infiere, no dio tiempo para la entrega del consentimiento informado en forma escrita, que sí verbal como lo refirió Daliz María Bello Blanco.

Conclusiones

9.- En ese orden de ideas, sin necesidad de consideraciones adicionales ni de ahondar en las excepciones planteadas por el extremo pasivo y los llamados en garantía, se concluye que no se demostró la concurrencia de dos de los tres

²⁷ Archivo PDF 26 ib.

²⁸ Fl. 69 y s.s., idem.

²⁹ CSJ SCC, providencia No. SC2804-2019, Exp. 014-2002-00682-01, sentencia del 26 de julio de 2019, M.P. Margarita Cabello Blanco.

elementos de la responsabilidad, cuales son la culpa y el nexo causal, pues, se insiste, no se cumplió con la carga probatoria consistente en acreditar que el daño sufrido por las demandantes a causa del fallecimiento de Mihael Santiago Rivera Bello fue producto de un evidente error de diagnóstico y/o de la mala praxis del personal médico adscrito a las instituciones demandadas que lo atendieron. Por tales razones las pretensiones principales y subsidiarias de la demanda serán despachadas desfavorablemente y, consecencialmente, se condenará en costas a la parte demandante.

DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO CUARENTA CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ, D.C.**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE

PRIMERO: DENEGAR las pretensiones de la demanda, de conformidad con las reflexiones hechas en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: DECLARAR terminado el presente proceso declarativo.

TERCERO: CONDENAR en costas del proceso a la parte demandante. Por secretaría, tásense incluyendo como agencias en derecho la suma de \$1'000.000.

CUARTO: ARCHIVAR las presentes diligencias, previo las desanotaciones del caso.

NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE,



JENNY CAROLINA MARTINEZ RUEDA
Jueza

JUZGADO CUARENTA CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

Hoy 19/03/2021 se notifica a las partes el proveído anterior por anotación en el Estado Electrónico No.033.


ANDRES FELIPE TOLOZA MARTINEZ
Secretario

ofsg

Firmado Por:

JENNY CAROLINA MARTINEZ RUEDA
JUEZ

JUEZ - JUZGADO 040 DE CIRCUITO CIVIL DE LA CIUDAD DE BOGOTA, D.C.-SANTAFE DE BOGOTA D.C.,

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

Código de verificación: **fcf3e38128fd8a84a7f9005489879582c2a7da6af74b4b1e0e2d28ff746ef1b3**
Documento generado en 18/03/2021 02:18:56 PM

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