



**JUZGADO SESENTA Y UNO (61) ADMINISTRATIVO DEL
CIRCUITO DE BOGOTÁ
SENTENCIA No. 97**

Bogotá D.C., seis (06) de octubre de dos mil veintiuno (2021)

M. DE CONTROL: Reparación Directa
RADICACIÓN: 11001333603820140034600
DEMANDANTE: Daniel Beltrán Martínez y otros
DEMANDADOS: Hospital Militar Central

1. ASUNTO

Una vez surtido el trámite procesal sin que se observe causal de nulidad que invalide lo actuado, procede esta instancia judicial a emitir sentencia en el proceso de la referencia, acción de reparación directa impetrada por Daniel Beltrán Martínez, María Yined Cruz Salazar, Dana Carolina Beltrán Cruz, Daniel Felipe Beltrán Cruz, Jerley Andrea Rueda Garzón y Valeria Beltrán Rueda, a través de apoderado, por los perjuicios causados presuntamente por el Hospital Militar Central por la presunta falla en el servicio y pérdida de oportunidad en la atención de salud prestada Daniel Felipe Beltrán Cruz entre el 12/02/2012 y el 16/02/2012.

2. TEMA PRINCIPAL TRATADO

Responsabilidad patrimonial de la entidad demandada por una presunta falla en atención médica y pérdida de oportunidad.

3. ANTECEDENTES

3.1. Pretensiones de la demanda

La demanda se presentó el 9 de mayo de 2014 (fls. 125 c.1), a través de apoderado judicial, con las siguientes pretensiones:

“PRIMERA. Declarar a la NACIÓN, el MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL, y al HOSPITAL MILITAR CENTRAL; administrativamente y patrimonialmente responsables por FALLA DEL SERVICIO por los daños patrimoniales y extrapatrimoniales generados con el sufrimiento, dolor, el deterioro sufrido por el señor DANIEL FELIPE BELTRÁN CRUZ, por falta de oportunidad en la atención y error en el diagnóstico clínico.

SEGUNDA. Condenar, en consecuencia a la NACIÓN, el MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL, y al HOSPITAL MILITAR CENTRAL, a pagar solidariamente a DANIEL BELTRÁN MARTÍNEZ; MARÍA YINED CRUZ SALAZAR; En nombre propio y en representación de su hija menor DANA CAROLINA BELTRÁN CRUZ; a DANIEL FELIPE BELTRÁN CRUZ; JERLEY ANDREA RUEDA GARZÓN en nombre propio y en representación de su hija menor VALERIA BELTRÁN RUEDA, los perjuicios de orden material actuales y futuros, los cuales se estiman en principio en la suma de Total de indemnización por DAÑOS PATRIMONIALES: Un monto total de \$70'048.310,12. Y los DAÑOS NO PATRIMONIALES: Un monto total de \$330'120.000,00. Discriminados de la siguiente forma:

- 1. Que se condene a la NACIÓN, MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL, y HOSPITAL MILITAR CENTRAL al pago solidario de indemnización del LUCRO CESANTE debido y futuro para la víctima señor Daniel Felipe Beltrán Cruz, según liquidación correspondiente a los ingresos de \$1'383.924, oo Lo que corresponde una liquidación total de indemnización del Lucro cesante: debida y futura de SETENTA MILLONES CUARENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS DIEZ PESOS CON DOCE CENTAVOS M/C (\$70'048.310, 12, oo)*
- 2. Que se condene a la NACIÓN, MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL, y HOSPITAL MILITAR CENTRAL al pago solidario de DAÑOS MORALES por el sufrimiento y dolor de la*

- víctima el señor Daniel Felipe Beltrán Cruz, la suma equivalente a OCHENTA (80) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes.
3. Que se condene a la NACIÓN, MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL, y HOSPITAL MILITAR CENTRAL al pago solidario de DAÑOS MORALES por el sufrimiento, dolor que le ha causado a su Cónyuge: JERLEY ANDREA RUEDA GARZÓN la suma equivalente a CINCUENTA (50) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes.
 4. Que la NACIÓN, MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL, y HOSPITAL MILITAR CENTRAL concilien el Que se condene a la NACIÓN, MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL, y HOSPITAL MILITAR CENTRAL al pago solidario de DAÑOS MORALES por el sufrimiento, dolor que le ha causado a su Hija: VALERIA BELTRÁN RUEDA la suma equivalente a CINCUENTA (50) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes.
 5. Que se condene a la NACIÓN, MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL, y HOSPITAL MILITAR CENTRAL al pago solidario de DAÑOS MORALES por el sufrimiento, dolor que le ha causado a su Padre: DANIEL BELTRÁN la suma equivalente a CINCUENTA (50) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes.
 6. Que se condene a la NACIÓN, MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL, y HOSPITAL MILITAR CENTRAL al pago solidario de DAÑOS MORALES por el sufrimiento, dolor que le ha causado a su Madre: MARÍA YINED CRUZ SALAZAR la suma equivalente a CINCUENTA (50) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes.
 7. Que se condene a la NACIÓN, MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL, y HOSPITAL MILITAR CENTRAL al pago solidario de DAÑOS MORALES por el sufrimiento, dolor que le ha causado a su Hermana: Dana Carolina Beltrán Cruz la suma equivalente a CINCUENTA (50) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes.
 8. Que se condene a la NACIÓN, MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL, y HOSPITAL MILITAR CENTRAL al pago solidario por Daño a la salud por el sufrimiento, dolor de la víctima señor DANIEL FELIPE BELTRÁN CRUZ, la suma equivalente a OCHENTA (80) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes
 9. Que se condene a la NACIÓN, MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL, y HOSPITAL MILITAR CENTRAL al pago solidario por DAÑO EN LA VIDA DE RELACIÓN por el sufrimiento, dolor, el deterioro de la víctima señor DANIEL FELIPE BELTRÁN CRUZ y su familia lo cual estimo en la suma de CIENTO CINCUENTA (150) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes.
 10. Que se condene a la NACIÓN, MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL, y HOSPITAL MILITAR CENTRAL al pago solidario de la suma que se fije como indemnización total debidamente indexada a la fecha de dictar sentencia.
 11. Que se condene a la NACIÓN, MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL, y HOSPITAL MILITAR CENTRAL al pago solidario de los intereses moratorios liquidados hasta el momento real y efectivo del pago de la obligación.
 12. Que se condene a la NACIÓN, MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL, y HOSPITAL MILITAR CENTRAL al reconocimiento y solicitud de perdón y compromiso de no repetición en público.
 13. Que se condene a la NACIÓN, MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL, y HOSPITAL MILITAR CENTRAL al pago solidario de los gastos, costas y agencias en derecho que se llegaren a causar en el presente proceso.” (fls. 88-124 c.1).

3.1.1. Hechos relevantes de la demanda:

El sustento fáctico relevante que origina el estudio del presente asunto y que se plasmó en la demanda es el siguiente:

1. Daniel Felipe Beltrán Cruz, Oficial de las Fuerzas Militares de Colombia - Fuerza Aérea - Instituto Militar Aeronáutico, afiliado en la calidad de cotizante al régimen de excepción de las fuerzas militares, ingresó el 12 de febrero de 2012 a las 04:40 am al Servicio de Urgencias del HOSPITAL MILITAR CENTRAL por un “DOLOR ABDOMINAL. A su ingreso se registró como Enfermedad Actual: “...cuadro clínico de 2 horas de evolución consistente en dolor abdominal tipo cólico generalizado de intensidad 7/10 en la escala subjetiva del dolor asociado a distensión abdominal y episodios eméticos de contenido alimentario en #09,

niega picos febriles” ... “...abdomen blando, doloroso a la palpación generalizada...no signos de irritación peritoneal...”.

Se registró en la historia clínica:

Día	Registro
12/02/2012	<ul style="list-style-type: none"> • A las 08:00 am “...persiste con dolor abdominal generalizado, sin signos de irritación peritoneal...se decide solicitar Ecografía Abdominal Total” (Folio 5). • Resultado de ECOGRAFÍA ABDOMINAL: “OPINÓN: HIGADO GRASO” Dr. LUIS EDUARDO NINO. RESIDENTES DR. ROA, IMÁGINAS DIAGNÓSTICAS. • 9.50 reporte de laboratorios FOSFATASA ALCALINA 74 AMILSA 40 PCR 0,5, BILIRRUBINA TOTAL 0.79 DIRECTA 0,25 INDIRECTQA 0,54 Na 138 K 3.46 CI 102 TGP 21 TGO 21. • 14:20 pm en evolución registran: “paciente con reducción del dolor abdominal con laboratorios dentro de los límites normales, se ha salido con recomendaciones y signos de alarma”.
13/02/2012	<ul style="list-style-type: none"> • 5.35 pm “cuadro clínico de 3 días de evolución de dolor abdominal... intensidad 10/ 10 en el momento” • Reporte de Hematología con número de orden 2012 02130501 a las 9:30 pm reporta leucocitos recuento 17,3 neutrófilos 13,18 y PCR 12,21.
14/02/2012	<ul style="list-style-type: none"> • A la 1.55 am registran “existe con dolor abdominal intenso asociado a ello presenta marcada elevación de leucocitosis con neutro filia con respecto a paraclínicos previos de hace dos días se solicita valoración por cirugía general paraclínicos y no ecografía abdominal para descartar peritonitis” • 9:42 am en evolución registran examen físico para ver si abdomen distendido, doloroso a la palpación superficial generalizada, Blumberg positivo, defensa muscular voluntaria, solo a la percusión principalmente en fosa iliaca derecha, Robsing +...” • A las 12:00 p.m. en NOTA OPERATORIA: “Dx Ingreso y Postoperatorio: K350 APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS. Cirujano: Dr. Mozo Ayudantes Dr. Alejandro Pinto Anestesiología Luisa Cepeda. Hallazgos: APENDICE CECAL GANGRENOSA1 con perforación en la base y en la punta con PERITONITIS LOCALIZADA resto de cavidad limpia líquido de reacción peritoneal en fondo de Saco de Douglas. Complicación NINGUNA. Ordenes Medicas: ...Clindamicina 600mg c/6h, Amikacina 1gr c/día...” Registro elaborado, firmado y sellado por MOZO ORTIZ JAVIER ADOLFO Reg. Prof. 2462 cc 72206092 Especialista Cirugía General (Folio 41).
15/02/2012	<ul style="list-style-type: none"> • 4:08 en evolución registran “muestra adecuada mejoría de su cuadro clínico... continuar igual manejo”
16/02/2012	<ul style="list-style-type: none"> • 6:26 en evolución registran manualmente “salida con antibiótico” • en notas de enfermería a las 18:30 reportan salida del paciente con hernia abdominal cubierta con tren de penrose a bolsa posoperatoria. • En la epicrisis elaborada se registra “se dejaren para retiro por la consulta externa.. esta formulación médica con antibiótico para completar esquema y cita control por consulta externa”.

2. Daniel Felipe Beltrán Cruz, se encontraba en curso de especialización de Gerencia de la Seguridad Aérea, en la Escuela de Postgrados de la Fuerza Aérea, curso que se vio interrumpido por el evento médico acaecido.
3. La limitación del curso de especialización ha generado perjuicios morales y de desempeño laboral del teniente Beltrán Cruz. Así como perjuicios a los otros demandantes.

1APENDICE CECAL GANGRENOSA: La complicación más frecuente es que la pared del apéndice se necrosa (apendicitis gangrenosa), que provoca una perforación, con la consiguiente peritonitis generalizada, o en algunos casos las asas intestinales adyacentes se afectan de tal modo que provoca perforación del intestino delgado.

3.2. Actuación Procesal:

- a. La demanda se presentó el 9 de mayo de 2014 (fol. 125 c.1.), siendo asignado al Juzgado 38 Administrativo del Circuito de Bogotá, quien mediante auto del 3 de junio de 2014 la inadmitió (fl. 126 C.1).
- b. La demanda fue subsanada (fl. 127-128 c.1).
- c. El 14 de enero de 2015 el Juzgado 22 Administrativo de Descongestión de Bogotá avocó conocimiento del proceso e inadmitió nuevamente la demanda (fl. 133 c.1), siendo subsanada (FL. 136-179 C.1).
- d. El 25 de abril de 2015 fue admitida la demanda (fls. 182-183).
- e. El 26 de marzo de 2015 (fl. 183-187) fueron remitidas las notificaciones personales.
- f. La demanda fue contestada por la Nación - Ministerio de Defensa Nacional el 28 de octubre de 2015 (fl. 188-193 c.1).
- g. La demanda fue contestada por el Hospital Militar Central el 19 de febrero de 2016 (fls. 220-314 c.1).
- h. El 13 de diciembre de 2016 se negó el llamamiento en garantía hecho por el Hospital Militar Central (fl. 3-36 c.2).
- i. El 3 de octubre de 2017 se corrió traslado de las excepciones (fl. 320 c.1); con pronunciamiento de la parte demandante (fl. 321-372, C1 ppal. – Cuaderno No. 3).
- j. El 14 de marzo de 2018 se celebró audiencia inicial que trata el artículo 180 de la Ley 1437 de 2011, se decretó la falta de legitimación en la causa por pasiva de la Nación Ministerio de Defensa Nacional y se concedió la apelación en efecto suspensivo (fls. 382-384 c.3).
- k. El 10 de mayo de 2018 el Tribunal Administrativo de Cundinamarca, Sección Tercera, subsección C confirmó el decreto de la falta de legitimación en la causa por pasiva de la Nación- Ministerio de Defensa – Ejército Nacional (fls. 389-391 c.1) y el 30 de julio se profirió por este despacho el respectivo obedécese y cúmplase (fl. 398 c.1).
- l. El 22 de noviembre de 2018 se continuó con la audiencia inicial que trata el artículo 180 de la Ley 1437 de 2011 y se decretaron pruebas (fls. 432-436).
- m. El 18 de junio de 2019, 8 de agosto de 2019 se celebró audiencia de pruebas se incorporó pruebas documentales, se sustentaron tres dictámenes periciales y del primero se formuló tacha, se desistieron de todos los testimonios, se ordenó correr traslado para alegar de conclusión. (fls. 505-509 y 519-521 c.p.2)
- n. La parte demandante el 21 de agosto de 2019 alegó de conclusión (fl. 522-548 c.1).
- o. El Hospital Militar Central el 23 de agosto de 2019 alegó de conclusión (fl. 549-552 c.1).
- p. El Ministerio Público no conceptuó.

3.3. Argumentos de las Partes

Parte demandante: Invocó la responsabilidad del Estado por falla en el servicio, explicó que en el caso concreto de la atención otorgada a Daniel Felipe Beltrán se puede observar como el cuadro clínico inicial se complica por falta de diagnóstico oportuno, por parte del Hospital Militar Central y la prolongación del tiempo para la realización de la cirugía por parte del hoy demandada, llevando con ello al paciente a un sufrir un cuadro de peritonitis a las secuelas secundarias a esta complicación quirúrgica, como limitación funcional.

En este sentido resaltó que: 1. La hoy demandada no utilizó debidamente todos los medios que estaban a su alcance para esclarecer el diagnóstico del hoy accionante lo

que subes impidió realizar oportunamente el tratamiento indicado. 2, El médico Cirujano decidió realizar el procedimiento de APENDICECTOMIA Y LAPAROTOMIA, manifestando que el paciente estaba en un estado infeccioso avanzado y que posiblemente algún órgano podía estar afectado, llegando incluso a darse la perforación del apéndice, pues llevaba 2 días en espera de diagnóstico. 3. Al señor Beltrán solo le realizaron cirugía el 14 de febrero de 2012, encontrando apéndice en fase gangrenosa, perforación en la base y punta, peritonitis localizada y liquido de reacción peritoneal en fondo de saco de Douglas escaso.

Indicó que el daño causado fue por falta de atención oportuna y al existir error en el diagnóstico, junto con omisión y negligencia de los funcionarios médicos de la administración en el Hospital Militar Central en su actuar fuera de la *lex artis ad hoc*, y fuera de los protocolos médicos para el diagnóstico y manejo de cuadro de abdomen agudo, agregó la falta de oportunidad en su atención médica y quirúrgica (fls. 83-124 c.1).

Reseñó que:

- a. Existió omisión y negligencia de los funcionarios médicos de la administración del hospital militar central en su actuar fuera de la *Lex artis ad hoc* y fuera de los protocolos médicos, con violación al sistema de garantía de la calidad, del aseguramiento en salud también aplicable al hoy demandado, violación a inobservancia de las normas del sistema de salud nacional; violación inobservancia de las guías y protocolos médicos Al actuar de forma negligente sin el debido cuidado que se requería, pues no se tuvieron en cuenta los protocolos médico quirúrgicos, ni los baremos con los que se hubiese diagnosticado en cualquier centro de atención un cuadro apendicitis aguda y se hubiese programado oportunamente el procedimiento de apendicectomía, evitando con ello la perforación de la visera conocida como apéndice cecal, gritándose por ende la peritonitis o infección diseminada abdomen como consecuencia de la perforación apendicular. de ello se concluye que la negligencia imprudencia de los médicos tratantes que recibieron inicialmente al paciente, permitieron que el señor Daniel Felipe Beltrán Cruz adquirieron una patología de carácter infeccioso y que como consecuencia de ello presentará una serie de daños y perjuicios secundarios como son dolor abdominal por peritonitis, infección abdominal secundaria a perforación de víscera hueca.
- b. Existió un claro irrefutable nexo de causalidad entre el daño antijurídico la omisión de información y las complicaciones previsibles de haber existido un diagnóstico acertado y oportuno. “La regla *res ipsa loquitur*” las cosas que hablan por sí mismas.
- c. Con el actuar omisivo de la entidad demandada y sus médicos tratantes, el paciente perdió la oportunidad de tener la curación esperada por la ciencia médica implicó la grabación de sus condiciones de salud y el subsiguiente daño a su humanidad.

Parte demandada:

1. **Nación- Ministerio de Defensa:** en audiencia inicial se decretó la falta de legitimación en la causa por pasiva de esta entidad.

2. **Hospital Militar Central:**

El 19 de febrero de 2016 (fl. 220-314 c.1) presentó contestación a la demanda se opuso a los hechos y pretensiones.

Indicó que fue gracias a los exámenes que se logró tratar la patología de apendicitis aguda y que se salvó la vida del paciente, además que el manejo médico fue oportuno pertinente y diligente.

Se explicaron los hechos así:

“Se trató de un paciente de 24 años de edad quien ingresa a la Institución el día 12 de febrero de 2012 por el servicio de urgencias, con motivo de consulta de dolor abdominal, es valorado por el médico de urgencias quien reporta: paciente con cuadro de 2 horas de evolución consistente en dolor abdominal tipo cólico generalizado asociado a distensión y vómitos alimentarios en 9 ocasiones, sin fiebre. En el examen físico tensión arterial de 420/76, FC 82 por minuto, temp.36.5 grados c., abdomen blando a la palpación con dolor difuso, sin masas, sin irritación peritoneal, se hospitaliza en observación, se realiza reposición hidroelectrolítica y se solicitan laboratorios de control con cuadro hemático sin leucocitosis, parcial de orina normal, amilasa normal y ecografía abdominal normal con mejoría de la sintomatología en la observación, por lo que el médico de urgencias decide dar de alta con formulación de buscapina y recomendaciones de nueva asistencia al hospital en caso de persistir o incrementarse el dolor abdominal y asociarse a fiebre o recurrencia de los vómitos. Se consideró como posibilidad diagnóstica gastroenteritis,

El paciente regresa nuevamente a la Institución el día 13 de Febrero de 2012 por persistencia e incremento de dolor abdominal, se reevalúa encontrando dolor abdominal difuso sin irritación peritoneal pero con localización predominante hacia fosa iliaca derecha, lo cual previamente no estaba documentado y leucocitos de 17.300, por lo que se solicita valoración por Cirugía General, quienes conceptúan que el cuadro puede corresponder a una apendicitis aguda, en consecuencia se le explica al paciente su condición clínica, el tipo de intervención a efectuar y sus posibles complicaciones aceptando la intervención quirúrgica y firmando en consecuencia el consentimiento informado. La cirugía se realiza el día 14 de febrero de 2012 con hallazgos de apéndice cecal gangrenosa con perforación en la base y en la punta con peritonitis localizada y el resto de la cavidad abdominal limpia, efectuándose la apendicetomía sin complicaciones con limpieza del área peritoneal adyacente al apéndice y la colocación de un drenaje por el contra abertura para evitar la posibilidad de colecciones residuales. Se indicó continuar con el tratamiento de reposición hidroelectrolítica y antibioticoterapia combinada (amikacina y clindamicina) en forma terapéutica. La evolución postoperatoria es satisfactoria dándose de alta el día 16 de febrero de 2012 con indicaciones de continuar toma de antibióticos hasta culminar esquema completo y control en consulta externa para evolución postoperatoria. En la historia clínica no se encuentran más datos relacionados con su evolución u otras atenciones que manifiesten complicaciones postoperatorias o imitaciones funcionales como consecuencia de la cirugía realizada”.

Se adujo que la apendicitis del 13 de febrero de 2012 no fue causada por el hospital ni por los médicos. En términos de la demanda la apendicitis aguda emulaba un cuadro clínico de gastroenteritis y no evidenciaba irritación peritoneal, razón por la que le dieron de alta con indicaciones de asistir al otro día si los síntomas persistían. A las 24 horas efectivamente presentaba síntomas por lo que se sospechó de apendicitis aguda.

El hospital expresó su rechazo a las consideraciones subjetivas del demandante y dijo que la atención y el manejo de la paciente fueron en todo momento oportuno, adecuado y diligente, suministrado por personal idóneo que lo atendió en las diferentes oportunidades y circunstancias durante el año 2012.

Se concluyó que no existió omisión, imprudencia ni negligencia por parte del grupo profesional multidisciplinario que proporcionó los servicios asistenciales.

Resaltó que, según obra en la historia clínica del paciente, el tratamiento médico proporcionado por los profesionales de la salud fue realizado de manera diligente pues se observa el continuo seguimiento de la evolución que presentaba la patología y

complicaciones, situación que se controla cada vez que lo requería el usuario del servicio de urgencias.

Agregó que no tenía soporte probatorio la afirmación del actor según la cual existió descuido médico en la evolución de la enfermedad, pues muy al contrario estaban probadas las razones científicas que llevaron a presentar impresión diagnóstica, los exámenes paraclínicos en que confirman el diagnóstico y la indicación de la cirugía practicada.

Se señaló que, pese a la patología, los médicos le dispensaron al señor Beltrán los beneficios de la medicina con los recursos que tenía a mano el Hospital Militar Central (Art. 30 Ley 23 de 1981) Código de Ética Médica.

Coligió que no se daban los presupuestos que indicaran la relación de causalidad entre la conducta médica y el resultado del paciente, puesto que se evidencia objetivamente la diligencia, pericia y experiencia en los médicos tratantes, así como de la correcta aplicación de los protocolos en el tratamiento del paciente.

3.4. Alegatos de conclusión y concepto del Ministerio Público

3.4.1. Parte demandante

El apoderado el 21 de agosto de 2019 alegó de conclusión manifestó que se encontró probado que el paciente ingresó a las 4:40 am el 12/02/2012, transcribiendo fragmentos de la historia clínica, en especial el folio 5, 1, 7^a, 8, 8^a, 13, 16, 20, 28, 29, 41, 42, 44, 46 y 51a.

Insistió en que el cuadro clínico se complicó por la falta de diagnóstico oportuno y que las secuelas se probaron con la calificación de la pérdida de la capacidad laboral.

Reiteró que el daño se derivó de la omisión y negligencia de los funcionarios médicos que no actuaron conforme a al *lex artis* y erraron en su diagnóstico.

Reseñó las diferentes guías médicas y la Ley 100 de 1993 y Ley 1438 de 2011.

Señaló que el dictamen del Dr. Arturo Vergara no hizo un estudio secuencial real basado en la historia clínica.

Finalizó indicando los postulados para la declaración de la falla en el servicio (fls. 522-548).

3.4.2. Hospital Militar Central

Sostuvo que del análisis documental se concluye que no existe diagnóstico errado.

Señaló que el dictamen pericial del Dr. Santamaría dijo que no se aplicaron las guías como parte puramente teórica pero las guías no son de obligatorio cumplimiento, pues la ciencia médica no es exacta y su aplicación no puede estar sujeta a una guía.

Agregó que el porcentaje de la junta médica dado es muy bajo y corresponde a la cicatriz por lo que habría ausencia de daño.

Concluyó el apoderado que no existió falla del servicio, ni se presentó alguna omisión, retardo o irregularidad (fls. 549-552).

Concepto del Ministerio Público: No conceptuó.

3.6. Pruebas obrantes en el proceso

A continuación, se hace relación de los elementos probatorios más relevantes allegados al plenario:

3.6.1. Documentales

- ✓ Registro civil de nacimiento de Daniel Felipe Beltrán Cruz (fl. 3 c.1).
- ✓ Copia auténtica del registro civil de matrimonio de Daniel Felipe Beltrán Cruz con Jerley Andrea Rueda Garzón (fl. 4 c.1).
- ✓ Copia simple de la cédula de ciudadanía número 12.187.008 de Daniel Bertrán Martínez (fl. 5 c.1).
- ✓ Copia simple de la cédula de ciudadanía número 55.060.410 María Yined Cruz Salazar (fl. 6 c.1).
- ✓ Registro civil de matrimonio de Daniel Beltrán Martínez con María Yined Cruz Salazar (fl. 7 c.1).
- ✓ Registro civil de nacimiento de Dana Carolina Beltrán Cruz (fl. 8 c.1).
- ✓ Certificado de pago del mes de febrero de 2012 (fl. 9 a 10 c.1).
- ✓ Copia autentica del registro civil de nacimiento de Valeria Beltrán Rueda (fl. 11 c.1).
- ✓ Informe del Servicio de Atención Hospital Militar Central suscrito por el teniente Daniel Felipe Beltrán Cruz fechado 19 de febrero de 2012 (fl. 14 a 18 c.1).
- ✓ Copia simple de Epicrisis (con la anotación a manoalzada de INCORRECTO) (fl. 19 c.1).
- ✓ Copia simple de Epicrisis (con la anotación a manoalzada de CORRECTO) (fl. 20 c.1).
- ✓ Copia simple de formato de formula médica No. C3119214 (fl. 21 c.1).
- ✓ Copia simple de la tarjeta de identidad No. 97110911592 de Dana Carolina Beltrán Cruz (fl. 22 c.1).
- ✓ Constancia de estudios de Especialización en Seguridad Aérea (fl. 23 c.1).
- ✓ Copia simple resultado de examen de ecografía abdominal (fl. 24 c.1).
- ✓ Copia simple resultado de exámenes de laboratorio clínico (fl. 25 a 27 c.1).
- ✓ Copia simple Historia Clínica (fl. 28 a 82 c.1).
- ✓ Copia simple de las guías de manejo del Ministerio de Salud y Protección Social (fl. 330 a 372 c.1).
- ✓ Copia autentica de la Junta Médica No. 02-2013 del 14 de junio de 2013 (fl. 233 a 244 c.1).
- ✓ Copia autentica de la historia clínica No. 1077845501 de Daniel Felipe Beltrán Cruz (fl. 245 a 314 c.1).
- ✓ Oficio No. OFI15-78525 MDN-DSGDAL-GCC (fl. 204 c.1).
- ✓ Oficio 20153550222521 del 6 de octubre de 2015 (fl. 205 a 206 c.1)
- ✓ Copia simple del oficio 20153550819523 del 6 de octubre de 2015 (fl. 207 c.1)
- ✓ Oficio 20159020036551 del 23 de octubre de 2015 (fl. 209 a 210 c.1)
- ✓ Copia simple formato de datos personales de la Especialización de Gerencia de la seguridad Aérea (fl. 211 c.1)
- ✓ Copia simple certificados de incapacidad (fl. 212 a 214 c.1)
- ✓ Copia simple Acta No. 080 de 2012 del Comité Académico del Instituto Militar Aeronáutico (fl. 215 a 217 c.1)
- ✓

3.6.2. Dictamen

PERITO	DICTAMEN Y SUSTENTACIÓN
<p>JORGE HUMBERTO MEJÍA ALFARO, cédula de ciudadanía número 14.234.463, tarjeta profesional No.: 14.234.463, edad: 58 años, de profesión: Médico Cirujano de la Universidad nacional de Colombia de 1987, oficio: Médico miembro principal de la sala 2 de decisión de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá Y Cundinamarca desde el 2006, nivel educativo: Postgrado – En Epidemiología, Salud Ocupacional y Medio Ambiente de las Universidades de Antioquia, del Bosque y de los Andes egresado en los años 1997, 1992 y 1996 respectivamente, estado civil: casado, con Maritza Becerra Rivera, dirección: como quedó en video. Preguntas artículo 226 del CGP.</p>	<p>Al efecto, a folios 515 a 518 reposa memorial radicado el 2 de agosto de 2019 adjunto al cual el apoderado requerido remitió ponencia de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá y Cundinamarca practicada a Daniel Felipe Beltrán Cruz el 25 de julio de 2019.</p> <p>El apoderado de la parte demandante actora pregunta (récord: 11:18:32), a que hace referencia el decreto 1507, respondió que es el Decreto vigente para la población en general, allí se indicó:</p> <p><i>“Se trata de paciente con historia de apendicitis- peritonitis que requirió laparotomía exploratoria por apéndice perforado, no refiere en historia clínica secuelas residuales tipo obstrucción intestinal, bridas o procedimientos quirúrgicos de urgencias adicionales”</i></p> <p>Le califican una deficiencia total de 2.47%.</p> <p>A que hace referencia cuando indica que existe una deficiencia, respondió que corresponde a una limitación funcional específica.</p> <p>Manifieste si la laparotomía corresponde a la cirugía por apendicitis del paciente, respondió que hace referencia a apendicitis y peritonitis de conformidad con la historia clínica. La cicatriz corresponde al cierre de los planos quirúrgicos del paciente.</p>
<p>Mario Roberto Santamaría Sandoval, cédula de ciudadanía número 19.258.504, tarjeta profesional No.: 19.258.5014 edad: 62 años, de profesión u oficio: Médico cirujano gerente en salud y auditor médico, nivel educativo: postgrado en gerencia en salud de la Universidad Nacional de Colombia de 1981, estado civil: casado, dirección: como quedó en video.</p> <p>TACHA AL PERITO, negada en audiencia.</p>	<p>Informe pericial Técnico Médico (fl. 1 a 126 c.3).</p> <p>a. “Manifiéstele al despacho si en las historias clínicas estudiadas existe diagnóstico inicial de “Dolor abdominal agudo” desde el ingreso del paciente al Hospital Militar Central.</p> <p>En la historia clínica realizada por el Hospital Militar Central al paciente, señor Daniel Felipe Beltrán Cruz y estudiada por el suscrito, se encuentra la solicitud de atención de urgencias por dolor abdominal agudo de dos horas de evolución, asociado a náusea, vómito y distensión abdominal. Por parte del Hospital se encuentra la Impresión diagnóstica de “Dolor Abdominal en Estudio” y posteriormente en una evolución: * Dolor Abdominal”.</p> <p>b. Manifieste al despacho cuáles fueron los diagnósticos establecidos en el Hospital Militar Central al ingreso de DANIEL FELIPE BELTRÁN CRUZ, con fecha 12/02/2012.</p> <p>En la historia clínica realizada por el Hospital Militar Central al paciente, señor Daniel Felipe Beltrán Cruz y estudiada por el suscrito, se encuentra la solicitud de atención de urgencias por dolor abdominal agudo de dos horas de evolución, asociado a náusea, vómito y distensión abdominal. Por parte del Hospital se encuentra la Impresión diagnóstica de “Dolor Abdominal en Estudio” y posteriormente en una evolución: * Dolor Abdominal”.</p> <p>c. Manifieste al despacho si se ordena salida del paciente y cuáles son las consideraciones para esa determinación.</p> <p>A las 04:40 horas del 12 de febrero de 2012 se inició la atención en el servicio de urgencias y se encuentran estigmas (nota de enfermería) de alta hospitalaria o salida a las 14:20 horas. No se evidencian los folios en los cuales se debieron registrar las consideraciones para esta decisión, indicaciones, signos de alarma y prescripción. Solamente se encuentra copia de fórmula de metil bromuro de hioscina para uso domiciliario.</p> <p>La existencia de orden de salida como documento físico tampoco se encontró y el suscrito hace claridad que esos fragmentos de historia clínica parecen faltar por haber sido retirados de la historia clínica.</p> <p>d. Manifieste al despacho cuáles fueron los diagnósticos establecidos a su reingreso el 13/02/2012.</p> <p>El día 13 de febrero de 2012 ante la "persistencia y agravamiento del dolor</p>

	<p>abdominal iniciado en región umbilical y con generalización del mismo, tipo peso, intensidad 10/10, asociado a cinco episodios de vómito y dos deposiciones verdosas líquidas", a las 16:46 horas, nuevamente el paciente solicita atención de urgencias en el servicio de urgencias del Hospital Militar Central, la cual se da a las 17:35 horas (Dr. Diego Centeno Dávila) Y con diagnósticos definitivos presuntivos:</p> <p>R104 Otros dolores abdominales y los imitación peritoneal y R101 Dolor Abdominal localizado en parte superior.</p> <p>e. Manifieste al despacho en qué fecha se realiza el diagnóstico de apendicitis aguda con peritonitis en Hospital Militar Central.</p> <p>El 14 de febrero de 2012 a las 09:40 horas es decir 17 horas después del reingreso, el cirujano general Dr. Javier Adolfo Mozo Ortiz, registro 722.6092, registra la sospecha de APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS.</p> <p>f. Manifieste cuánto tiempo transcurrió desde el ingreso de del señor Beltrán Martínez al Hospital Militar Central y su reingreso hasta el día que se diagnosticó de apendicitis aguda con peritonitis.</p> <p>El señor Beltrán Martínez ingresó a recibir atención por dolor abdominal agudo el 12 de febrero de 2012 a las 04:40 horas, salió el 12 de febrero de 2012 a las 14:20 horas. Reingresa a las 16:46 horas del 13 de febrero de 2012. Tiempo transcurrido entre ingreso y reingreso: 36 horas</p> <p>g. Manifieste cuáles fueron los procedimientos realizados al señor Beltrán Martínez posterior a su reingreso por peritonitis secundario a apendicitis aguda perforada.</p> <p>Desde el reingreso, el paciente es internado en el servicio de observación de urgencias, realizan solicitud de interconsulta con cirugía general, y manejo provisionalmente con líquidos intravenosos, ranitidina y metoclopramida, mientras se logran los resultados de paraclínicos comprobatorios que en esta ocasión incluían una radiografía simple de abdomen. El cirujano general Dr. Juan Arturo Martínez Díaz, registro 79224999 responde interconsulta diciendo que el paciente tiene enfermedad diarreica aguda y ordena ecografía abdominal (que ya había sido solicitada por el Médico de urgencias que lo recibió) y que esperará el resultado de la nuevamente solicitada ecografía abdominal, que, como comentario de esta auditoría, no se llevará a cabo en el transcurso de la hospitalización. El 14 de febrero de 2012 a las 09:40 horas (e. decir 1 hora después del reingreso), el cirujano general Dr. Javier Adolfo Mozo Ortiz, registro 722.6092, registra la sospecha de APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS, prescribe el tratamiento antibiótico e hídrico indicado para la enfermedad y su complicación y solicita sala de cirugía. A las 12:00 horas de ese 14 de febrero de 2012 (es decir 19.5 horas después del reingreso) se inicia el procedimiento quirúrgico de urgencia por incisión de laparotomía mediana infraumbilical, el cual dura dos horas y encontraron apéndice gangrenoso perforada en la base y en la punta, con peritonitis localizada.</p> <p>h. Manifieste al despacho cuáles fueron los hallazgos quirúrgicos en el procedimiento de laparotomía exploradora realizada el 14/02/2012.</p> <p>En la cirugía denominada laparotomía mediana infraumbilical, se encontró apéndice gangrenoso, perforada en la base y en la punta, con peritonitis localizada.</p> <p>i. Manifieste al despacho cuáles son las secuelas de una laparotomía exploradora posterior a peritonitis por apéndice perforada.</p> <p>Deformidad permanente en abdomen por cicatriz de laparotomía infraumbilical mediana, Deformidad permanente en abdomen por cicatriz en fosa iliaca derecha correspondiente a drenaje post quirúrgico Bandas intestinales y parieto intestinales por cicatrización entre ciego, (sic) terminal y pared abdominal. el Episodio de pseudo obstrucciones intestinales secundarias</p> <p>j. Manifieste al despacho cuáles son las posibles complicaciones que se presentan posteriores a procesos infecciosos que requieren lavado peritoneal.</p> <p>Deformidad permanente en abdomen por cicatriz de laparotomía infraumbilical mediana.</p>
--	---

	<p>Deformidad permanente en abdomen por cicatriz en fosa ilíaca derecha correspondiente a drenaje post quirúrgico Bandas intestinales y parieto intestinales por cicatrización entre ciego, íleon terminal y pared abdominal. Episodio de pseudo obstrucciones intestinales secundarias.</p> <p>k. Manifieste al despacho si existió falta de oportunidad en el diagnóstico de apendicitis aguda en la atención del Hospital Militar Central.</p> <p>El día 12 de febrero de 2012: Con el uso por prescripción médica de Buscapina O por parte del Hospital Militar Central en el servicio de urgencias, el 13 de febrero de 2012, se enmascararon los signos y síntomas de la apendicitis aguda que padecía el señor DANIEL FELIPE BELTRÁN CRUZ.</p> <p>Así mismo la NO OBTENCIÓN de exámenes de comprobación, posteriores a los de ingreso, con el fin de paliar la aplicación de espasmolítico (ya nombrado anteriormente) y el permitir que primaran los resultados sobre la clínica (y examen clínico), síntomas, queja del paciente, permitieron que no se le brindara atención adecuada al paciente, dándole el alta hospitalaria y permitiendo que el tiempo agravara la patología, que de por sí, es progresiva.</p> <p>El día 13 de febrero de 2012, el diagnóstico realizado por médico cirujano general de ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA y la decisión de esperar el resultado de ecografía abdominal aún no justificada para él, permitieron demora en el real diagnóstico de APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS, diez y siete (17) horas después del reingreso, otro cirujano general realiza el diagnóstico y decide proceder a brindarte el tardío tratamiento para APENDICITIS CON PERITONITIS, lo cual se logra dos horas más tarde. <i>Lo anterior conforma FALTA DE OPORTUNIDAD en la atención.</i></p> <p>l. Manifieste si en este caso se cumplió con los lineamientos de Guías y protocolos de diagnóstico para "dolor Abdominal agudo", y cuál es la fuente bibliográfica obligatoria en Colombia.</p> <p>La fuente bibliográfica y de procedimiento obligatoria en la República de Colombia es la Guía para Manejo de Urgencias y en el caso en comento la de DOLOR ABDOMINAL AGUDO."</p> <p>En la República de Colombia se encuentran instituidas por LEY (resoluciones del Ministerio de Salud y de la Protección Social) las GUÍAS PARA MANEJO DE URGENCIAS, así como de otras patologías cuyo autor es el Ministerio de Salud y/o Ministerio de la Protección Social, de uso y aplicación obligatorios en todo el territorio nacional por parte de todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, (www.minproteccionsocial.gov.co). Para el momento de los hechos se encontraban vigentes, la primera edición emitida en 1996 y las revisiones posteriores. En ellas se encuentra la guía de manejo de DOLOR ABDOMINAL AGUDO. La mencionada guía fue cumplida parcialmente por el Hospital Militar Central, pues no se hizo caso en la aplicación de espasmolíticos hasta saber con certeza el diagnóstico de la patología causante del mencionado dolor abdominal agudo. Muy por el contrario, se usó la medicación como tratamiento para uso domiciliario.</p> <p>Tampoco se llevaron a cabo los exámenes paraclínicos de seguimiento recomendados por la Guía vigente de Dolor Abdominal Agudo,</p> <p>m. Manifieste si existió error de diagnóstico en Hospital Militar Central en la atención del señor DANIEL FELIPE BELTRÁN CRUZ.</p> <p>Durante la primera atención se conformó falla diagnóstica al no llegar a diagnóstico y tomar determinación de alta hospitalaria con tratamiento domiciliario.</p> <p>Durante la segunda atención, el registro de diagnóstico realizado por cirujano general consistente en ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA también conformó falla diagnóstica.</p> <p>El tiempo transcurrido entre primera atención y diagnóstico: cincuenta y dos (52) horas Tiempo transcurrido entre primera atención e inicio de cirugía requerida: cincuenta y cuatro (54) horas Tiempo que se encontró deshospitalizado por orden médica (entre salida de primera atención y reingreso): veinte dos (22) horas</p>
--	--

	<p>n. Manifieste al despacho si el error de diagnóstico se considera un evento adverso en salud para el sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud, y cuál es el fundamento normativo.</p> <p>(se cita lo pertinente)</p> <p>Evento adverso, definición: "Suceso que ocurre durante el curso de una enfermedad o como consecuencia de una intervención médica, por acción u omisión. Es una injuria causada por el acto médico más que por la condición subyacente del paciente"</p> <p>Evento adverso: Daño resultado de la atención médica y no por las condiciones basales del paciente. Por favor no confundir ERROR Médico con mal resultado, pues son dos términos muy diferentes. Sinónimos: Evento adverso, error médico, complicación por error médico.</p> <p>(se cita lo pertinente)</p> <p>O. Manifieste al despacho qué normas del sistema de seguridad social en salud se violan con la falta de oportunidad en atención en salud.</p> <p>La falta de oportunidad en la atención en salud transgreden las normas básicas de la ley 100 de 1993 en cuanto a cobertura y oportunidad, la Ley de Ética Médica (Ley 23 de 1981), la contratación entre EPS e IPS para prestación de servicios y las Resoluciones de adopción de protocolos y Guías de Manejo</p> <p>Las Leyes y normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud que también fueron transgredidas: A continuación se encuentran las bases normativas y Legales del Sistema de Seguridad (se cita lo pertinente)"</p> <p>Así mismo concluye que:</p> <p>"Realizada la revisión exhaustiva a la historia clínica perteneciente al paciente DANIEL FELIPE BELTRÁN CRUZ identificado con la cédula de ciudadanía N° 1077845501 y en respuesta a la solicitud realizada en el expediente de la referencia, se establece que el paciente sufrió DOLOR ABDOMINAL AGUDO por APENDICITIS AGUDA que finalizó en PERITONITIS durante el lapso transcurrido entre el primer ingreso al Hospital Militar Central el 12 de febrero de 2012 y su egreso el 16 de febrero de 2012, así como la cirugía denominada laparotomía mediana infraumbilical con drenaje post operatorio.</p> <p>Durante la primera atención en el servicio de urgencias solamente se realizó impresión diagnóstica, mas no se llegó a Diagnostico de la causa de dolor abdominal agudo, en especial por la prescripción y aplicación de Y medicamento espasmolítico, no autorizado para uso dentro de la mencionada patología, fármaco que enmascaró la apendicitis aguda que si tenía el paciente motivo del presente estudio. La salida o alta hospitalaria, de la cual no aparecen los folios de historia clínica correspondientes, se otorgó en condiciones desconocidas para este Perito Médico y sin explicación de ese faltante documental de reposo obligatorio en la IPS Hospital Militar Central.</p> <p>Una vez se presenta el reingreso al mismo servicio de urgencias, el médico especialista en cirugía general de turno para urgencias, realiza impresión diagnóstica de enfermedad diarreica aguda sin bases científicas, semiológicas o profesionales, aumentando así, la falta de oportunidad en la atención en salud y colocando, aún más en riesgo vital al paciente. También contribuyendo a la transgresión denominada error diagnóstico.</p> <p>Cuando después de un número muy alto de horas transcurridas desde la solicitud de atención de urgencias, regresó a la misma IPS y la sospecha del verdadero diagnóstico que se comprueba con los paraclínicos requeridos, ya el cuadro es de peritonitis, patología de mayor riesgo y peligro para la vida y salud del paciente, lo que obliga a tratamiento distinto y de mayor envergadura del que se debió realizar para apendicitis.</p> <p>No se evidencia ninguna acción de la IPS Hospital Militar Central ni de la Dirección General de Sanidad Militar en cuanto a la existencia de EVENTOS ADVERSOS y FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN en el caso en comento, mostrando la inactividad de las mencionadas frente a las acciones que son de obligatorio cumplimiento en el Sistema Obligatorio de garantía de la calidad en Salud". (fl. 26 c.3).</p> <p>Afirmó en audiencia que:</p>
--	--

	<p>Existen guías base para el tratamiento de enfermedades para un claro diagnóstico y una vez registrada, deberán ser de obligatorio cumplimiento.</p> <p>Reiteró la conclusión del peritazgo.</p> <p>Explicó el algoritmo diagnóstico (escrito paso a paso) para el tratamiento de cualquier paciente que se encuentra relatado en la Ley de Ética Médica.</p> <p>Relató el día en el cual el paciente Daniel Beltrán llega con dolor abdominal agudo al Hospital Militar y como fue tratado.</p> <p>Comparó el tratamiento realizado al paciente con el algoritmo para el tratamiento de cualquier paciente, señaló que lo único que se realizó fue ordenar la ecografía abdominal, entre la atención y la orden de ecografía no hubo un apego al protocolo.</p> <p>Mencionó usos de la buscapina y en qué momento se debe usar ese tipo de medicamentos. Es analgésico antiespasmódico y según la <i>lex artis</i> se debe evitar estos medicamentos hasta que no se tenga un diagnóstico, porque la sintomatología se enmascara.</p> <p>Realizó una valoración entre la salida del paciente del hospital y el protocolo a seguir para el tratamiento de cualquier paciente.</p> <p>Diferenció entre dolor abdominal agudo y dolor abdominal intenso.</p> <p>Explicó que si se inició de forma correcta el algoritmo de tratamiento al paciente al momento de su reingreso al Hospital Militar.</p> <p>Afirmó que en un primer ingreso no se practicaron exámenes y se registró situación de diarrea y sin embargo recomendó la ecografía abdominal.</p> <p>Ante la pregunta cuál fue el tratamiento del paciente después del diagnóstico. La cirugía que considera correcta no está dentro del dictamen pericial. Indicó que No hubo apego al protocolo de tratamiento de pacientes.</p> <p>Señaló que el 14 de febrero a las 9:40 horas 17 horas después del reingreso el cirujano general registra la sospecha de apendicitis con apendicitis en ese momento si se sigue la <i>lex artis</i> que llevó a la apendicetomía, este tratamiento correcto fue hecho solo 17 horas después del reingreso.</p> <p>El dictamen fue sobre la atención de un paciente en el servicio de urgencias por un tratamiento abdominal agudo, el reingreso y hasta que 17 horas después que si se le realiza el procedimiento adecuado.</p> <p>La descripción técnico quirúrgica empleada al paciente debe ser relatada por un cirujano general o un gastroenterólogo, lo cual no fue objeto de ese peritazgo.</p> <p>Apoderado de la parte demandada (récord: 12:04:54), señaló que radicó tacha de idoneidad al perito a folio 430.</p> <p>Relató la idoneidad de su peritaje. Dijo que es médico cirujano, gerente en salud que se reduce al manejo administrativo, vigilancia, dirección, evaluación y control de los sistemas procedimientos y atención de pacientes. En ningún lado dice que el que califique la atención de urgencias de pacientes tenga que ser alguien que realice procedimiento quirúrgico de urgencias. Él es auditor médico.</p>
--	---

	<p>Dijo la diferencia entre médico cirujano y medico con especialidad en cirugía, es por el cambio del sistema educativos.</p> <p>El revisar la situación médica la hace un profesional de las áreas administrativas de un profesional de medicina.</p> <p>Ante la pregunta de que, si los síntomas presentados por el paciente pueden evidenciarse en otras enfermedades, respondió que el profesional que este cuando se presente el paciente con dolor abdominal médico tiene la obligación de agotar el protocolo que lo va a llevar al diagnóstico específico, aclara que hay muchas causas de dolor abdominal agudo.</p> <p>Afirmó que en la historia clínica si se evidenció en el análisis de la historia clínica una gastroenteritis, sin ninguna base documental.</p> <p>El diagnostico de apendicitis es la afirmación comprobada de la inflamación del apéndice, es una apreciación que debe comprobado por los exámenes paraclínicos.</p> <p>Que se evidencia en las consultas realizadas al paciente.</p> <p>El dolor en fosa iliaca no es típico de ninguna enfermedad.</p> <p>Si el paciente no reporta un mayor número de leucocitos (glóbulos blancos) evidencia una infección.</p> <p>Si una ecografía reporta ausencia de líquido es porque el paciente se encuentra en una posición que no es recomendada, sin necesidad de demostrar alguna apendicitis.</p>
<p>Dr. Arturo Vergara Cirujano General, jefe Departamento de Cirugía – Hospital Universitario Fundación Santa Fe, Magistrado Tribunal Ética Médico y miembro de la Federación Médica Colombiana cédula de ciudadanía número 3.228.377, tarjeta profesional No.: 3.228.377, edad: 65 años, de profesión u oficio: medico de 1979 de la Universidad Javeriana, nivel educativo: cirujano General de la Universidad del Bosque, soporte metabólico y falla intestinal, Magistrado del Comité de ética médico estado civil: casado con Ángela María Rodríguez, dirección: como quedó en video.</p>	<p>Dictamen folios 440-453, allí concluyó:</p> <p><i>“... por lo que se puede concluir en el presente caso, que si bien el paciente consulta y es atendido oportunamente en los servicios de urgencia, se interconsulta a cirugía, se solicitan los exámenes de laboratorio y de imágenes pertinentes y se actúa congruentemente con las impresiones diagnosticas se practica abordaje quirúrgico para este paciente, no se encuentra una conducta dolosa en la conducta quirúrgica que finalmente resuelve el cuadro; las secuelas de la operación son las esperadas para este tipo de procedimiento y la posibilidad de complicaciones posoperatoria está enmarcada en los porcentajes analizados la valoración del abdomen a pesar de los múltiples avances tecnológicos de precisión sigue siendo difícil en cuadros atípicos y precisa de una gran experticia y una alto índice de sospecha para corroborar los diagnósticos, a pesar de ser evaluado en varias oportunidades por peritos expertos en el tema caso demuestra que aún sigue siendo el abdomen difícil de valorar con 100% de precisión”.</i></p> <p>El apoderado de la parte demandada pregunta (récord: 1.59.03):</p> <p>¿Las guías son obligatorias para el 2012, para manejo abdominal? las guías de maneja son un camino en el cual se le dice a las personas una forma de enfocar el paciente, pero no son obligatorias porque cada paciente es diferente. Guías mandatarias son muy pocas, el Ministerio agrega que las guías no son 100% y deben adaptarse a cada situación.</p> <p>En la atención inicial, el paciente llega por un dolor abdominal, que tiende a la mejoría, por lo que le dan de alta y le dan los signos de alarma por los cuales debe volver si se presentan.</p> <p>El dolor abdominal es un síntoma que puede tener causas intra o extra abdominal. El abdomen agudo es un síndrome puede ser quirúrgico esto es que se tenga que tratar con cirugía y no quirúrgica.</p>

	<p>Diferencia entre abdomen agudo (síndrome de patologías intra abdominales) y abdomen intenso (se mide en escala de dolor de 1 a 10).</p> <p>Para llegar a abdomen agudo se revisa historia clínica, los síntomas asociados, los antecedentes, los exámenes físicos, el abdomen agudo es de aparición súbita que va aumentando. En el examen físico debe haber taquicardia y debe haber deshidratación, defensa abdominal, irritación peritoneal.</p> <p>Con abdomen agudo debe revisarse las causas del mismo y ahí se puede orientar el especialista para determinar qué tipo de exámenes se realice. Luego se revisan imágenes diagnósticas, se puede incluso llegar a la laparotomía.</p> <p>Si sale positiva se confirma el diagnóstico, si sale negativa lo descarta y lleva a seguir con los exámenes.</p> <p>La afección de abdomen es de muy difícil diagnóstico y también el exceso de información puede dilatar las acciones.</p> <p>Para el 12 de febrero de 2012 la atención fue pertinente, no existía diagnóstico de abdomen agudo y la conducta era que el paciente estuviera en observación, dentro o fuera del hospital.</p> <p>El tiempo no determina la aparición de una peritonitis; hay peritonitis graves con 4 horas de evolución y hay cuadros con 48 horas que no desarrollan peritonitis.</p> <p>Hay gente que se va con el diagnóstico y personas que necesitan posteriormente intervenciones o exámenes muy costosos.</p> <p>Causas para no dejar al paciente dentro del hospital: el primero la mejoría, la segunda la congestión de emergencias, la tercera que no exista peligro de su vida.</p> <p>En la segunda atención, referencia a un cambio en el lugar del dolor, la patología es inflamatoria, se hospitaliza al paciente, se toma de nuevo laboratorios y se re examina de fondo al paciente y se ve si hay aparición de otros síntomas e interconsulta con los especialistas de la clínica, para que determinen si hay un abdomen agudo u otra cosa.</p> <p>Lo que se encontró fue una peritonitis localizada y no generalizada como se pensaría con un cuadro de tres días de evolución.</p> <p>Hay dos tipos de buscapina, la simple que solo quita los espasmos, se usa para descartar los espasmos intestinales relacionados con diarreas y la buscapina compuesta que tiene analgésica que quita el espasmo y el dolor parietal que si puede enmascarar y en la historia clínica se ve que se utilizó la buscapina simple.</p> <p>Semiológicamente el dolor tipo cólico está indicado que use estos medicamentos y si el dolor tipo inflación se usan otro tipo de medicamentos.</p> <p>La buscapina no tiene un efecto parietal.</p> <p>La patología del paciente fue diagnóstica y tratada a tiempo y siempre se tendrá una cicatriz las cirugías.</p> <p>El señor tuvo un cuadro de apendicitis bizarra, no es común, en vista de que hay una dificultad diagnóstica que no riñe con una conducta idónea, no está mal encaminada.</p>
--	---

	<p>El cuadro clínico estaba solamente en el apéndice, la peritonitis estaba localizada, se hizo la intervención con cuadro de evolución satisfactoria.</p> <p>Se le concede el uso de la palabra al apoderado de la demandante (récord: 2.33.38):</p> <p>El perito manifestó que su dictamen fue realizado en la historia clínica que le entregaron.</p> <p>El dolor abdominal requiere un estudio juicioso. En la medida de lo posible sí, hay que decir que hay un tema de tiempo, para llegar a una conclusión hay que estudiar a los pacientes.</p> <p>La etiología o diagnóstico hay que hacer un estudio con la variable tiempo.</p> <p>¿Cuál fue el diagnóstico del paciente para el 12 de febrero de 2012? No hay diagnóstico, hay una impresión diagnóstica, hay que hacer exámenes para determinar, incluyendo exámenes que en este caso estuvieron normales, y se sigue en observación.</p> <p>Existió tratamiento el 12 de febrero, si se le pusieron líquidos, se puso en observación, se puso antiácido, ante la impresión diagnóstica. Para la salida solo le dieron información sobre signos de alarma no hay formula.</p> <p>La observación se hace en la casa, el diagnóstico no.</p> <p>La <i>lex artis</i> se basa además de la literatura y la evidencia en exámenes clínico, exámenes diagnósticos, secuencia lógica de pensamiento, tiene todas las consideraciones analíticas.</p> <p>Aclara que la impresión diagnóstica es una gastroenteritis y el diagnóstico fue la peritonitis.</p> <p>Ministerio de salud tiene un manual que indica que las guías son declaraciones que tiene recomendaciones.</p> <p>La palabra de dolo es respecto de acción omisión y puramente técnico no desde la óptica del derecho.</p> <p>La parte actora impetró objeción 3.09.42.</p> <p>Traslado al perito para que se pronuncie sobre la objeción formulada en los términos de Artículo 238 del CPC. (record:3.13.18)</p> <p>Afirmó que su dictamen no es sobre las normas, las escalas se pueden hacer de manera retrospectiva y es cierto que no estén en la historia clínica, como parte del enfoque diagnóstico del paciente.</p> <p>Las escalas Alvarado Y ripasa se puede hacer de manera retrospectiva para evaluar el tratamiento dado al paciente.</p> <p>Escala de Glasgow es una escala para determinar pacientes. Lo mismo que la de Alvarado para orientar diagnósticos.</p> <p>El peritazgo es sobre un tema clínico, en el que el perito dice que no hace inferencias, sino que hace un dictamen de acuerdo a la ciencia médica.</p>
--	---

Respeto de la tacha por idoneidad al perito Mario Roberto Santamaría Sandoval obrante a folio 430 del expediente y la misma se resolvió en audiencia de pruebas del 18 de junio de 2019 no concediéndose (Récord 1:24:24).

Empero se resalta en este apartado que en todo caso en la valoración se tomará en cuenta lo establecido al efecto en el art. 232 del Código General del Proceso que dice: *“El juez apreciará el dictamen de acuerdo con las reglas de la sana crítica, teniendo en cuenta la solidez, claridad, exhaustividad, precisión y calidad de sus fundamentos, la idoneidad del perito y su comportamiento en la audiencia, y las demás pruebas que obren en el proceso”*.

Testimonios

Se tuvieron por desistidos en audiencia de pruebas los testimonios de:

- Testigos solicitados por la parte actora
 1. Ana Janeth Salazar
 2. Ángela María Paredes Ebratt.
 3. Diego Rafael Centeno Dávila.
- Testigos solicitados por la parte demandada
 4. Mauricio Parra Caicedo
- Testimonios conjuntos
 5. Javier Adolfo Mozo Ortiz

4. CONSIDERACIONES

4.1 PRESUPUESTOS PROCESALES

4.1.1 Legitimación en la Causa

a. Legitimación en la causa por activa:

De conformidad con lo expresado en el artículo 140 de la Ley 1437 de 2011, cualquier persona interesada en la reparación del daño antijurídico producido por la acción u omisión de los agentes del Estado, en los términos del artículo 90 de la Constitución Política, podrá impetrar este medio de control.

Así, se demostró en el plenario que Daniel Felipe Beltrán Cruz, presunta víctima directa del daño, fue usuario del Hospital Militar Central, por urgencias, desde el día 12 de febrero hasta el 16 de febrero de 2012” (fl 14-82). En cuanto a los demandantes de acuerdo a los siguientes documentos se tiene demostrada la familiaridad y por ende la legitimidad:

Demandantes	Parentesco	Folio.
Daniel Beltrán Martínez	papá	3 c.1
María Yined Cruz Salazar	mamá	3 c.1
Dana Carolina Beltrán Cruz	Hermana (1997)	8 c.1
Jerley Andrea Rueda Garzón	esposa	4 c.1
Valeria Beltrán Rueda	Hija (2011)	11 c.1

b. Legitimación en la causa por pasiva:

Se tiene por legitimado en la causa por pasiva al Hospital Militar Central al encontrarse demostrado que esa entidad atendió a Daniel Felipe Beltrán Cruz por una urgencia médica presentada desde el 12 al 16 de febrero de 2012, según historia clínica folios 14-82 c.1.

c. Caducidad de la acción

Se observa que no hay lugar que opere la figura de caducidad del medio de control de reparación directa (Art. 164 No. 2 Lit. I de la Ley 1437 de 2011) pues se advierte que el presunto daño ocurrió el 16/02/2012, siendo presentada la demanda dentro del proceso de la referencia el 9 de mayo de 2014 (fl. 125 c.1), después de haber surtido el trámite de conciliación prejudicial, cuya solicitud fue radicada el 6 de febrero de 2014 y el término de caducidad suspendido hasta el 30 de abril de 2014 (fls. 161-162 c.2).

Por lo cual se tiene que los demandantes acudieron a la jurisdicción sin que hubiese operado el fenómeno de la caducidad del medio de control ya que se vencía el 11 de mayo de 2014.

4.2. Problema jurídico

“Con fundamento en el caudal probatorio, establecer la responsabilidad patrimonialmente del Hospital Militar Central por la presunta falla en el servicio y pérdida de oportunidad ocasionadas en la atención médica prestada al señor Daniel Felipe Beltrán Cruz entre el 12/02/2012 y el 16/02/2012.

¿Se generó un daño antijurídico a causa de ello? ¿Es imputable tanto material como jurídicamente a las demandadas Ministerio de Defensa y Hospital Militar Central?

Una vez resuelto lo anterior, determinar si se configuró una causal exonerativa de responsabilidad.”.

4.2.1. Tesis del Despacho

Conforme a la reiterada jurisprudencia del Consejo de Estado, casos como el que nos ocupa es tratado bajo el título de imputación de falla del servicio probada, que debe ser demostrada por quien la alega. En el presente caso no se encuentra demostrada razón por la no se accederá a las pretensiones.

4.2.2. De la objeción al dictamen pericial

De conformidad con el artículo 220 de la Ley 1437 de 2011, vigente para el momento en que se hizo la controversia del dictamen, estableció que este podía ser objetado por las partes siempre y cuando tuviera relación directa con el asunto tratado en el peritaje, teniendo la posibilidad de sustentar su dicho a través de otro dictamen pericial o mediante testimonio técnico.

Al respecto el Consejo de Estado² estableció que “*debe tratarse de un error de tal magnitud que, de no haberse presentado, otro hubiera sido el sentido del dictamen rendido por los peritos, por lo cual, el yerro debe ser tan significativo que las conclusiones a las cuales conduzca, sean ostensiblemente equivocadas*”.

² Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera, C.P. Hernán Andrade Rincón, sentencia del 8 de febrero de 2017, Exp. 08001-23-31-000-1998-00663-01(38432).

El error grave conceptualmente consistía entonces en una diferencia entre la realidad del objeto de estudio y la representación mental que de él hiciera el experto.

La Corte Suprema de Justicia sobre el error grave dijo:

“(...) si se objeta un dictamen por error grave, los correspondientes reparos deben poner al descubierto que el peritazgo tiene bases equivocadas de tal entidad o magnitud que imponen como consecuencia necesaria la repetición de la diligencia con intervención de otros peritos...”⁴⁰ pues lo que caracteriza desaciertos de ese linaje y permite diferenciarlos de otros defectos imputables a un peritaje, “...es el hecho de cambiar las cualidades propias del objeto examinado, o sus atributos, por otras que no tiene; o tomar como objeto de observación y estudio una cosa fundamentalmente distinta de la que es materia del dictamen, pues apreciando equivocadamente el objeto, necesariamente serán erróneos los conceptos que se den y falsas las conclusiones que de ellos se deriven...”

En el proceso se decretó la práctica de un dictamen pericial con intervención de peritos especialistas en cirugía para determinar las condiciones clínicas del paciente mediante el estudio de la historia clínica, que permita a su vez responder el cuestionario elaborado por el Hospital hoy accionado.

En el asunto la parte demandante formuló objeción al dictamen pericial del Doctor Arturo Vergara Gómez, visible a folios 441 a 460 del C.2, récord 3.09.42 argumentando que:

1. El perito no había hecho referencia a las guías del Ministerio de Salud o Protección Social referentes al tema y que al efecto había dicho que las guías no eran mandatarias en su mayoría, pero lo cierto es que cuando se aparta el médico tenía que llamar a un especialista; afirmó que existe la autonomía del médico y que la ley 1751 de 2015 artículo 17; el Decreto 1011 de 2006 y la resolución 1046 del 2006 son normas reglamentarias del sistema de calidad.
2. El dictamen carecía de fundamento de acuerdo a la bibliografía utilizada por el perito de la parte accionada.

El Dr. Vergara al momento de descorrer la objeción afirmó:

1. Respecto a las escalas Alvarado y ripasa no se menciona en la historia clínica que el médico tratante las haya usado para dar la primera salida del paciente.
1. Frente a la ecografía se mencionó que no era definitiva la impresión diagnóstica, pese a que es necesario para un diagnóstico.
2. El objeto del dictamen no son las normas o las escalas se pueden hacer de manera retrospectiva para mirar cómo está el paciente y es cierto que no están en la historia clínica, pero no se encontró que eso sea mandatorio de parte del hospital militar, como parte del enfoque diagnóstico del paciente.
3. La escala de glascop mencionada en la objeción no se aplicaba porque se usaba para determinar el tipo de pacientes y el status del mismo; en cuando a la escala de Alvarado mencionó que era orientadora para poder hacer una aproximación diagnóstica.

Para elaborar el dictamen, el perito manifestó que revisó la historia clínica y atendió la solicitud probatoria de la parte, indicando que no era sobre las normas o las escalas enunciadas por el demandante.

Así las cosas, esta jueza concluye que la objeción formulada por la demandante no está llamada a prosperar, si se considera que las inconformidades planteadas, de una parte, se refieren a aspectos no comprendidos en el cuestionario y de otra, comprenden aspectos que pudieron ser objeto de complementación. Además de divergencias puramente conceptuales.

En este caso no existe razón alguna para determinar que se presenta una diferencia entre la realidad plasmada en la historia clínica y las conclusiones a las que se llegó por el perito. Además, debe indicarse que la mentada objeción, pese a haber sido admitida y tramitada, carece de absoluta fundamentación probatoria, ya que, en el momento de sustentarla, en el *sub lite* el único soporte fue el simple decir del apoderado de la parte demandante.

Lo que se alega parece obedecer más a una divergencia de opiniones. Al efecto, dentro de la audiencia de pruebas, en la controversia del dictamen, el auxiliar de la administración de justicia advirtió que las guías son un paso a paso que pueden ayudar al diagnóstico, pero no constituyen una camisa de fuerza ya que la *lex artis* se basa además de la literatura y la evidencia en exámenes clínicos, exámenes diagnósticos, secuencia lógica de pensamiento, tiene todas las consideraciones analíticas y que el Ministerio de Salud tiene un manual que indica que las guías son declaraciones que tiene recomendaciones.

Al efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social en la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano³ define:

“Una Guía de Práctica Clínica (GPC) se define como el conjunto de afirmaciones, desarrollado de manera sistemática, para asistir a médicos y pacientes en la toma de decisiones sobre atención en salud apropiada para circunstancias específicas [1]. En ese sentido, la calidad de una GPC se habrá de juzgar en función de la claridad de sus recomendaciones, de su factibilidad, de su validez científica y, en últimas, la evaluación de una GPC también dependerá de la medida en que efectivamente logre su objetivo primordial: influenciar las decisiones clínicas en contextos específicos”.

El Ministerio de Salud también en la guía de implementación práctica clínica explicó que:

“Finalmente, no hay “recetas mágicas” que sirvan de la misma forma para todas las GPC o para todas las IPS. En términos generales, dichas revisiones sistemáticas hallaron que los diferentes procesos de difusión e implementación de las GPC podrían generar algún cambio en el comportamiento de los profesionales, pero también concluyen que las estrategias de implementación de las GPC tienen más probabilidades de ser eficaces si se tiene en cuenta el entorno local, se utilizan intervenciones activas de educación, y simultáneamente se utilizan recordatorios específicos para los pacientes”⁴.

El Decreto 1011 del 3 abril 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud indicó que se exceptúa de su campo de aplicación a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, en su artículo uno así:

“Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

³ Tomada de:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Gu%C3%ADa%20Metodol%C3%B3gica%20para%20la%20elaboraci%C3%B3n%20de%20gu%C3%ADas.pdf>

⁴ Tomado de:

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Guia_implementacion_practica_clinica_basada_en_evidencia.pdf

*Así mismo, a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SOGCS- de que trata este decreto, **excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional**, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, o con Entidades Territoriales”.*

Por lo expuesto, se encontró que el Decreto 1011 del 3 abril 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud que resaltaba el profesional objetor del peritazgo no le es aplicable a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, en este caso el hospital militar y por ende su resoluciones reglamentarias, además conforme lo indicó el perito no es solo con el uso de las guías que se cumple la *lex artis* si no con la valoración conjunta de los profesionales y la observación del paciente, literatura, la evidencia en exámenes clínicos, exámenes diagnósticos, secuencia lógica de pensamiento, con todas las consideraciones analíticas sumado a que la interpretación de las guías y la literatura debe estar mediada por un experto.

Teniendo en cuenta que las objeciones se refirieron a imprecisiones en el peritazgo, y que las mismas si fueron aclaradas y corroboradas, será negada la objeción al dictamen, al carecer de fundamento fáctico, encontrándose que la experticia presentada guarda relación con la historia clínica.

Lo anterior, sin perjuicio de la valoración crítica que corresponde a esta funcionaria judicial.

4.2.3. Régimen de responsabilidad aplicable en el caso.

Según lo dispuesto en el artículo 90 de la Carta Política, la responsabilidad patrimonial tiene como centro de discusión la determinación de un daño antijurídico causado a un administrado, y la imputación de este en cabeza de la administración pública¹ tanto por acción, como por omisión. Dicha imputación exige la revisión de la imputabilidad fáctica y jurídica. El esquema lo resume el doctor Enrique Gil Botero así:



En términos de José Ignacio Manrique Niño: “se supera así, el esquema que se seguía anteriormente para declarar la responsabilidad del Estado, en el cual primero se miraba el hecho, luego se determinaba la culpa de la administración, posteriormente se analizaba la relación de causalidad y finalmente, se establecía el daño. Hoy en día, por el contrario, lo primero que se determina es la existencia del daño, luego se analiza si es o no antijurídico, y posteriormente se precisa qué fue lo que lo originó, lo que conlleva indagar por la causalidad” (Manrique Niño, 2009).

El daño antijurídico es un concepto que tiene una evolución constante en la jurisprudencia del Consejo de Estado, en cuanto se adecúa y actualiza a la luz de los principios del Estado Social de Derecho y de realidad social, tal como lo ha esgrimido la Corte Constitucional en sentencia C-333 de 1996².

Este puede ser definido como la “lesión real y evaluable económicamente de un derecho o de un bien jurídico protegido al interesado o a un grupo de ellos, que no están en el deber jurídico de soportar” (Ruíz Orejuela, 2010, pág. 3) o como “el detrimento o demérito que sufre una persona en sus derechos o en sus sentimientos” (Cubides Camacho, 1999, pág. 193).

En cuanto al principio de imputabilidad³, se tiene que solo es dable la indemnización del daño antijurídico por parte del Estado cuando existe el debido sustento fáctico y encaja la atribución jurídica en los hechos narrados en el caso⁴.

En la imputación se revisa la conducta estatal y el denominado nexo causal.

Para realizar una introducción de los títulos de imputación, la doctrina ha coincidido en señalar que tiene su fuente principal en la teoría de la culpa (objetivizada)⁵ (Rodríguez Rodríguez, Derecho Administrativo General y Colombiano, 2013, pág. 616) o falla del servicio, que es una responsabilidad directa, consistente en la producción de un daño debido a que una persona pública no ha actuado cuando debía hacerlo, ha actuado mal o ha actuado tardíamente (Rodríguez Rodríguez, Derecho Administrativo General y Colombiano, 2013, pág. 616).

No obstante, es incorrecto afirmar que la única fuente hoy de imputación es la falla en el servicio toda vez que a nivel judicial se ha venido reconociendo la existencia de la responsabilidad estatal sin que se presente el concepto de la culpa, es decir, como expresión de la responsabilidad objetiva, tal es el caso de la responsabilidad por daño

especial, la responsabilidad por riesgo excepcional, la responsabilidad por trabajos públicos, la responsabilidad por expropiación y ocupación de inmuebles en caso de guerra, la responsabilidad por almacenaje, la falla del servicio presunta (Rodríguez Rodríguez, Derecho Administrativo General y Colombiano, 2013, pág. 620).

De la responsabilidad por la prestación de los servicios de salud

Ahora bien, con relación a la responsabilidad por la prestación de los servicios de salud incluidos aquellos que se relacionan con actos médicos, hoy día la jurisprudencia lo resuelve con la regla general de la falla del servicio como título de imputación la cual deberá ser aprobada por parte del demandante⁵, a menos que resulte extraordinariamente difícil o prácticamente imposible demostrar dicha falla y la carga se torne excesiva⁶.

En efecto, el Consejo de Estado se pronunció en sentencia del 5 de marzo de 2015⁷:

“La Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual aquella es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, de suerte que se exige acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste. En materia médica, para que pueda predicarse la existencia de una falla, la Sala ha precisado que es necesario que se demuestre que la atención no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance.”

Siguiendo la misma línea el Consejo de Estado ha determinado que el servicio médico no solo comporta la *praxis* en sí misma, sino que además comprende una dimensión estructural, que debe ser organizada de tal manera que la prestación del servicio de salud sea eficiente, oportuna y libre de trámites innecesarios, siendo descrita así:

“Para efectos del caso concreto, se ha de resaltar que una dimensión importante de la diligencia en el servicio médico, tiene que ver con la prestación efectiva y pronta del mismo, esto es, con la garantía de la atención, el ingreso, la celeridad, la calidad del servicio y la evitación de trámites innecesarios. En resumen, parte de la humanización a la que debe propender el servicio médico, consiste en la implementación de procedimientos logísticos que agilicen y optimicen la atención al usuario, de modo que éste no vea agravada su situación con innecesarias dilaciones burocráticas o deficiencias en la dotación de elementos al igual que de personal médico, paramédico o asistencial.

Por lo anterior, se debe resaltar que la negligencia alegada en los casos de responsabilidad médica no solamente se limita a la mala praxis, por parte del personal tratante, sino que puede darse también en virtud de un desorden infraestructural (ya sea de la Institución médica o del sistema de salud como un todo) por cuya causa, los médicos tratantes ven entorpecida su actuación, aunque, en el caso concreto, actúen dentro de los parámetros de la diligencia posible. En resumen, la negligencia puede ser profesional, pero también sistemático-institucional (...)”⁸

Así mismo, el Consejo de Estado ha establecido que “...involucra, de una parte, el acto médico propiamente dicho, que se refiere a la intervención del profesional en sus distintos

⁵ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B. Sentencias del 10 de marzo de 2011, exp. 19.347 y del 09 de febrero de 2011, Exp. 18793, ambas del M.P. Mauricio Fajardo Gómez. Ver también en este sentido sentencia del 28 de abril de 2011, exp. 19.963 y 10 de febrero de 2011, exp. 19.040, en ambas M.P. Danilo Rojas Betancourt. También las sentencias del 27 de abril de 2011, exp. 19.122; del 07 de abril de 2011, exp. 19.759.

⁶ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 26 de marzo de 2008, Rad. 15.725, MP: Ruth Stella Correa Palacio.

⁷ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C. Sentencia del 5 de marzo de 2015. CP: DANILO ROJAS BETANCOURTH. Radicación número: 50001-23-31-000-2002-00375-01(30102)

⁸ Consejo de Estado - Sala de lo Contencioso Administrativo - Sección Tercera - consejera Ponente: Stella Conto Díaz del Castillo - Bogotá, D.C. 31 de mayo de 2016 - Radicación Número: 17001-23-31-000-2002-11611-01(33650)

momentos y comprende particularmente el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, incluidas las intervenciones quirúrgicas, y de otra, todas aquellas actuaciones previas, concomitantes y posteriores a la intervención profesional, que operan desde el momento en que la persona asiste o es llevada a un centro médico estatal, actividades estas últimas que están a cargo del personal paramédico o administrativo. Todas estas actuaciones integran el “acto médico complejo”, que la doctrina, acogida por la Sala clasifica en: (i) actos puramente médicos; (ii) actos paramédicos, que corresponden a las acciones preparatorias del acto médico, que por lo general son llevadas a cabo por personal auxiliar, en la cual se incluyen las obligaciones de seguridad; y (iii) los actos extra médicos, que corresponden a los servicios de alojamiento y *manutención del paciente*”⁹.

Por consiguiente, el título dependerá del análisis que cada caso conlleve y respecto de las circunstancias particulares en que se suceda. Frente a este tipo de responsabilidad el máximo tribunal de lo contencioso administrativo expuso: “Las obligaciones médicas son de medio y no de resultado: “En este punto de la providencia resulta oportuno señalar que la jurisprudencia ha sido reiterada en destacar que la práctica médica debe evaluarse desde una perspectiva de medios y no de resultados, razón por la cual los galenos están en la obligación de realizar la totalidad de procedimientos adecuados para el tratamiento de las patologías puestas a su conocimiento, procedimientos que, como es natural, implican riesgos de complicaciones, que, de llegar a presentarse, obligan al profesional de la medicina, de conformidad con la *lex artis*, a agotar todos los medios que estén a su alcance para evitar daños mayores y, de así hacerlo, en ningún momento se compromete su responsabilidad, incluso en aquellos eventos en los cuales los resultados sean negativos o insatisfactorios para la salud del paciente”.¹⁰

En cuanto a la evolución jurisprudencial del título de imputación en estos casos a título esquemático se tiene:



⁹ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 08/08/2018 Radicación número: 05001-23-31-000-2002-00774-01(45138).

¹⁰ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, sentencia de 6 de diciembre de dos mil 2017, exp 43847. sentencia del 27 de enero de 2016, proferida por esta Subsección, con ponencia del Magistrado Hernán Andrade Rincón, Expediente: 29.728”.

Falla presunta Grado de probabilidad

- *el nexo de causalidad queda probado "cuando los elementos de juicio suministrados conducen a un grado suficiente de probabilidad" se dijo en esa oportunidad que, si bien no existe certeza... existe una alta probabilidad de que la causa de la invalidez de la menor hubiera sido la falla de la entidad demandada, probabilidad que además fue reconocida por los médicos que laboraban en la institución, sentencia del 3 de mayo de 1999, exp. 11169

Falla presunta: indicios

- *i) al demandante le corresponde probar la falla del servicio, salvo que resulte "excesivamente difícil o prácticamente imposible" hacia; ii) además de aportar la prueba de la relación de causalidad, la cual podrá acreditarse mediante indicios en los casos en los cuales "resulte muy difícil -si no imposible- la prueba directa de los hechos que permiten estructurar ese elemento de la obligación de indemnizar"; iii) en la apreciación de los indicios tendrá especial relevancia la conducta de la parte demandada, sin que haya lugar a exigirle en todos los casos que demuestre cuál fue la causa efectiva del daño; iv) la valoración de esos indicios deberá ser muy cuidadosa; v) el análisis de la relación causal debe preceder al de la falta del servicio, 31 de agosto de 2006, exp. 15772; 30 de noviembre de 2006, exp. 15201-25063

Falla probada: régimen amplio probatorio

- *La desigualdad que se presume del paciente a sus familiares para aportar la prueba de la falta, por la falta de conocimiento técnico, o por las dificultades de acceso a la prueba, o su cotencia de recursos para la práctica de un dictamen técnico, encuentran su solución en materia de responsabilidad estatal, gracias a una mejor valoración del juez de los medios probatorios que obran en el proceso, en particular de la prueba indiciaria, que en esta materia es sumamente relevante, con la historia clínica y los indicios que pueden constituirse de la renuencia de la entidad a aportarla o de sus deficiencias y con los dictámenes que emiten las entidades oficiales que no representan costos para las partes, 31 de agosto de 2006, exp. 15772; 28 de septiembre de 2012, exp. 22424

Así las cosas, en consideración a que el presente proceso va encaminado a la reparación de los daños sufridos por la presunta falla en el servicio y pérdida de oportunidad en la atención de salud prestada Daniel Felipe Beltrán Cruz entre el 12/02/2012 y el 16/02/2012; se aplicará el régimen de responsabilidad del estado por falla del servicio probada para el caso bajo estudio.

4.2.3 Caso concreto

Daniel Felipe Beltrán Cruz para el año 2012 era Teniente y trabajaba en la fuerza área colombiana, con código militar 1077845501, según se registra a folios 9 y 10, que fue atendido en el Hospital Militar Central el 12 de febrero de 2012, según da cuenta la historia clínica a folios 14-82.

Se observa que está debidamente probada la existencia del daño a la salud aducido, puesto que en el plenario obra calificación de la Junta Médica de Calificación de Invalidez de Bogotá D.C. y Cundinamarca de Daniel Felipe Beltrán Cruz practicada el 25 de julio de 2019 donde se concluyó que:

"Se trata de paciente con historia de apendicitis- peritonitis que requirió laparotomía exploratoria por apéndice perforado, no refiere en historia clínica secuelas residuales tipo obstrucción intestinal, bridas o procedimientos quirúrgicos de urgencias adicionales"

Le califican una deficiencia total de 2.47%, por el diagnóstico de apendicitis aguda no especificada e historia personal de otros tratamientos médicos (fl. 516-517).

Así las cosas, se encuentran probado el daño alegado, procediendo a realizar el estudio de la imputabilidad jurídica del mismo a la entidad demandada.

Se itera que este caso se enmarca dentro del régimen de responsabilidad subjetivo, a través del título de imputación de la falla probada del servicio, lo cual implica que le corresponde a la parte demandante demostrar los supuestos bajo los cuales pretende sea estructurada a la responsabilidad de la entidad demandada.

Dentro del caso que nos ocupa el despacho no encontró responsable al Hospital Militar por presunta falla médica por falta de oportunidad en la atención y error en diagnóstico como se pasa a exponer:

Las imputaciones de la parte demandante son porque el cuadro clínico inicial se complicó según su decir por falta de un diagnóstico oportuno por parte del Hospital Militar y la prolongación del tiempo para hacer la cirugía llevando al surgimiento de una peritonitis, por lo que no estaba el paciente obligado a soportar la larga espera y falta de oportunidad en la atención y error en diagnóstico, ni la lesión inicial con sus complicaciones.

Al respecto, cabe señalar que en el plenario obran la historia clínica de la atención médica prestada por el Hospital Militar Servicio de Urgencias, de la cual se logra extraer lo siguiente sobre la atención brindada a Daniel Felipe Beltrán Cruz:

Fecha y hora de la atención	Lugar de atención	Especialidad	Anotación	Folio
12/02/2012	Hospital Militar Central	Servicio de Urgencias	<p>4:40 am. Paciente con cuadro clínico de 2 horas de evolución consistente en dolor abdominal tipo cólico generalizado de intensidad 7/10 en la escala subjetivo del dolor asociado a distensión abdominal y episodios eméticos de contenido alimentario... niega picos febriles.</p> <p>Paciente en aceptables condiciones generales alerta, algico, no se palpan masas o visceromegalias, no signos de irritación peritoneal...</p> <p>Impresión diagnóstica: 1. Dolor abdominal en estudio 2. Intolerancia o vía oral ... Paciente quien persiste con dolor abdominal generalizado, sin signos de irritación peritoneal al examen físico, por persistencia del dolor se decide solicitar ecografía abdominal total.</p>	49 c.3.
8:00	Hospital Militar Central	Servicio de Urgencias	<p>Refiere sentirse mejor, persiste dolor abdominal generalizado, náuseas, ..., no fiebre Hemograma wbc 9200 ...66% hb 16 hto47% Plt 254000 ... Pendiente ecografía abdominal</p>	51 c.3
	12:58		<p>Paciente leve mejoría de dolor abdominal con laboratorios dentro de los límites normales sin embargo paciente quien tenía lev cerrado por lo que no paso medicación (buscapina) se espera continuar con hidratación y valoración e 1 hora</p>	52 c.3
	14:20	Medicina General	<p>Dolor abdominal... refiere resolución del dolor, no vomito, no fiebre, no diarrea ... abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, no masas, no megalias, no signos de irritación peritoneal</p>	52 c.3
12/02/2012	7:00 am	Enfermería	<p>Diagnostico dolor abdominal</p>	53 c.3
	8:00 am	Enfermería	<p>Se realiza eco abdominal Paciente estable, paciente definir</p>	53

	2:20	Enfermería	Sale paciente dado de alta por orden médica, abierta, con revisión y ordenes médicas	53 c.3
12/02/2012		Ecografía abdominal	<p><i>Hígado de forma, y tamaños normales, sin lesiones focales O difusas en su 10f. Aumento difuso de su ecogenicidad en relación con infiltración grasa. Vesícula biliar discretamente distendida de paredes delgadas, sin evidencia de cálculos o barro biliar en su interior.</i></p> <p><i>Vía biliar intra y extrahepática de aspecto normal. Páncreas y retroperitoneo parcialmente visualizados por interposición de gas.</i></p> <p><i>Bazo de forma, y ecogenicidad normal, sin lesiones intraparenquimatosas. Riñones de forma, tamaño y ecogenicidad normal, sin dilatación pielocacilial. no hay colección peri o pararenal</i></p> <p><i>Vejiga pobremente distendida no valorable.</i></p> <p><i>No se observa líquido libre en cavidad,</i></p> <p>OPINION: HIGADO GRASO</p>	54 c.3
13-02-2012	16:46:15	2 urgencia vital	<p><i>Dolor abdominal intenso</i></p> <p><i>Dolor abdominal intenso que aumenta con la ingesta de alimentos</i></p> <p><i>Egreso ayer de observación por dolor abdominal con paraclínicos normales</i></p> <p><i>...asociado a #5 episodios de emesis el sábado, hoy no nauseas ni emesis, hoy #2 deposiciones verdosas, no moco ni sangre, fiebre no cuantificada</i></p>	58-59 c.3 60 c.3
13/02/2012	16:49:04		<p><i>...persiste con dolor abdominal intenso asociado a ello presenta marcada elevación de leucocitosis con neutrofilia con respecto a paraclínicos previos de hace 2 días, motivo por el cuales se decide complementar paraclínicos tanto de laboratorio como de imágenes diagnosticas, además de ello por el deterioro que presenta en estos momentos el pcte4 se solicita valoración</i></p> <p><i>Se decide dejar en observación, para hidratación y toma de paraclínicos</i></p>	61 c.3 62
14/02/2012	2:00		<p><i>Ecografía abdomen total incluye hígado páncreas vesícula biliares riñones bazo grandes vasos pel</i></p> <p><i>Dolor abdominal asociado a signos clínicos de peritonitis</i></p> <p><i>Marcada elevación de leucocitos con respecto a hemograma previo de hace 2 días</i></p>	62 c.3 64
14/02/2012			<p><i>Paciente masculino quien interconsulta por cuadro abdominal, dados los signos clínicos y la evidencia paraclínica que muestra PCR elevada y leucocitos con neutrofilia se considera que el paciente cursa un cuadro diarreico agudo por lo cual se decide dejar en observación y realizar ecografía abdominal de acuerdo a evolución</i></p>	71

14/02/2012		Respuesta a interconsulta Urgencias observación	<i>paciente cursa un cuadro diarreico agudo por lo cual se decide dejar en observación y realizar ecografía abdominal de acuerdo a evolución</i>	72
	09:42:30	URGENCIAS	<i>Paciente refiere persistencia de dolor, el cual se exagera con los movimientos corporales, refiere una deposición diarreica sin moco sin sangres en horas de la mañana y la sensación de estar distendido</i>	75 c.3
14/02/2012	09:37 am	Orden de hospitalización	<i>Paciente con cuadro de apendicitis aguda, que será llevado a cirugía y requiere seguimiento de piso</i> <i>... en el momento presenta abdomen con signos de irritación peritoneal y dolor a la palpación de mayor intensidad en la fosa iliaca derecha por lo anterior se sospecha un cuadro de apendicitis aguda con peritonitis, por lo que se ordena un bolo de 2000 cc de lev, antibiótico una dosis y se firman consentimientos informados y se realiza boleta de cirugía de urgencia.</i>	77 76
14/02/2012	17:14:22		<i>El paciente suscribe autorización de servicios</i>	Fl. 246 c.1
14/02/2012	12 pm	Descripción quirúrgica	<i>PROCEDIMIENTOS LAPAROTOMIA EXPLORATORIA 7121</i> <i>APENDICECTOMIA 77%</i> <i>DX DE INGRESO APENDICITIS CON PERITONITIS GENERALIZADA K350</i> <i>DX DESALIDA APENDICITIS PERFORADA CON PERITONITIS LOCALIZADA K3530</i> <i>HALLAZGOS: APÉNDICE CECAL GANGRENOSA. CON PERFORACIÓN EN LA BASE Y EN LA PUNTA CON PERITONITIS LOCALIZADA, RESTO DE CAVIDAD LIMPIA LIQUIDO DE REACCION PERITONEAL EN FONDO DE SACO DE DOUGLAS</i> <i>DESCRIPCIÓN:</i> <i>PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA. COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES. INCISIÓN</i> <i>LAPAROTOMIA MEDIANA INFRAUMBILICAL DISECCIÓN POR PLANOS. INGRESO A CAVIDAD</i> <i>IDENTIFICACIÓN DE HALLAZGOS DESCRITOS UTILIZACIÓN DE SEPARADOR DE ALEXIS.</i> <i>DISECCION DE MESO PERIAPENDICULAR DE PUNTA A BASE. LIGADIURA CON SEDA 2-0.</i> <i>DOBLE LIGADURA TRANSFIXIANTE CON SEDA 2-0 EN BASE APENDICULAR. CORTE Y LAVADO DE LECHO</i> <i>EXCERESIS DE PIEZA OVIRURGICA. COAGULACIÓN DE MIUNON OUIRURGICO CON 500 CC DE SSN TIBIA. SEC4D0,</i>	84 C.3.

			LIMPIEZA DE GOTERA PARIETOCOLICA Y FONDO DE SACO DE DOMUGLAS CON COMPRESAS HUMEDAS PASO DE DREN DE PENROSE POR EL CONTRARIO APERTURA UBICANDO EN MUNON APENDICULAR. FLNACION CON SEDA 2-4 CIERRE DE APONEUROSIS CON VICRYL 4-0 LAVADO DE HERIDA CIERRE DE PIEL CON PROLENE INTADFRMICA NO COMPLICACIONES RECUENTO DE MATERIAL Y COMPRESAS COMPLETO COMPLICACIONES: NINGUNA SANGRADO NO	
14/02/2012	12 pm	Nota operatoria	...APENDICE CECLA GANGRENOSA CON PERFORACIÓN EN LA BSE Y EN LA PUNTA CON PERITONITIS LOCALIZADA RESTO CAVIDAD LIMPIA LIQUIDO DE REACCIÓN PERITONEAL EN FONDO DE SACO DE DOUGLAS	85
15/02/2012	4:08		...HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CON ADECUADA MEJORÍA DE SU CUADRO CLÍNICO ...	86 C.3.
16/02/2012			Salida	250 c.1

A folio 268 del cuaderno uno en la historia clínica aportada por la demandada se observa el consentimiento informado del 14 de febrero de 2012 suscrito por Daniel Felipe Beltrán Cruz para la intervención de laparotomía más apendicetomía, **desestimándose** desde ya la imputación de falta de este documento.

En la **Junta Médica No. 02-2013** del 14 de junio de 2013 del Ministerio de Defensa Hospital Militar Central, Servicio de cirugía (fl. 233 a 244 c.1), se analizó el caso y se explicó que:

“...se trata de un paciente con un cuadro de apendicitis aguda que inició con una sintomatología no específica de la misma y que emulaba un cuadro clínico compatible con gastroenteritis caracterizado por dolor abdominal, vómito, diarrea, sin irritación peritoneal ni leucocitosis inicialmente. A este respecto el análisis de la historia clínica es claro en determinar que los médicos de la unidad de urgencias actuaron diligentemente, realizando el ejercicio de aproximación diagnóstica con solicitud de exámenes paraclínicos sanguíneos (cuadro hemático, amilasa, pruebas de función hepática, parcial de orina), ecografía abdominal que fueron reportados como normales e iniciando tratamiento general con reposición hidroelectrolítica, ranitidina y antieméticos, como metoclopramida. Dado que en el examen físico, como quedó consignado en la historia clínica no se evidenciaba irritación peritoneal y los exámenes clínicos eran normales, se consideró que el dolor abdominal podría corresponder a una gastroenteritis en evolución y debido a que el tratamiento de medidas generales fue satisfactorio se dio de alta con las indicaciones expresas como consta en la historia clínica de acudir nuevamente a la institución en caso de reagudización de los síntomas o incremento del dolor abdominal, presencia de fiebre o vómito. A este respecto, es importante aclarar que la literatura médica es amplia en definir que el diagnóstico clínico de la apendicitis aguda se realiza por exclusión y que en sus fases iniciales puede ser compatible con signos y síntomas de otras causas de dolor abdominal entre ellas, la gastroenteritis, las infecciones urinarias, cálculos renales, enfermedades ginecológicas, diverticulitis, intoxicaciones, e incluso tumores o hasta lesiones de tipo maligno. (bibliografía anexa), especialmente en los países con alta infestación bacteriana y parasitaria, como es el caso de Colombia, se debe tener la precaución de la observación de los pacientes en urgencias cuando se presentan con dolor abdominal inespecífico con la intención de establecer si con la evolución en el tiempo aparecen signos o síntomas más patognomónicos de la apendicitis como es la irritación peritoneal con su signología correspondiente y la

respuesta inflamatoria sistémica manifestada por leucocitosis y PCR elevada entre otras. En consecuencia, el personal de urgencias actuó con diligencia en esta primera fase de la enfermedad, realizando el manejo del dolor abdominal, como lo dicen las guías de manejo mando las precauciones de indicaciones e instrucciones al paciente al ser dado de alta.

Pasadas 24 horas el Paciente reingresa con síntomas y signos ya más claramente definidos de una apendicitis aguda (irritación peritoneal, dolor localizado en fosa iliaca derecha y leucocitosis de 17.300), por lo que se interconsulta inmediatamente al servicio de cirugía general quienes confirman sospecha de apendicitis aguda informándole al paciente de la necesidad de su intervención quirúrgica, de la posible evolución de su enfermedad con sus complicaciones y aceptando el paciente, por lo que en consecuencia firma el consentimiento informado. así Lucía se desarrolla dentro del marco de la normalidad sin complicaciones encontrando apéndice cecal gangrenosa con perforación en la base y en la punta con peritonitis localizada y el resto de la cavidad abdominal limpia, efectuando una apendicectomía convencional evacuando y secando la peritonitis localizada exclusivamente sobre el área adyacente al apéndice cecal y la colocación de un traje para prevenir colecciones residuales y formación de abscesos, tratamiento asociado a la terapia complementaria con antibióticos y analgésicos para controlar el dolor, lo que culmina en un resultado final satisfactorio, lo que se da de alta al paciente sin complicaciones. a este respecto, es importante también aclarar que la literatura científica determina que el grado de evolución de la apendicitis y la presencia asociada de peritonitis no está relacionada con el tiempo evolución de la enfermedad y la probabilidad de perforación del apéndice, como lo confirma el estudio realizado por el Dr. Álvaro Sanabria y colaboradores publicado en la revista colombiana de cirugía de enero 2013, en el cual se estudiaron más de 200 pacientes que permitieron concluir de que el tiempo no es un factor en la evolución hacia Estados más avanzados del apendicitis y por consiguiente no se puede correlacionar la probabilidad de peritonitis como consecuencia del retardo en la posible atención. En este caso en particular, no hubo peritonitis difusa solamente una inflamación o peritonitis localizada, lo cual es una de las habituales en cualquier proceso infeccioso intraabdominal que a la postre no condiciono secuelas o complicaciones en el paciente. En consecuencia, hubo diligencia y oportunidad en la atención que fueron basados en las guías de manejo y que permitieron la recuperación satisfactoria del Estado de salud del paciente...

La evaluación de la historia clínica, fácilmente se puede determinar que la atención del paciente se hizo de forma diligente paso a paso dentro del estudio de un cuadro de dolor abdominal, el cual inicialmente podría ser compatible con una gastroenteritis pero que su evolución subsecuente determinan la probabilidad de una apendicitis actuando en consecuencia de los cirujanos y realizando los tratamientos correspondientes de forma satisfactoria con una recuperación total del paciente- el artículo publicado por el Dr. Álvaro Sanabria en la revista colombiana de cirugía, así como otros más referenciados en el mismo documento, son suficiente evidencia científica para determinar que el tiempo no tiene nada que ver con la presentación asociada de peritonitis apendicitis aguda y que esta asociación corresponde a otros factores bio celular es mucho más complejos, tales como variantes anatómicas, inmuno competencia y predisposición del paciente entre otras. Además, el paciente en cuestión nunca presentó una peritonitis difusa, solamente la inflamación e infección estaba adyacente al apéndice enfermo, corrigéndose su estado mórbido con la extirpación quirúrgica y los antibióticos asociados.

... La literatura es amplia en terminar las bases de guía de manejo y las posibles consideraciones diagnósticas del abdomen agudo, entre las que se destacan como pilares fundamentales las medidas generales con reposición hidroeléctrica, la administración de bloqueadores H2, antieméticos en algunos casos analgésicos y laboratorios entre los que se incluye el cuadro hemático, el parcial de orina, la amilasa, entre otros estudios diagnósticos como la ecografía. qué fue todo lo que se le efectuó al paciente y que corresponde con el lex artis relacionado con el tema...

La institución y cabeza de todos los médicos que realizaron el tratamiento del paciente actuaron de la mejor manera, una oportunidad diligencias en las guías de manejo actuales que existen en la literatura mundial para el tratamiento del dolor abdominal y la apendicitis aguda”.

Por otra parte, reposa el **dictamen pericial de Mario Roberto Santamaría Sandoval**, médico cirujano gerente en salud y auditor médico (fl. 1 a 126 c.3). Es este documento se narró que:

1. El paciente ingresó por dolor abdominal agudo de dos horas de evolución, asociado a náusea, vómito y distensión abdominal. La Impresión diagnóstica inicial fue "**Dolor Abdominal en Estudio**" y posteriormente en una evolución se anotó: "**Dolor Abdominal**". Se dio orden de salida del 12/02/2012 a las 04:40 horas del 12 de febrero de 2012.

Respecto de esta atención se indicó que se inició la atención en el servicio de urgencias hallando estigmas (según nota de enfermería), de alta hospitalaria o salida a las 14:20 horas sin que se evidenciaran los folios en los cuales se debieron registrar las consideraciones para esta decisión, indicaciones, signos de alarma y prescripción. Solamente se encuentra copia de fórmula de metil bromuro de hioscina para uso domiciliario. La orden de salida como documento físico tampoco se encontró y en los fragmentos de historia clínica parece faltar anotaciones por haber sido retirados de la historia clínica.

2. El 13 de febrero de 2012 ante la "persistencia y agravamiento del dolor abdominal iniciado en región umbilical y con generalización del mismo, tipo peso, intensidad 10/10, asociado a cinco episodios de vómito y dos deposiciones verdosas líquidas", a las 16:46 horas, nuevamente el paciente requirió atención de urgencias.

En el servicio de urgencias del Hospital Militar Central, con registro a las 17:35 horas (Dr. Diego Centeno Dávila) se efectuaron diagnósticos definitivos presuntivos.

Solo hasta el 14 de febrero de 2012 a las 09:40 horas ,es decir 17 horas después del reingreso, el cirujano general Dr. Javier Adolfo Mozo Ortiz, registró la sospecha de **apendicitis aguda con peritonitis**.

3. Se concluyó que el señor Beltrán Martínez ingresó a recibir atención por dolor abdominal agudo el 12 de febrero de 2012 a las 04:40 horas, salió el 12 de febrero de 2012 a las 14:20 horas. Reingresó a las 16:46 horas del 13 de febrero de 2012. Tiempo transcurrido entre ingreso y reingreso: 36 horas

Describió que, desde el reingreso, el paciente fue internado en el servicio de observación de urgencias, realizando solicitud de interconsulta con cirugía general. Fue manejado provisionalmente con líquidos intravenosos, ranitidina y metoclopramida y se le practicaron paraclínicos comprobatorios, incluyendo una radiografía simple de abdomen.

El cirujano general Dr. Juan Arturo Martínez Díaz, registro 79224999 respondió interconsulta referenciando que el paciente tenía una enfermedad diarreica aguda y era necesario contar con una ecografía abdominal (que ya había sido solicitada por el Médico de urgencias que lo recibió).

El 14 de febrero de 2012 a las 09:40 horas (es decir 1 hora después del reingreso), el cirujano general Dr. Javier Adolfo Mozo Ortiz, registró la sospecha de **apendicitis aguda con peritonitis**, prescribió el tratamiento antibiótico e hídrico indicado para la enfermedad y su complicación y solicitó sala de cirugía.

A las 12:00 horas de ese 14 de febrero de 2012 (es decir 19.5 horas después del reingreso) se inició el procedimiento quirúrgico de urgencia por incisión de laparotomía mediana infraumbilical, el cual duro dos horas. Como hallazgo se describió apéndice gangrenoso perforado en la base y en la punta, con peritonitis localizada.

4. Además, que las secuelas de una laparotomía exploradora posterior a peritonitis por apéndice perforada quedaron una deformidad permanente en abdomen por cicatriz de laparotomía infraumbilical mediana, una deformidad permanente en abdomen por cicatriz en fosa iliaca derecha correspondiente a drenaje post quirúrgico, bandas intestinales y parieto intestinales por cicatrización entre ciego, (sic) terminal y pared abdominal, el episodio de pseudo obstrucciones intestinales secundarias.
5. Según su concepto el 12 de febrero de 2012 con el uso por prescripción médica de Buscapina, de parte del Hospital Militar Central en el servicio de urgencias, se enmascararon los signos y síntomas de la apendicitis aguda que padecía el señor Daniel Felipe Beltrán Cruz.

Fue evidente la ausencia de exámenes de comprobación, posteriores a los de ingreso, con el fin de paliar la aplicación de espasmolítico (ya nombrado anteriormente) y el permitir que primaran los resultados sobre la clínica (y examen clínico), síntomas y quejas del paciente.

Estas omisiones condujeron que no se le brindara atención adecuada al paciente, dándole el alta hospitalaria y permitiendo que el tiempo agravara la patología, que de por sí, es progresiva.

El 13 de febrero de 2012, el diagnóstico realizado por médico cirujano general de **enfermedad diarreica aguda** y la decisión de esperar el resultado de ecografía abdominal, permitieron demora en el real diagnóstico de **apendicitis aguda con peritonitis**, diez y siete (17) horas después del reingreso, otro cirujano general realiza el diagnóstico y decide proceder a brindarte el tardío tratamiento para **apendicitis con peritonitis**, lo cual se logra dos horas más tarde.

Lo anterior según este galeno **conforma falta de oportunidad** en la atención.

6. Por otra parte que por ley (resoluciones del Ministerio de Salud y de la Protección Social) las guías para manejo de urgencias, así como de otras patologías cuyo autor es el Ministerio de Salud y/o Ministerio de la Protección Social, de uso y aplicación obligatorios en todo el territorio nacional por parte de todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para el momento de los hechos se encontraban vigentes, la primera edición emitida en 1996 y las revisiones posteriores, en ellas se encuentra la guía de manejo de dolor abdominal agudo, la mencionada guía fue cumplida parcialmente por el Hospital Militar Central, pues no se hizo caso en la aplicación de espasmolíticos hasta saber con certeza el diagnóstico de la patología causante del mencionado dolor abdominal agudo, por el contrario, se usó la medicación como tratamiento para uso domiciliario.
7. Durante la primera atención en el servicio de urgencias solamente se realizó impresión diagnóstica, mas no se llegó a diagnóstico de la causa de dolor abdominal agudo, en especial por la prescripción y aplicación de medicamento espasmolítico, no autorizado para uso dentro de la mencionada patología, fármaco que enmascaró la apendicitis aguda que si tenía el paciente motivo del presente estudio. La salida o alta hospitalaria, de la cual no aparecen los folios de historia

clínica correspondientes, se otorgó en condiciones desconocidas para este Perito Médico y sin explicación de ese faltante documental de reposo obligatorio en la IPS Hospital Militar Central (fl. 26 c.3).

Los usos de la buscapina y en qué momento se debe usar ese tipo de medicamentos. Es analgésico antiespasmódico y según la lex artis se debe evitar estos medicamentos hasta que no se tenga un diagnóstico, porque la sintomatología se enmascara.

En contraste la Federación Médica Colombiana en dictamen obrante a folios 440-453, realizado por el Dr. Arturo Vergara, Cirujano General, jefe Departamento Cirugía, Hospital Universitario Santa Fe y Magistrado del Tribunal de Ética Médico, concluyó:

“... por lo que se puede concluir en el presente caso, que si bien el paciente consulta y es atendido oportunamente en los servicios de urgencia, se interconsulta a cirugía, se solicitan los exámenes de laboratorio y de imágenes pertinentes y se actúa congruentemente con las impresiones diagnósticas se practica abordaje quirúrgico para este paciente, no se encuentra una conducta dolosa en la conducta quirúrgica que finalmente resuelve el cuadro; las secuelas de la operación son las esperadas para este tipo de procedimiento y la posibilidad de complicaciones posoperatoria está enmarcada en los porcentajes analizados la valoración del abdomen a pesar de los múltiples avances tecnológicos de precisión sigue siendo difícil en cuadros atípicos y precisa de una gran experticia y una alto índice de sospecha para corroborar los diagnósticos, a pesar de ser evaluado en varias oportunidades por peritos expertos en el tema este caso demuestra que aún sigue siendo el abdomen difícil de valorar con 100% de precisión”.

El auxiliar de la justicia explicó que:

1. El 12 de febrero de 2012 la primera consulta, según la historia clínica, fue por dolor abdominal difuso no localizado de 7/10 con distensión y emesis, sin fiebre, el paciente presentaba 36.5 de temperatura, estaba hidratado, con abdomen blando, dolor difuso, sin signos de irritación. En esa oportunidad se decidió hospitalizar al enfermo, solicitar exámenes de laboratorio, hidratar, colocar antiemético, antiácido endovenoso y ordenar reevaluación. Ante la persistencia del dolor, sin signos de deterioro abdominal, se solicitó ecografía abdominal y laboratorios. El PCR se muestran normal, hemograma leucocitos normales u neutrófilos ligeramente elevados, ecografía sin líquido libre en cavidad y se anotó hígado graso.
2. De lo anterior, después de evaluar el servicio con las escalas RIPASA y Alvarado, se coligió que, si bien el paciente pudiera haber estado cursando con una apendicitis incipiente, estaba en fase muy inicial con el enfoque diagnóstico, de modo tal que no se cometió falta alguna en el actuar médico, ordenándosele al paciente en la salida consultar si presentaba signos de alarma.
3. En cuanto a los antiespasmódicos usados, refirió que se pueden clasificar en dos grupos farmacológicos que actúan por mecanismo anticolinérgico y los que ejercen acción directa sobre el músculo liso, la butilbromuro de hioscina (buscapina) es un antiespasmódico anticolinérgico derivado de los alcaloides naturales con estructura de amonio cuaternario, presente en algunas plantas del género *Duboisia* es un antiespasmódico, que se utiliza para el dolor causado por espasmos abdominales, se dice que no enmascara el dolor, como los analgésicos, si no que actúa sobre el espasmo muscular.
4. Señaló que la obstrucción intestinal asociada a apendicitis aguda según la doctrina médica tiene una incidencia general de 4,1% en los cuadros médicos, esta complicación se presenta con mayor frecuencia en pacientes masculinos ancianos con un periodo de evolución clínica prolongado. El momento de la cirugía no afecta

la incidencia de complicaciones o los hallazgos intraoperatorios adversos, sumado a que los retrasos en la consulta quirúrgica y la cirugía se asocian con mayores períodos de estadía y mayores costos hospitalarios. Hemos demostrado que la demora en la apendicectomía es segura, pero aumenta los costos totales del hospital. El momento óptimo de la apendicectomía.

En audiencia:

- A. Reiteró que las guías de manejo son un camino en el cual se le dice a las personas una forma de enfocar el paciente, pero no son obligatorias porque cada paciente es diferente, guías mandatorias son muy pocas, el ministerio agrega que las guías no son 100% aplicables y deben adaptarse a cada situación.
- B. En la atención inicial, el paciente llegó por un dolor abdominal, que tiende a la mejoría, por lo que le dan de alta y le dan los signos de alarma por los cuales debe volver si se presentan.
- C. La afección de abdomen es de muy difícil diagnóstico y también el exceso de información puede dilatar las acciones, para el 12 de febrero de 2012 la atención es pertinente, no existía diagnóstico de abdomen agudo y la conducta era que el paciente estuviera en observación, dentro o fuera del hospital, las causas para no dejar al paciente dentro del hospital son: primero la mejoría, segundo la congestión de emergencias, tercero que no exista peligro de su vida.
- D. En la segunda atención, referencia a un cambio en el lugar del dolor, la patología es inflamatoria, se hospitaliza al paciente, se toma de nuevo laboratorios y se examina de fondo al paciente y se ve si hay aparición de otros síntomas e interconsulta con los especialistas de la clínica, para que determinen si hay un abdomen agudo u otra cosa.
- E. Lo que se encontró fue una peritonitis localizada y no generalizada como se pensaría con un cuadro de tres días de evolución.
- F. Hay dos tipos de buscapina, la simple que solo quita los espasmos, se usa para descartar los espasmos intestinales relacionados con diarreas y la buscapina compuesta que tiene analgésica que quita el espasmo, el dolor parietal que si puede enmascarar y en la historia clínica se ve que se utilizó la buscapina simple; semiológicamente el dolor tipo cólico está indicado que use estos medicamentos y si el dolor tipo inflación se usan otro tipo de medicamentos.
- G. La patología del paciente fue diagnóstica y tratada a tiempo y siempre se tendrá una cicatriz las cirugías.
- H. El señor tuvo un cuadro de apendicitis bizarra, no es común, en vista de que hay una dificultad diagnóstica que no riñe con una conducta idónea, no está mal encaminada.
- I. El cuadro clínico estaba solamente en el apéndice, la peritonitis estaba localizada, se hizo la intervención con cuadro de evolución satisfactoria.
- J. Además, que el 12 de febrero de 2012 no hay diagnóstico, hay una impresión diagnóstica por lo que hay que hacer exámenes para determinar el diagnóstico, incluyendo exámenes que en este caso estuvieron normales y se sigue en observación, además que, si existió tratamiento el 12 de febrero, le pusieron líquidos, se puso en observación, se puso antiácido, ante la impresión diagnóstica, para la salida solo le dieron información sobre signos de alarma no hay fórmula. Aclaró que la observación se hace en la casa, el diagnóstico no.
- K. La *lex artis* se basa además de la literatura y la evidencia en exámenes clínicos, exámenes diagnósticos, secuencia lógica de pensamiento, tiene todas las consideraciones analíticas.

En este punto es pertinente reiterar conforme al acápite que resolvió la objeción al perito que el profesional advirtió que las guías son un paso a paso que pueden ayudar al diagnóstico, pero no es una camisa de fuerza ya que la *lex artis* se basa además de la

literatura y la evidencia en exámenes clínicos, exámenes diagnósticos, secuencia lógica de pensamiento, tiene todas las consideraciones analíticas y que el Ministerio de salud tiene un manual que indica que las guías son declaraciones que tiene recomendaciones.

Sumado a que el Ministerio de Salud y Protección Social en la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano¹¹ define que las guías de práctica clínica son “...*el conjunto de afirmaciones, desarrollado de manera sistemática, para asistir a médicos y pacientes en la toma de decisiones sobre atención en salud apropiada para circunstancias específicas...*”, además en su guía de implementación práctica clínica el Ministerio explicó que “... *no hay “recetas mágicas” que sirvan de la misma forma para todas las GPC o para todas las IPS*”¹².

Además la Corte Suprema de Justicia en un caso similar adujo que la prueba documental, relativa a las guías de manejo para la apendicitis aguda, y alguna literatura médica, su interpretación debe estar mediada por un experto en la materia, lo que no implica una desatención o desfiguración de su contenido, sino que para darle pleno alcance era perentorio obtener un concepto especializado, por lo que “... *no implica una desatención o desfiguración de su contenido, sino que para darle pleno alcance era perentorio obtener un concepto especializado, que no se produjo en este caso*”¹³.

EL Decreto 1011 del 3 abril 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud indicó que se exceptúa de su campo de aplicación a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, en su artículo uno¹⁴.

Por lo expuesto, se encontró que el Decreto 1011 del 3 abril 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud no le es aplicable a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, en este caso el hospital militar y por ende su resoluciones reglamentarias, además conforme lo indicó el perito no es solo con el uso de las guías que se cumple la *lex artis* si no con la valoración conjunta de los profesionales y la observación del paciente, literatura, la evidencia en exámenes clínicos, exámenes diagnósticos, secuencia lógica de pensamiento, con todas

¹¹ Tomada de:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Gu%C3%ADa%20Metodol%C3%B3gica%20para%20la%20elaboraci%C3%B3n%20de%20gu%C3%ADas.pdf>

¹² Tomado de:

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Guia_implementacion_practica_clinica_basada_en_evidencia.pdf

¹³ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA DE CASACIÓN CIVIL, SC15746-2014, Radicación N° 11001-31-03-029-2008-00469-01, sentencia del catorce (14) de noviembre de dos mil catorce (2014), Magistrado Ponente FERNANDO GIRALDO GUTIÉRREZ

¹⁴ “*Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.*

*Así mismo, a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SOGCS- de que trata este decreto, **excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional**, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, o con Entidades Territoriales”.*

las consideraciones analíticas sumado a que la interpretación de las guías y la literatura debe estar mediada por un experto.

Respecto de la falta de diagnóstico oportuno por parte del Hospital Militar y la prolongación del tiempo para hacer la cirugía llevando al surgimiento de una peritonitis, se encontró que el procedimiento fue practicado en debida forma con una primera atención del 12 de febrero de 2012, que presentó mejoría y cuyos exámenes y ecografía salieron dentro de los parámetros normales, siendo procedente como lo dijo el perito de la Federación Médica su observación en casa y ante la existencia de signos de alarma asistir nuevamente, máxime cuando lo que se consignó en la historia clínica fue una impresión diagnóstica

En la historia clínica se consignó que la impresión diagnóstica era dolor abdominal tipo cólico generalizado de intensidad 7/10, sin signos de irritación peritoneal al examen físico, por persistencia del dolor se decide solicitar ecografía abdominal total (fl. 49 c.3) refirió sentirse mejor pese a que el dolor seguía, sin náuseas, ni fiebre, ni diarrea también relacionan exámenes Hemograma wbc 9200 ...66% hb 16 hto47%, Plt 25400 (fl.51-52 c.3), se indicó que tenía laboratorios dentro de los límites normales, se le da buscapina (fl. 52 c.3), refirió resolución del dolor, no vomito, no fiebre, no diarrea, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, no masas, no megalias, no signos de irritación peritoneal (fl. 52 c.3), y se da de alta por orden médica, abierta, con revisión y ordenes médicas (fl. 53-54 c.3).

Por lo que desde que fue atendido el señor Beltrán el 12 de febrero de 2012 estaban buscando si existían signos peritoneales, los cuales no fueron claros y los exámenes salieron normales, pero lo dejaron en observación para ver su evolución.

Respecto al uso de la buscapina se aclaró que no enmascara el dolor al ser el bultimbromuro de hioscina (buscapina) un antiespasmódico anticolinérgico derivado de los alcaloides naturales con estructura de amonio cuaternario, presente en algunas plantas del género *duboisia* que es un antiespasmódico, que se utiliza para el dolor causado por espasmos abdominales, no actúa como los analgésicos, si no que actúa sobre el espasmo muscular.

Así mismo se observó que el paciente volvió el 13 de febrero de 2012 por Dolor abdominal intenso que aumenta con la ingesta de alimentos que egresó el día anterior por paraclínicos normales (fls. 58, 59 c.3), con dos deposiciones verdosas, no moco ni sangre, fiebre no cuantificada (fl. 60 c.3), con marcada elevación de leucocitosis con neurotrófilia con respecto a paraclínicos previos (fl. 61 c.3), se ordenan más exámenes e imágenes diagnósticas (fls. 61-62 c.3), se deja en observación mientras los resultados.

Ya, el 14 de febrero de 2012 refirió el paciente una deposición diarreica sin moco, sin sangre en horas de la mañana y la sensación de estar distendido, se consideró que cursaba un cuadro diarreico agudo por lo que deciden dejarlo en observación y ordenan realizar ecografía abdominal de acuerdo a evolución total incluye hígado páncreas vesícula biliares riñones bazo grandes vasos (sic), por el dolor abdominal asociado a signos clínicos de peritonitis, sobre las 09:37 a.m. dan Orden de hospitalización por cuadro de apendicitis aguda, sería llevado a cirugía y requería seguimiento de piso (fls. 71-77 c.3), además el paciente suscribió la autorización de servicios (fl. 246 c.1).

Por lo que se ve una impresión diagnóstica de cuadro diarreico, pero se siguió con los exámenes pertinentes en la búsqueda de una peritonitis que finalmente corroboraron procediendo a la hospitalización, respecto a este lapso del tiempo que el perito Mario Roberto Santamaría Sandoval señaló de 17 horas después del reingreso, el perito Dr. Arturo Vergara de la Federación Médica Colombiana indicó que se encuentra dentro de

las 18 horas del momento óptimo para la apendicetomía para la apendicitis aguda no complicada (fl. 452 c.2 ppal).

En este orden de ideas el procedimiento médico tomó el tiempo requerido para su diagnóstico sin que la impresión diagnóstica de la primera consulta constituya un diagnóstico del que se podría alegar error, así como también lo fue la impresión diagnóstica del cuadro diarreico, por lo que en principio era necesaria la espera del paciente, no existiendo falta de oportunidad en la atención ya que la misma fue permanente y con resultados oportunos, es de recordar que la peritonitis no fue general sino localizada lo que no generó estragos ni efectos secundarios diferentes a la cicatriz de la laparotomía exploratoria, propia de la patología que presentó el paciente.

En relación a la falta de la orden de salida y la fórmula médica del 12 de junio de 2012 que afirmó el perito el perito Mario Roberto Santamaría Sandoval y de las que se hace alusión la historia clínica a folio 53 del cuaderno tres, se tiene que, aunque la historia clínica esté incompleta no constituye responsabilidad, crea un indicio grave de la falla, pero debe ir acompañado de otras pruebas para que se establezca la falla en el servicio, al respecto ya se ha referido el Consejo de Estado:

*“Esta postura jurisprudencial, como se dijo anteriormente, tiene amplio respaldo normativo en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981 y el artículo 3 de la resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, en los que aparece la historia clínica como un registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente, el cual debe tener por características: integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad; y en consecuencia, su ausencia constituye, como lo ha manifestado esta Subsección, una falla **que puede llegar a comprometer la responsabilidad de la entidad demandada**”¹⁵-negritas del despacho- .*

La Corte Suprema de Justicia se manifestó del mismo modo al sostener que la historia clínica incompleta es un indicio, más no la acreditación de la causación del daño¹⁶.

Conforme a lo encontrado en el expediente, frente a la imputación de la parte demandante de que existe una falla presunta de la prestación del servicio médico consistente en un error al no usarse los parámetros lógicos establecidos, no se probó una falla del servicio médico por cuanto se prestaron los servicios médicos acorde a lo estipulado a *lex artis* que va más allá de la aplicación de las guías y protocolos, conforme se extrae del análisis de los dictámenes allegados.

Se observa que la clasificación de la pérdida de capacidad laboral se circunscribe a la laparotomía exploratoria y la cicatriz abdominal propias de la patología que presentó el paciente y su tratamiento, sin que allá plena prueba que determine que el tratamiento prestado por Hospital Militar no era acorde, al contrario, se probó un tratamiento, un

¹⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia del 28 de febrero del 2013, rad. 25075, M.P. Danilo Rojas Betancourth: “27. Como quiera que la parte demandada en este asunto no puede beneficiarse de su propia culpa, la Sala considera que la situación descrita, constituye en sí misma una falla del servicio, por cuanto el ISS incumplió sus obligaciones institucionales y legales de llevar el registro médico del paciente, y brindar acceso a la información requerida por los actores y por las autoridades”.

¹⁶ Corte Suprema de Justicia SC5641-2018 Radicación N° 05001-31-03-005-2006-00006-01, sentencia del catorce (14) de diciembre de dos mil dieciocho (2018), Magistrada ponente: MARGARITA CABELLO BLANCO:

“Otra cosa es que, a partir de la omisión total de la historia clínica, o de la presencia de tachaduras, enmendaduras, borrones, intercalaciones, etc., o del aporte de una incompleta, pueda el juez, atendidas las circunstancias, deducir un indicio más o menos grave en contra de la entidad o el profesional demandado. Pero se trata sólo de eso, de un indicio, mas no de la acreditación de la causación del daño por el solo efecto de la omisión en el cumplimiento de este deber profesional”.

procedimiento, exámenes, detección, diagnóstico y tratamiento, dentro de los límites temporales normales.

No es posible endilgar, un error de procedimiento, de diagnóstico, de tratamiento sin prueba que lo certifique, máxime cuando la causa de la cicatriz o la pérdida de capacidad laboral fue la patología exitosamente tratada en el establecimiento médico, sin que sea posible determinar a la suscrita si los medicamentos y los tiempos de aplicación fueron adecuados sin experticia que lo señale.

Se reitera que atendidos todos los peritazgos y de las historias clínicas y analizados de acuerdo a la sana crítica se concluye que la hoy demandada prestó al paciente el tratamiento acorde a las patologías que iba presentando en su momento.

No se probó que faltara personal idóneo, con el conocimiento y experiencia necesaria para la atención de las dolencias. Tampoco se demostró que faltaría algún implemento médico o algún médico y/o enfermera tratante o un implemento quirúrgico.

Tampoco se observa prueba alguna que indique que no se realizaron los exámenes necesarios, tampoco que el tratamiento empleado no fuera el adecuado. Al contrario, se tiene que se realizó el procedimiento necesario en respeto de la *lex artis*. Razón por la cual frente a las demandadas se negarán las pretensiones.

Además, los medios de prueba no permiten inferir que existió un tratamiento erróneo u omisión derivada directamente de una mala *praxis* de algún miembro médico o administrativo, que conllevará a al daño alegado, toda vez que tal como lo señaló las historias clínicas, el tratamiento de la paciente fue normal sin que se demostrará que el origen de la patología era imputable a la demandada.

Finalmente, los medios de prueba no indican que el tiempo que duró la atención fue excesivo o si esto fue causa eficiente del daño y tampoco se demostró una pérdida de oportunidad porque: *“... la extinción de una expectativa legítima, esto es, la frustración de la oportunidad en sí misma, pues si el beneficio o el mal que se quería eludir estuvieran revestidos de certeza no se podría hablar del daño consistente en la pérdida de una oportunidad, sino del daño frente a un resultado cierto cuya reparación es total y no proporcional: se repara la pérdida del chance, no la pérdida del alea”*¹⁷.

Así las cosas, al no encontrar probada la falla en el servicio médico en el diagnóstico y tratamiento realizado a Daniel Felipe Beltrán Cruz por la parte demandada, o una pérdida de oportunidad, se resolverá negar la totalidad de las pretensiones de la demanda por cuanto no existen los fundamentos suficientes que permitan imputar la responsabilidad extracontractual a las demandadas y a la llamada en garantía.

13. COSTAS

¹⁷ *“Si bien la posición mayoritaria -que se puede denominar moderada- acepta que no se debe exonerar de responsabilidad al agente -probablemente dañoso- por las dificultades de orden probatorio, también está de acuerdo en que no se le puede imponer el débito resarcitorio de la totalidad del daño que pudo muy probablemente no haber causado; no obstante, subsisten serias diferencias respecto a la manera como se debe solventar el problema causal, lo que repercute directamente en la tasación de la indemnización.*

(...)

14.6. *Así las cosas, la Sala considera que la pérdida de oportunidad es un fundamento de daño, que si bien no tiene todas las características de un derecho subjetivo, autoriza a quien ha sido objeto de una lesión a su patrimonio -material o inmaterial- a demandar la respectiva reparación, la cual será proporcional al coeficiente de oportunidad que tenía y que injustificadamente perdió. Aquí el objeto de reparación no es, en sí, la ventaja esperada o el menoscabo no evitado sino, únicamente, la extinción de una expectativa legítima, esto es, la frustración de la oportunidad en sí misma, pues si el beneficio o el mal que se quería eludir estuvieran revestidos de certeza no se podría hablar del daño consistente en la pérdida de una oportunidad, sino del daño frente a un resultado cierto cuya reparación es total y no proporcional: se repara la pérdida del chance, no la pérdida del alea.*

(...)

16.2. *En materia médica los supuestos de daño por pérdida de oportunidad en su perspectiva negativa se suelen presentar, de un lado, por la privación de las expectativas de sobrevivir y, del otro, por la privación de la esperanza de curarse, restablecerse o mejorar su estado de salud.”*¹⁷

En el caso bajo estudio no encontró fundamentos suficientes para condenar en costas a la parte vencida, razón por la que se abstuvo de reconocer ese concepto en esta instancia a cargo del demandante (artículo 188 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y el artículo 365 del Código General del Proceso).

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO SESENTA Y UNO (61) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C – SECCIÓN TERCERA** administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

FALLA

PRIMERO: NEGAR las pretensiones de la demanda, de conformidad con lo expuesto dentro de la parte motiva de la presente providencia.

SEGUNDO: Sin condena en costas en esta instancia

TERCERO: Ejecutoriada la sentencia, remítase el expediente al competente para la liquidación de los gastos procesales y devolución de remanentes si los hubiere.

CUARTO: Cumplido lo anterior, por Secretaría archívese el expediente.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

EDITH ALARCÓN BERNAL
Jueza

LMP

Firmado Por:

Edith Alarcón Bernal

Juzg. Circuito

Juzgado Administrativo

61

Bogotá, D. C. - Bogotá D. C.,

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

*Código de verificación: **44625632ae77076e77704818474642344618365e3e8903134a542***

Documento generado en 06/10/2021 01:17:43 PM

Valide este documento electrónico en la siguiente URL: <https://procesojudicial.namajudicial.gov.co/FormaElectronica>