



**JUZGADO TREINTA Y SEIS ADMINISTRATIVO
DEL CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTÁ
-SECCIÓN TERCERA-**

Bogotá D.C., 11 de septiembre de 2024

Juez	:	Luis Eduardo Cardozo Carrasco
Ref. Expediente	:	11001-33-36-036-2018-00349-00
Demandante	:	Celso Montero Galeano y Otros
Demandado	:	Hospital Militar Central

**REPARACIÓN DIRECTA
SENTENCIA No. 127**

I. OBJETO DEL PRONUNCIAMIENTO

Surtido el trámite procesal, sin que se observe causal de nulidad que invalide lo actuado, el Despacho profiere sentencia de primera instancia, en el proceso de la referencia.

II. ANTECEDENTES

2.1. La demanda.

Mediante apoderado judicial, los señores **Carlos Montero Galeano, Edgar Alexander Sanabria Montero, Daniel Ricardo Sanabria Montero, Johanna Paola Sanabria Montero, María Valentina Montero Roa, Diana Fernanda Sanabria Montero, Geraldine Tatiana Sanabria Montero, Julieth Melissa Sanabria Montero, Gabriel Felipe Quintero Montero, Sergio Andrés Quintero Montero, Sala Isabella Quintero Montero, Celso Montero Galeano, Luz Ángela Montero Roa** en nombre propio y en representación de sus menores hijos **Sergio Andrés Quintana Montero y Gabriel Felipe Quintana Montero; María Elisa Montero Roa, Martha Rafaela Montero Roa, Flor Marina Montero Roa y Eria Alexandra Montero Roa** en nombre propio y en representación de su menor hija **Rara Isabella Castro Montero** presentaron demanda, en ejercicio del medio de control de reparación directa, contra el **Hospital Militar Central**, con ocasión de la presunta falla en la prestación del servicio de salud en cuanto al tratamiento que se le suministró señora **María de Jesús Rosa de Montero** (q.e.p.d.) y una pérdida de oportunidad por incumplimiento a las obligaciones de protección médico asistenciales que conllevó al deterioro de la salud de la paciente y posteriormente el fallecimiento el 30 de abril de 2017.

A título de indemnización de perjuicios, solicitaron el pago de perjuicios morales, en los montos plasmados en su escrito de demanda (Expediente digital, carpeta No.001, folios 19 a 24).

2.2. Hechos de la demanda

La demanda se basó en los siguientes argumentos:¹

¹ Expediente digital, carpeta No.001 y 003, folios 4 a 18.

La señora **María de Jesús Rosa de Montero** (q.e.p.d.) ingresó al **Hospital Militar Central** el 6 de julio de 2016 a las 4:42 p.m., por el servicio de urgencias, porque presentó dolor abdominal agudo.

El 11 de julio de 2016 a las 8:09 p.m., exteriorizó dolor en la fosa iliaca derecha con 8 días de evolución, sin signos de irritación peritoneal. Se solicitó un Urotac porque se sospechó litiasis renal y/o plastrón apendicular, decidiendo los médicos tratantes hospitalizar.

El 12 de julio de 2016 a las 10:48 a.m., se valoró nuevamente a la señora **María de Jesús Rosa de Montero** (q.e.p.d.) ya que persistió el dolor en la fosa iliaca derecha, asociado a dolor migrante, con paraclínicos dentro de los rangos normales. Se consideró, cuadro clínico sugestivo de apendicitis agudo, decidiéndose practicar apendicetomía por laparoscopia.

El 15 de julio de 2016 la señora **María de Jesús Rosa de Montero** (q.e.p.d.) presentó dolor en el sitio de la herida, con episodio de vómito gastrobiliar, distensión abdominal, equimosis y hematoma subdérmicos, sobre la inserción del trócar de laparoscopia.

El 16 de julio de 2016 se le practicó a la paciente endoscopia, así mismo, se realizó una tomografía axial computarizada de abdomen, evidenciándosele distensión de asas intestinales, con líquido libre en cavidad, y zona de transición a nivel de flanco derecho, por lo que, se consideró que la paciente cursaba con obstrucción intestinal, porque lo que se volvió a realizar laparoscopia diagnóstica.

El 17 de julio de 2016 a la 1:05 p.m., se llevó nuevamente a la señora **María de Jesús Rosa de Montero** (q.e.p.d.) a cirugía, donde se le encontró *“perforación de aproximadamente 1cm a nivel yeyuno, con peritonitis localizada y emplastronamiento a nivel de sitio de inserción del trócar en fosa iliaca izquierda marcada distensión de asas intestinales delgadas abundante líquido de reacción peritoneal enfermedad diverticular de colon sigmoides sin complicación absceso a nivel de pared abdominal supra umbilical”*.

Lo anterior significó que, la paciente presentó una perforación intestinal a nivel yeyuno durante el procedimiento quirúrgico de laparoscopia, en la cual, se utilizó inserción del trócar en fosa iliaca izquierda, con el fin de que, se realizara el procedimiento de apendicetomía, lo cual, presuntamente pudo tratarse de un evento iatrogénico del médico que la trató, secundario a la intervención quirúrgica, lo cual, no era lo esperado.

El 17 de julio de 2016 se realizó en la paciente laparoscopia diagnóstica, laparotomía exploratoria, drenaje en peritonitis localizada, resección intestinal, anastomosis de intestino delgado, drenaje de absceso de pared abdominal y colocación de vac abdominal. Ese mismo día, la paciente presentó deterioro de su condición de salud por la peritonitis y, le generó un shock séptico.

El 18 de julio de 2016 presentó: 1. *Deficiencia en las funciones y estructuras corporales de los sistemas digestivos, neuromúsculo esquelético y relacionados con el movimiento.* 2. *Limitación en las áreas principales de la vida y para la movilidad.* 3. *Restricción en la participación vida comunitaria social y cívica.* 4. *Desacondicionamiento físico secundario a enfermedad de base.*

El 21 de julio de 2016 a las 9:20 p.m., se realizó lavado peritoneal. Se dio salida el 2 de agosto de 2016.

El 29 de marzo de 2017 a las 15:00 p.m., nuevamente la señora **María de Jesús Rosa de Montero** (q.e.p.d.) ingresó al Hospital Militar Central, para procedimiento quirúrgico de hernia

ventral.

El 31 de marzo de 2017 a las 7:24 a.m., la paciente ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos debido al deterioro séptico e hipovolémico secundario por peritonitis secundaria a perforación intestinal.

Desde el 3 de abril de 2017 se le practicaron a la señora María de Jesús Roa lavados peritoneales.

El día 5 de abril de 2017 a las 4:36 p.m., presentó fiebre y su situación era crítica.

El 8 de abril de 2017 10:31 p.m., se reportó el análisis del cultivo del líquido peritoneal que, informó sobre el crecimiento de las bacterias *Echerichia Coli*, *Klepsiella Neumoniae*, *Enterobacter faecalis* resistente a Vancomicina y *Proteus Mirabilis*, los cuales los adquirió la señora **María de Jesús Rosa de Montero** en su estancia hospitalaria.

El 10 de abril de 2017, a la paciente se le suprimió el tratamiento antibiótico.

El 26 de abril de 2017 se realizó en la paciente **María de Jesús Rosa de Montero** un lavado peritoneal, donde se le encontró monobloqueos de asas intestinales. Igualmente, se indicó en el reporte del 20 de abril de 2017 que había sido aislado el germen *Pseudomona aureginosa*.

El 30 de abril de 2017 falleció la señora **María de Jesús Rosa de Montero**.

El 1 de mayo de 2017 se describió en informe de necropsia: “...*peritonitis fecal por perforación intestinal secundario a procedimiento médico quirúrgico de corrección de eventrorrafia con colocación de malla por herniación ventral realizado en el Hospital Militar Central (...) signos de edema cerebral y pulmonar, abdomen con membranas fibropurulenatas adheridas, con formación de plastrón de asas intestinales con colección de material viscoso fétido subdiafragmático derecho y en hipocondrio derecho de color café...*”. Lo que significó que, la paciente **María de Jesús Rosa de Montero** presentó cuadro de proceso infeccioso agudo postquirúrgico secundario a peritonitis fecal por perforación intestinal consecuentemente con sepsis de origen abdominal, ocasionando descompensación generalizada, con cambios clínicos negativos con falla multisistémica y cambios orgánicos que dieron origen con edema cerebral y pulmonar.

Por último, señaló que, según informe de necropsia, se halló en la región del abdomen, herida quirúrgica irregular, secreción amarillo verdoso, parte inferior del abdomen abierto con otra herida con material espumado de color azul, y herida con material fibro purulento, residuos de secreción amarillenta.

2.3. Contestación

2.3.1. Hospital Militar Central²

El 13 de septiembre de 2019, el **Hospital Militar Central** contestó la demanda oponiéndose a las pretensiones y condenas. Realizó pronunciamiento frente a la cada uno de los hechos de la demanda, llegando a la conclusión que, la atención que se le suministró a la paciente **María de Jesús Rosa de Montero** por parte de los galenos de la institución fue oportuna, secuencial, adecuada y diligente, por lo tanto, indicó que, no existió omisión, imprudencia o negligencia por parte del grupo profesional de la institución.

²Expediente digital, carpeta No.004, folios 1 a 27.

Señaló que, en la valoración que se le hizo a la paciente al ingreso, se encontró hipertensión arterial, enfermedad coronaria, cardiomegalia, obesidad y artrosis, por lo que, se tuvo que someter a colecistectomía abierta, citopexia, herniorrafía inguinal bilateral, cesárea, reemplazo total de rodilla izquierda, osteosíntesis de hombro y artrodesis de columna T5 a T11 por fractura de cuerpo vertebral T8 por plasmocitoma.

Asimismo, indicó que, la señora **María de Jesús Rosa de Montero** (q.e.p.d.) consultó por dolor abdominal, donde se consideró que, el principal diagnóstico era descartar apendicitis, en un contexto de difícil valoración por los múltiples antecedentes quirúrgicos previos, la obesidad, sarcopenia y la edad avanzada que presentó la paciente.

Además, expuso que, las complicaciones postoperatorias hacían parte de los riesgos previstos en una paciente obesa, como el caso de la señora María de Jesús. Sin embargo, ella contó con todos los recursos humanos, tecnológicos y de apoyo por parte de la institución.

Igualmente, precisó que, el que pudieran aparecer colecciones intraabdominales por gérmenes en una paciente con abdomen abierto, sistema Vac y, múltiples lavados quirúrgicos, eran eventos adversos no prevenibles que pudieran generar peritonitis terciaria, la cual apareció como una consecuencia de una selección de flora patógena intraperitoneal.

Por último, solicitó que se declararan prósperas las excepciones de: **(a)** causa extraña y, **(b)** caso fortuito – fuerza mayor.

2.3.2. Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa³

El 21 de octubre de 2021 la **Aseguradora Solidaria de Colombia E.C.**, contestó la demanda oponiéndose a las pretensiones y condenas. Hizo un pronunciamiento frente a los hechos de la demanda.

Por último, solicitó que se declararan prósperas las excepciones de: **(a)** inexistencia de falla del servicio médico del Hospital Militar Central, **(b)** inexistencia de responsabilidad médica como consecuencia de la prestación y tratamiento adecuado, diligente, cuidadoso, informado, carente de culpa y realizado conforme a los protocolos del servicio de salud por parte del hospital militar central, **(c)** inexistente relación de causalidad entre el daño o perjuicio alegado por la parte actora y la actuación del hospital militar central, **(d)** en el evento de que se llegue a configurar un daño antijurídico solo sería consecuencia del riesgo inherente, **(e)** improcedencia de reconocimiento y falta de prueba del daño emergente, **(f)** improcedencia de reconocimiento y falta de prueba del lucro cesante, y **(g)** genérica.

Frente al llamamiento, solicitó que se declararan prósperas las excepciones de: **(a)** aplicación del principio de congruencia, **(b)** inexistencia de obligación indemnizatoria a cargo de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C., toda vez que no se ha realizado el riesgo asegurado en la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y centros médicos No. 930-88-994000000008, **(c)** riesgos expésamente excluidos en la póliza responsabilidad civil clínicas y centros médicos No. 930-88-994000000008, **(d)** carácter meramente indemnizatorio que revisten los contratos de seguros, **(e)** límite del valor asegurado, **(f)** aplicación del deducible pactado y, **(g)** genérica

³Expediente digital, ccarpeta No. 010 y 011, folios 1 a 65.

2.4.- Trámite procesal

La presente demanda se radicó el 30 de diciembre de 2018, se inadmitió el 19 de marzo de 2019 y, se admitió por auto del 4 de junio de 2019 (expediente virtual, carpeta No. 003, folios 3 a 51).

El 2 de agosto de 2021 (expediente virtual, carpeta No. 008, folios 1 a 1) se aceptó el llamamiento en garantía solicitado por el **Hospital Militar Central** frente a **la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa**.

El 7 de septiembre de 2022 se realizó la audiencia inicial, en la que, entre otras cosas, se decretaron las pruebas (expediente virtual, carpeta No. 028, folios 1 a 5)).

El 24 de noviembre de 2022 y 18 de mayo de 2023⁴, se llevó a cabo la audiencia de práctica de pruebas y se concedió en esta última audiencia el término para presentar alegatos de conclusión.

2.5.- Alegatos de conclusión

2.5.1. Parte demandante⁵

Mediante escrito de 2 de junio de 2023, el apoderado judicial de la parte actora se ratificó en los argumentos expuestos en la demanda.

Luego de esto, indicó que, existió error en el diagnóstico de apendicitis aguda, debido a que, el galeno no tuvo en cuenta en su decisión de realizar la apendectomía por laparoscopia que, la paciente se encontraba clínica y hemodinámicamente estable, sin signos de irritación peritoneal, siendo otro padecimiento que, no requería para ese momento intervención quirúrgica.

Igualmente, agregó que, los médicos no tuvieron en cuenta el examen de ecografía abdominal, en el que, no se observó líquido libre en cavidad abdominal, por lo que, se descartó urolitiasis, sin proceso apendicular agudo.

Aunado a ello, sostuvo que, el examen de hemo leucograma, no arrojó alteraciones en los leucocitos y los neutrófilos, lo que significaba que, no había proceso ni inflamatorio ni infeccioso.

A la par, señaló que, los médicos tratantes, no tuvieron en cuenta los antecedentes patológicos y quirúrgicos de la señora **María de Jesús Rosa de Montero** (q.e.p.d.), como era, enfermedad hemorroides internas grado 1, diverticular de colon izquierdo, gastropatía y erosiva, reflujo biliar duodenogástrico, estreñimiento crónico, obesidad, cirugía de colecistectomía, cesaría, cistopatía y herniorrafia inguinal bilateral.

Precisó que, hubo negligencia en el tratamiento postoperatorio de apendicitis laparotomía, en la cirugía de eventrorrafia ventral más hemorragia inguinal derecha, y en el postoperatorio de esta cirugía, asimismo, por la adquisición de la infección nosocomial o intrahospitalaria.

⁴ Expediente digital, ccarpeta No. 044, 057.

⁵ Expediente digital, ccarpeta No. 058 y 059.

2.5.2. Llamada en garantía Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa E.C⁶

El 2 de junio de 2023 el apoderado de la **Aseguradora Solidaria de Colombia E.C.** concluyó que, la parte demandante no logró demostrar la responsabilidad civil extracontractual del Hospital Militar Central debido a la falta de pruebas que respaldaran las reclamaciones.

Adujo que, la paciente presentó una serie de antecedentes médicos relevantes que dificultó el diagnóstico de su condición inflamatoria quirúrgica intraperitoneal.

No obstante, el médico tratante realizó una adecuada valoración y decidió practicarle a la señora **María de Jesús Rosa de Montero** (q.e.p.d.) una laparoscopia, que reveló la inflamación del intestino delgado requiriendo tratamiento.

Posteriormente, se llevó a cabo una resección intestinal y se tomó la decisión de realizarle una segunda intervención quirúrgica debido a una perforación inadvertida del yeyuno.

Resaltó que, los médicos tratantes le brindaron a la paciente información oportuna y, obtuvieron el consentimiento informado para llevar a cabo las cirugías.

Indicó que, la conclusión del perito médico Arturo Vergara Gómez, respaldó el testimonio del médico Iván Katime, cirujano que llevó a cabo la reconstrucción abdominal de la paciente **María de Jesús Rosa de Montero** (q.e.p.d.) cuando afirmó que, existían lesiones que se producían de forma involuntaria durante la cirugía y que, además, no eran prevenibles por parte de los médicos.

Finalmente, expuso que, todo lo presentado, se debió a las complicaciones propias de la paciente.

2.5.3. Parte demandada Hospital Militar Central⁷

El 2 de junio de 2023 el apoderado de la parte demandada **Hospital Militar Central** se ratificó de los argumentos expuesto en la contestación de la demanda.

De otra parte, afirmó que, la paciente recibió atención médica oportuna, secuencial y diligente para el manejo de su enfermedad, sin complicaciones y de acuerdo con la evolución.

Asimismo, la prueba testimonial del infectólogo señaló que, el proceso infeccioso presentado por la señora **María de Jesús Rosa de Montero** (q.e.p.d.) en el abdomen por perforación intestinal, permitieron traslocación de bacterias que habitaban en el cuerpo humano, por lo que, requirió manejo antibiótico, que podría escalar según la necesidad y evidenciar cultivos.

De otro lado, trajo a comentó la prueba pericial recaudada por el Despacho, en la que se precisó que, la paciente presentó una serie de complicaciones asociadas a su condición de base, que presentaron un desenlace negativo.

2.5.4. Ministerio Público.

El agente del Ministerio Público no rindió concepto dentro del término señalado para ello.

⁶Expediente digital, ccarpeta No. 062 y 063

⁷Expediente digital, ccarpeta No. 064 y 065.

III. CONSIDERACIONES

Presupuestos procesales

3.1. Competencia

Este Despacho es competente para decidir la presente controversia de conformidad con lo dispuesto en los artículos 155, numeral 6° y 156 numeral 6° del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, tal como se indicó en el auto admisorio de la demanda.

3.2. Procedibilidad del medio de control

El medio de control de reparación directa es procedente para el caso, por cuanto se pretende la indemnización de los perjuicios causados a los demandantes, con ocasión de la presunta falla en la prestación del servicio de salud brindado a la señora **María de Jesús Rosa de Montero** (q.e.p.d.).

3.3. Del problema jurídico.

Se concreta en dilucidar si se configuran o no los presupuestos de responsabilidad en cabeza de la entidad demandada **Hospital Militar Central**, por la presunta falla en el servicio médico brindado a la señora **María de Jesús Roa Montero**, para lo cual, deberá determinarse si la atención brindada estuvo de acuerdo con la literatura médica y la lex artis para tratar las patologías y afecciones que presentaba o si por el contrario, se presentó algún tipo de negligencia, influencia o falta de oportunidad en cuanto al tratamiento que se le suministró y que presuntamente generó deterioro de su salud y posteriormente su fallecimiento.

En relación con el de llamado en garantía, en caso de acreditarse una eventual responsabilidad de la entidad demandada, deberá determinarse si con fundamento en el vínculo contractual por el cual se dio la participación a este proceso, le es exigible reembolsar la suma de dinero que eventualmente sea condenada el llamante, o si por el contrario se presenta alguna cláusula de exclusión o limitante en cuanto al amparo de los siniestros que cubre la póliza.

Para resolver el problema jurídico referenciado, se hace necesario atender los lineamientos jurisprudenciales respecto del tema en cuestión, de conformidad con los elementos probatorios recaudados en este proceso.

3.4. Presupuestos de la responsabilidad del Estado.

Conforme lo ha enseñado el Consejo de Estado⁸, de acuerdo con lo prescrito en el artículo 90 de la Constitución, cláusula general de la responsabilidad extracontractual del Estado, este concepto tiene como fundamento la determinación de un daño antijurídico causado a un administrado y la imputación del mismo a la administración pública tanto por la acción, como por la omisión, bien sea bajo los criterios de falla en el servicio, daño especial, riesgo excepcional u otro.

En efecto, para que proceda la responsabilidad del Estado, deben concurrir los elementos

⁸ Ver, entre otras, sentencia proferida el 16 de mayo de 2016, por la Subsección “C” de la Sección Tercera de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado, al interior del proceso 2003-01360 (31327) C. P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

demostrativos de la existencia de **i)** un daño o lesión de naturaleza patrimonial o extra patrimonial, cierto y determinado –o determinable–; **ii)** una conducta activa u omisiva, jurídicamente imputable a la administración; y **iii)** una relación o nexo de causalidad entre ambas, es decir, que el daño se produzca como consecuencia directa de la acción u omisión de la autoridad pública de que se trate.

La responsabilidad extracontractual del Estado, entonces, se puede configurar una vez se demuestre el daño antijurídico y la imputación, tanto desde el ámbito fáctico, como desde el punto de vista jurídico, aspectos que serán tenidos en cuenta por el despacho para resolver el presente caso concreto. La antijuridicidad del daño es el primer elemento de la responsabilidad, respecto a la que, una vez verificada su existencia, se debe determinar si es imputable o no a la entidad demandada. Así que una vez constatado el daño como violación a un interés legítimo y determinada su antijuridicidad, se analiza la posibilidad de imputación a la entidad demandada.

3.4.1 Del daño antijurídico

El máximo Tribunal de lo Contencioso Administrativo⁹ ha señalado que el daño antijurídico, comprendido desde la dogmática jurídica de la responsabilidad civil extracontractual y del Estado, “*impone considerar aquello que derivado de la actividad o de la inactividad de la administración pública no sea soportable i) bien porque es contrario a la Carta Política o a una norma legal, o ii) porque sea ‘irrazonable’, en clave de los derechos e intereses constitucionalmente reconocidos*”.

En cuanto al daño antijurídico, el precedente jurisprudencial establecido por la Corte Constitucional señala que la “*(...) antijuridicidad del perjuicio no depende de la licitud o ilicitud de la conducta desplegada por la Administración sino de la no soportabilidad del daño por parte de la víctima*”¹⁰. Dicho daño, además, tiene como características que debe ser **i) cierto, ii) presente o futuro, iii) determinado o determinable, iv) anormal** y que se trate de una **v) situación jurídicamente protegida**.

En el caso bajo estudio la parte actora hace consistir el daño con ocasión al fallecimiento de la señora **María de Jesús Rosa de Montero** (q.e.p.d.), el 30 de abril de 2017.

Al respecto se encuentra acreditado en el expediente el fallecimiento de la señora **María de Jesús Rosa de Montero** (q.e.p.d.), el 30 de abril de 2017, según se desprende el registro civil de defunción No.09358839¹¹, luego de presentar peritonitis abdominal, de acuerdo con el informe de necropsia No. 2017010111001001394 emitido el 1 de mayo de 2017 (fl. 132 c principal)

Así las cosas, se acreditó el daño, ahora se procede a dilucidar si el mismo le resulta atribuible a la demandada.

3.4.2. Fundamento de la imputación de la responsabilidad del Estado.

Sobre el particular ha dicho el Consejo de Estado:

“En cuanto a la imputación exige analizar dos esferas: a) el ámbito fáctico, y; b) la imputación jurídica (nota al pie: ‘La imputación depende, pues, tanto de elementos subjetivos como objetivos’. SÁNCHEZ MORÓN, Miguel. Derecho administrativo. Parte general., ob., cit., p.

⁹ *Ibídem.*

¹⁰ Corte Constitucional, sentencia C-254 de 2003.

¹¹ F. 46 c. 1.

927), en la que se debe determinar **la atribución conforme a un deber jurídico** (que opera conforme a los distintos títulos de imputación consolidados en el precedente de la Sala: falla o falta en la prestación del servicio –simple, presunta y probada-; daño especial –desequilibrio de las cargas públicas, daño anormal-; riesgo excepcional). Adicionalmente, resulta relevante tener en cuenta los aspectos de la teoría de la imputación objetiva de la responsabilidad patrimonial del Estado. Precisamente, en el precedente jurisprudencial constitucional se sostiene,

‘La superioridad jerárquica de las normas constitucionales impide al legislador diseñar un sistema de responsabilidad subjetiva para el resarcimiento de los daños antijurídicos que son producto de tales relaciones sustanciales o materiales que se dan entre los entes públicos y los administrados. La responsabilidad objetiva en el terreno de esas relaciones sustanciales es un imperativo constitucional, no sólo por la norma expresa que así lo define, sino también porque los principios y valores que fundamentan la construcción del Estado según la cláusula social así lo exigen’ (Nota al pie: Corte Constitucional, sentencia C-043 de 2004).

Sin duda, en la actualidad todo régimen de responsabilidad patrimonial del Estado exige la afirmación del **principio de imputabilidad**, según el cual, **la indemnización del daño antijurídico cabe achacarla al Estado cuando haya el sustento fáctico y la atribución jurídica**. Debe quedar claro, que el derecho no puede apartarse de las ‘estructuras reales si quiere tener alguna eficacia sobre las mismas’.

(...) En concreto, **la atribución jurídica debe exigir que sea en un solo título de imputación, la falla en el servicio, en el que deba encuadrarse la responsabilidad extracontractual del Estado**, sustentada en la vulneración de deberes normativos, que en muchas ocasiones no se reducen al ámbito negativo, sino que se expresan como deberes positivos en los que la procura o tutela eficaz de los derechos, bienes e intereses jurídicos es lo esencial para que se cumpla con la cláusula del Estado Social y Democrático de Derecho”¹² (se resalta).

3.4.3. De la responsabilidad del Hospital Militar Central.

Al respecto, la Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una posición en materia de responsabilidad estatal por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual, aquélla es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es la **“falla probada del servicio”**, el título de imputación bajo el que es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, de suerte que se exige acreditar por parte del demandante la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste.¹³

Por tanto, en esta materia, para que pueda predicarse la existencia de una falla, el H. Consejo de Estado ha precisado que es necesario que se demuestre que la **“atención médica”** 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.

De esta manera, debe establecerse si en el caso concreto, concurren el daño antijurídico, la imputabilidad del mismo al Estado y una relación de causalidad, tal y como se desprende de la cláusula de responsabilidad patrimonial del Estado (artículo 90 Constitución Política de Colombia).

¹² Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera, Subsección “C”. Sentencia proferida el 9 de mayo de 2012, al interior del proceso 1997-03572 (22366) C. P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

¹³ Consejo de Estado. Sección Tercera. Sentencia del 28 de febrero de 2013. Expediente Número 66001-23-31-000-2001-00063-01 (25075). C. P. Danilo Rojas Betancourt.

Igualmente, en el estudio que se hace del daño, en el presente asunto, ha de tenerse en cuenta que el mismo debe ser directo (relación entre el autor y la producción del daño), personal (calidad del perjudicado con el hecho y por tanto, quien tiene derecho a reclamar) y cierto (el daño produjo o producirá una disminución o lesión material o inmaterial en el patrimonio de quien lo sufre).

En esa medida se hace necesario analizar, cada uno de los supuestos advertidos por la parte actora y que a su parecer constituyen una falla en el servicio en cabeza de la institución médica y que insidieron en el daño jurídico reclamado.

3.4.4. De la pérdida de oportunidad

En torno a este tema, el Consejo de Estado reordenó los elementos constitutivos del daño de pérdida de oportunidad en los siguientes términos¹⁴:

15.3. Falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado. En primer lugar, para determinar si se está en presencia de un daño de pérdida de oportunidad, es necesario establecer que, en efecto, el titular de la expectativa legítima se encontraba, para el momento en que ocurre el hecho dañino, en una situación de incertidumbre de recibir un beneficio o una ventaja esperada, o de evitar un perjuicio indeseado. La oportunidad debe encontrarse en un espacio caracterizado por no existir certeza de que su resultado habría beneficiado a su titular, pero tampoco en el que sólo exista la conjetura de una mera expectativa de realización o evitación. Si se tiene certeza sobre la materialización del resultado final, no es posible hablar del daño consistente en la pérdida de oportunidad sino de la privación de un beneficio cierto, o si se trata de una mera conjetura o ilusión, tampoco habría lugar a la configuración de una oportunidad por no tener la intensidad suficiente para convertirse en una probabilidad razonable de alcanzarse o evitarse. Así, el requisito de la “aleatoriedad” del resultado esperado tiene enormes incidencias en el plano de la indemnización, ya que si se trata de la infracción a un derecho cierto que iba a ingresar al patrimonio de la víctima o frente al cual se debía evitar un menoscabo, su indemnización sería total, mientras que si el truncamiento es solo respecto de la expectativa cierta y razonable de alcanzar o evitar un resultado final, la posibilidad truncada sería indemnizada en menor proporción.

15.3.1. En ese orden de cosas, la falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado consistente en la obtención de un beneficio o la evitación de un perjuicio que se busca evitar es el primer elemento para proceder a estudiar los otros que se exigen para la configuración de la pérdida de oportunidad.

15.4. Certeza de la existencia de una oportunidad. En segundo lugar se debe constatar que, en efecto, existía una oportunidad que se perdió. La expectativa legítima debe acreditar inequívocamente la existencia de “una esperanza en grado de probabilidad con certeza suficiente” de que de no haber ocurrido el evento dañoso, la víctima habría mantenido incólume la expectativa de obtener el beneficio o de evitar el detrimento correspondiente.

15.5. Pérdida definitiva de la oportunidad. En tercer lugar se debe acreditar la imposibilidad definitiva de obtener el provecho o de evitar el detrimento. Es indispensable que se tenga la certeza de que la posibilidad de acceder al beneficio o evitar el perjuicio fue arrancada definitivamente del patrimonio -material o inmaterial- del individuo tornándola en inexistente, porque si el beneficio final o el perjuicio eludido aún pendiera de la realización de una condición futura que conduzca a obtenerlo o a evitarlo, no sería posible afirmar que la oportunidad se perdió, ya que dicha ventaja podría ser aún lograda o evitada y, por ende, se trataría de un daño hipotético o eventual; dicho de otro modo, si bien se mantiene incólume

¹⁴ Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 5 de abril de 2017, MP Ramiro Pazos Guerreo, Radicado 25.706.

la incertidumbre respecto de si dicho resultado se iba a producir, o no, la probabilidad de percibir el beneficio o de evitar el perjuicio sí debe haber desaparecido de modo irreversible, en la medida en que si el resultado todavía puede ser alcanzado, el “chance” aún no estaría perdido y, entonces, no habría nada por indemnizar.

En cuanto a las características de la pérdida de oportunidad, las que la jurisprudencia¹⁵ le ha atribuido, son las siguientes: **(i)** *debe constituir una probabilidad seria y debidamente fundada, que permita afirmar la certeza del daño y no una mera posibilidad, vaga y genérica, que no constituye más que un daño meramente hipotético o eventual;* **(ii)** *lo perdido o frustrado es la oportunidad en sí misma y no el beneficio que se esperaba lograr o la pérdida que se pretendía eludir;* **(iii)** *la medida del daño será proporcional al grado de probabilidad que se tenía de alcanzar el beneficio pretendido;* y **(iv)** *el bien lesionado es un bien jurídicamente protegido.*

En concordancia con lo anterior, la Sección Tercera del Consejo de Estado ha referido la pérdida de oportunidad, con una naturaleza autónoma en los siguientes términos: “(...) *la Sala considera que la pérdida de oportunidad se ubica en el campo del daño, sin desconocer que por elementales razones guarda estrecho vínculo con la relación de causalidad, -la causalidad existente entre el hecho imputable y el daño para estructurar la responsabilidad- y por lo mismo, resulta ser un perjuicio autónomo que, no obstante, es indemnizable, diferente al daño final padecido por el paciente*”¹⁶.

Conforme a lo expuesto precedentemente, el Despacho precisa que cuando se han determinado los elementos de la responsabilidad, el hecho dañino, el resultado lesivo y la imputación del mismo a una entidad, procede la declaratoria de responsabilidad por falla en el servicio, y cuando, lo que dan cuenta los medios probatorios es que con la actuación de la entidad se concretó fue la pérdida de oportunidad del paciente de recobrar o mejorar su salud, habrá que condenarse por esa pérdida de oportunidad como daño autónomo.

En cuanto a este análisis, reitera el Despacho que los argumentos expresados por la parte actora se pueden resumir en los siguientes: **(a)** errado diagnóstico de apendicitis aguda, **(b)** no tenerse en cuenta los antecedentes patológicos y quirúrgicos de la señora **María de Jesús Rosa de Montero** (q.e.p.d.), **(c)** negligencia en el tratamiento postoperatorio de apendicitis laparotomía y eventrorrafia ventral, **(d)** adquisición de la infección nosocomial o intrahospitalaria.

Respecto al **primer y segundo cuestionamiento**, se encuentra demostrado lo siguiente:

Al expediente se aportó copia de la historia clínica de la señora **María de Jesús Rosa de Montero** (q.e.p.d.), en la que se da cuenta de la atención que recibió en el **Hospital Militar CentrLal**. En ella se advirtió que:

a.) La señora **María de Jesús Rosa de Montero** (q.e.p.d.), acudió al **Hospital Militar Central** el 6 de julio de 2016¹⁷ a las 4:42 p.m., por el servicio de urgencias, por dolor abdominal agudo a nivel de la región inguinal derecha que, se irradió a región lumbar. Además, presentó picos de fiebre no cuantificado y emesis en 4 oportunidades el día anterior.

b.) De otra parte, al examen de RX, se describió que, la paciente presentó

¹⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera, fecha 5 de marzo de 2015, C.P, Ramiro Pazos Guerrero.

¹⁶ Sentencia de 27 de abril de 2011, exp. 18.714. M.P. Gladys Agudelo Ordóñez; en ese mismo sentido, puede consultarse la sentencia dictada el pasado 8 de junio del presente año, exp. 19.360.

¹⁷ Ver cuaderno No.3, folios 469 a 487.

abundante materia fecal sin signos de obstrucción, encontrándose estable clínicamente, sin respuesta de inflamación, por lo que se dio de alta.

- c.) Ante la persistencia del dolor, acudió nuevamente la Hospital Militar Central el 11 de julio de 2016 a las 15:08 p.m.,¹⁸, donde indicaron que, la paciente continuaba con dolor en la fosa iliaca derecha de 8 días de evolución, difusión multiorgánica (compromiso cardiovascular - respiratorio renal). Post de Laparoscopia – diagnóstica + laparotomía explorativa + drenaje peritonitis + resección Intestinal y anastomosis + drenaje – absceso pared abdominal + colocación de Vac (17/07/16). Perforación de Asa Yeyuna. Pop laparoscopia diagnosticada el 11 de julio de 2016 + apendicetomía incidental. Antecedentes de hipertensión arterial. Obseso, pared abdominal.

Presentó luego del post operatorio de Laparoscopia, evolución tórpida, con signos de obstrucción intestinal, elevación de reactantes de fase aguda y deterioro clínico. Se pasó a sala de cirugía encontrando perforación intestinal y peritonitis. Se realizó manejo quirúrgico, dejando en sistema de Vac. Se inició reanimación postoperatoria, se solicitó paraclínicos, y se dejó con antibióticos con Piperacilina Tazobactam (cuaderno No. 3, folios 609, 608).

- d.) Se evidencian en las notas de enfermería que, a la paciente se le efectuaron curaciones e inserción de sonda para cateterismo (cuaderno No. 3, folio 498 a 501 c. No. 3), y se entregaron órdenes médicas (ver cuaderno No.3, folios 537 a 502).
- e.) En cuanto al reporte de ecografía abdominal, arrojó líquido libre en cavidad, por ello se procedió a realizar con traductor exploración de la fosa ilíaca derecha, sin ver el apéndice cecal. Igualmente, los médicos no pudieron descartar proceso apendicular agudo (ver cuaderno No. 3, folios 580).
- f.) Sobre el reporte de urotac, del 11 de julio de 2016 se extrajo:¹⁹

“... Riñones de morfología habitual con adecuadas relaciones corticomedulares. Uréteres de calibre normal. Vejiga sin evidencia de alteraciones. No hay calcificaciones a nivel de las zonas vesicoureterales Ateromatosis aortoiliaca. (...)”.

- g.) De igual manera, y continuándose con la valoración, el 12 de julio de 2016 a las 10:48 a.m., la señora **María de Jesús Rosa de Montero** (q.e.p.d.) continuó con dolor en la fosa iliaca derecha, asociado a dolor migrante, con paraclínicos dentro de los rangos normales. Se consideró, cuadro clínico sugestivo de apendicitis agudo, por lo tanto, se decidió practicar apendicetomía por laparoscopia²⁰.
- h.) El 15 de julio de 2016, la señora **María de Jesús Rosa de Montero** (q.e.p.d.) presentó dolor en el sitio de la herida, con episodio de vómito gastrobiliar, distensión abdominal, equimosis y hematoma subdérmicos, sobre la

¹⁸ Ver cuaderno No.3, folios 488 y 489, 604 a 608.

¹⁹ Ver cuaderno No.3, folio 577.

²⁰ Ver cuaderno No.3, folios 588 a 591, 595, 600

inserción del trocar de laparoscopia.

- i.) El 16 de julio de 2016 se le practicó a la paciente endoscopia de vías digestivas altas EVDA, con consentimiento informado. Diagnóstico, abundante cantidad de líquido de retención gástrica. Se le recomendó a la paciente que, en caso de dolor, distensión abdominal o sangrado importante (palidez, adinamia, palpitaciones o hipotensión), intolerancia a la vía oral, acudiera a urgencias.
- j.) El 17 de julio de 2016 a la 1:05 p.m., se llevó nuevamente a la señora **María de Jesús Rosa de Montero** (q.e.p.d.) a cirugía de laparoscopia diagnóstica, laparotomía exploratoria, drenaje en peritonitis localizada, resección intestinal, anastomosis, donde se le encontró *“perforación de aproximadamente 1cm a nivel yeyuno, con peritonitis localizada y emplastramiento a nivel de sitio de inserción de trocar en fosa iliaca izquierda marcada distensión de asas intestinales delgadas abundante liquido de reacción peritoneal enfermedad diverticular de colón sigmoides sin complicación absceso a nivel de pared abdominal supra umbilical”*²¹.

Presentó deterioro de su condición de salud por la peritonitis y, le generó un shock séptico.

- k.) El 18 de julio de 2016 se reportó:

*“1. Deficiencia en las funciones y estructuras corporales de los sistemas digestivos, neuromúsculo esquelético y relacionados con el movimiento
2. Limitación en las áreas principales de la vida y para la movilidad.
3. Restricción en la participación vida comunitaria social y cívica.
4. Desacondicionamiento físico secundario a enfermedad de base.*

- l.) Posteriormente, el 21 de julio de 2016 a las 9:20 p.m., se realizó lavado peritoneal. Se dio salida el 2 de agosto de 2016 (c. No. 3, folio 592).
- m.) El 29 de marzo de 2017 a las 15:00 p.m., ingresó nuevamente la señora **María de Jesús Rosa de Montero** (q.e.p.d.) al Hospital Militar Central para procedimiento quirúrgico de hernia ventral (cuaderno No.2, folio 877 reverso).
- n.) El 30 de marzo de 2017 05:57 p.m.,²² se describió que, la paciente se encontraba en Post operatorio eventrorrafia con malla + herniorrafia inguinal derecha, hipotensa, con deshidratación, taticardia, dolor abdominal
- o.) En registro del 31 de marzo de 2017 a las 7:24 a.m., la paciente ingresó nuevamente a la Unidad de Cuidados Intensivos, debido al deterioro séptico e hipovolémico secundario por peritonitis secundaria a perforación intestinal (cuaderno No. 2, folios 874 reverso, 875, 876).
- p.) Para los días 1, 2, 3 y 4 abril de 2017 la paciente estaba en regulares condiciones, siendo llevada nuevamente a sala de cirugía por cuadro de shock hipovolémico secundario a perforación. Se encontró con soporte ventilatorio

²¹ Cuaderno No. 3, folios 585, 596

²² Cuaderno No. 2, folio 876.

e inotrópico. Bajo Sedación analgésica, y poca respuesta al estímulo. Se le practicaron lavado²³.

q.) En el registro del 5 de abril de 2017, se indicó:²⁴

“...PACIENTE CORONARIA CON CHOQUE SÉPTICO DE ORIGEN ABDOMINAL EN MODOLUCIÓN DE CHOQUE, PERO PERSISTENCIA DE FIEBRE, MEJORÍA DE PARÁMETROS HEMODINAMICOS CON SOPORTE INOTRÓPICO Y SE LOGRÓ DESTETE DE SORPORTE VASOPRESOR. BALANCES AÚN POSITIVOS CON RADIOGRAFÍA DE TÓRAX CON SIGNOS DE SOBRECARGA. SE COMENTARÁ CON SERVICIO TRATANTE, YA QUE A PESAR DE CUBRIMIENTO ANTIBIÓTICOS PERSISTE FIEBRE, SE SOLICITÓ PROCALCITONINA DE CONTROL Y HEMOCULTIVOS, POR EL MOMENTO NO HAY EVIDENCIA DE OTRO FOCO INFECCIOSO A PARTE DEL ABDOMINAL. CONTINÚA CRÍTICA.

r.) Continuando en las mismas condiciones según reporte de la historia clínica para los días 6, 7 y 8 de abril de 2017 (ver folios 871, 870 y 869, cuaderno No.2).

s.) El 9 de abril de 2017, según reporte de paraclínicos de cultivo del líquido peritoneal realizado el 5 de abril de 2017, indicó que, la señora **María de Jesús Rosa de Montero** (q.e.p.d.), presentó: *“E COLI KPC, K NEUMONÍA KPC, E FAECIUM RESISTENTE A VANCOMICINA SENSIBLE A LINEZOLID, P MIRABILIS...”*

Continuando la paciente el 10, 11, 13, 14 de abril de 2017 en regulares condiciones, con estancia prolongada en la UCI, cultivos con gérmenes multirresistentes, razón por la cual se le redirigió terapia antibiótica, y fue solicitado concepto de infectología (cuaderno No. 2, folios 869, 868, 867, 866).

t.) El 15 de abril de 2017, la paciente fue llevada a sala de cirugía para realizarle proceso de liberación de ventilación mecánica, con adecuada respuesta, por lo que, los médicos pudieron realizar el 16 de abril de 2017 extubación. Cultivos positivos, con registro del último lavado el 15 de abril de 2017, con aislamiento de cocos. cuaderno No. 2, folios 864 y 865).

u.) Se registra para los días 16 a 20 de abril de 2017 que, se continuó con el mismo manejo, en ocasiones la paciente se observó estable, pero presentando picos de disminución²⁵.

v.) Reporte de 21 de abril de 2017²⁶

*“... RX DE TÓRAX BORRAMIENTO ANGULO COSTODIAGRAGMATICO IZQUIERDO
PACIENTE CON SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINA QUE PRESENTO DISFUNCIÓN ORGÁNICA MÚLTIPLE. EN EL MOMENTO SIN SOPORTE VASOPRESOR. CON OXIGENACIÓN POR CÁNULA NASAL A 3 LITROS POR MINUTO. SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. CON MODULACIÓN RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMÁTICA SIN LEUCOCITOS, CON*

²³ Cuaderno No. 2, folios 873, 874 y 875.

²⁴ Cuaderno No. 2, folios 870 reverso y 871.

²⁵ Cuaderno No. 2, folios 864 a 863.

²⁶ Cuaderno No. 2, folios 862 y 861.

CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES Y DE GLICEMIA. EL DÍA DE AYER SE LLEVÓ LAVADO + CAMBIO DE SISTEMA VAC DONDE SE ENCONTRÓ ÁREAS DE NECROSIS DE LA GRASA DE LOS COLIAGOS DERMOGRASOS, SIN EVIDENCIA DE COLECCIONES. SIN EVIDENCIA DE FILTRACIÓN DE MATERIA INTESTINAL.

EN EL MOMENTO SIN INDICACIÓN DE MANEJO QUIRÚRGICO. DEBE CONTINUAR EN OBSERVACIÓN Y MANEJO EN UNIDAD INTENSIVA.

w.) Los días 22 a 25 de abril de 2017 la paciente se encontró estable (cuaderno No. 2, folios 862 a 856).

x.) El 26, 27, 28 de abril de 2017²⁷, se indicó que encontraron en la paciente **María de Jesús Rosa de Montero** hallazgos quirúrgicos: no colecciones, escaso material seropurulento, monobloqueo ASAS intestinales. Aislamiento de E Coli KPC. Valorada nuevamente por infectología con reporte de: Klebsiella Pneumonie Blee (+), Multirresistente, Pseudomonía Aeuriginosa, Enterococo Faecium, y quien continuó con manejo antibiótico con tigeciclina por 7 días. El día anterior 25 de abril de 2017, se realizó en la paciente lavado peritoneal y cambio de Sistem Vac, con hallazgos de no colección y escaso material purulento. Continuó con manejo médico y se solicitó valoración pos psicología, para apoyo familiar, informándosele a la paciente en plan de manejo, quien indicó entender.

y.) El día 29 de abril de 2017 se indicó que, la paciente se encontraba estable, con oxígeno adicional dado por cánula nasal a 2 litros por minuto. A la auscultación se evidenció, hipoventilación en bases, con tos, escasa movilización de secreciones se realizaron maniobras de terapia + aceleración del flujo + incentivo respiratorio. (cuaderno No. 2, folio 853).

z.) En anotación de 30 de abril de 2017 03:48 a.m., se describió:²⁸

“...PACIENTE QUIEN DURANTE EL DÍA DE HOY SE ATIENDORN (SIC) MULTIPLES LLAMADOS POR DISTENSIÓN ABDOMINAL, DESDE LAS HORAS DE LA MAÑANA, INCLUSIVE FUE VALORADA POR SOPOIRTE (SCI) NUTRICIONAL, QUIENES CONSIDERARON SUSPENDER EL APOORTE ENTERAL. DURANTE LA NOCHE NUEVAMENTE EL GRUPO DE ENFERMERAS SOLICITA LLAMADO AL GRUPO QUIRÚRGICO DE TURNO. SE ATENDIÓ LLAMANDO DURANTE EL INICIO DE LA NOCHE Y EL ÚNICO HALLADO POSITIVO FUE AL ABDOMEN DISTENDIDO.

EN LA MAÑANA SE HABÍAN REVISADO CULTIVOS ENCONTRANDO NUEVO GERMEN AISLADO Y SE SOLICITÓ NUEVA VALORACIÓN POR EL GRUPO DE INFECTOLOGÍA.

APARENTEMENTE LA PACIENTE SE ENCONTRABA EN UN ESTADO ESTABLE HASTA LA MADRUGADA DEL DÍA DE HOY EN DONDE PRESENTA DETERIORO DEL ESTADO GENERAL Y SE DECIDE REALZAR TRASLADO DE LA PACIENTE A LA SALA DE REANIMACIÓN PARA MONITORIA, AL INGRESO A ESTA DEPENDENCIA DEL HOSPITAL LA PACIENTE PRESENTA DETERIORO AÚN MÁS MARCADO Y PRESENTA CÓDIGO AZUL QUE REQUIERE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA Y AVANZADA SIN LOGRAR REVERTIR DICHO ESTADO Y TRAS 20

²⁷ Cuaderno No. 2, folios 857 a 855.

²⁸ Cuaderno No. 2, folio 853.

MINUTOS DE REANIMACIÓN LA PACIENTE FALLECE.

EN ESTE CONTESTO SE CONSIDERA COMO PRIMERA POSIBILIDAD TROMBOEMBOLISMO PULMONAR VS SEPSIS FULMINANTE POR NUEVO GERMENES AISLADOS EN CULTIVOS RECIENTES.

07:00 LLEGA PACIENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS EN PARO CARDIORESPIRATORIO CON MÉDICOS TRATANTES REALIZANDOLES MANIOBRAS DE REANIMACIÓN, SE CONTINÚA CON REAMINACIÓN, SE PROCEDE A ENTUBAR SE ASISTE PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES QUEDANDO ENTUBADA CON TUBO # 7.5CM, FIJO EN COMISURA LABIAL EN 22 CM SE CONECTA A VENTILACIÓN MECÁNICA PACIENTE NO RESPONDE Y FALLECE 07:55

El 24 de noviembre de 2022²⁹ se recepcionó el testimonio del médico **Camilo Andrés Bautista Vaca**, Cirujano General del Hospital Militar Central, quien a grandes rasgos sostuvo que:

- En la fase inicial, en el área de urgencias fue el médico tratante de la señora **María de Jesús Rosa de Montero**.
- La paciente ingresó con cuadro clínico de dolor abdominal.
- Primero la valoró el grupo de medicina general de urgencias, quienes dieron alta médica. Sin embargo, reingresó como a los 2 días, y se le tomó una serie de paraclínicos.
- El médico familiarista interpretó que, la paciente cursaba con un abdomen agudo quirúrgico, por lo que generó una interconsulta a medicina general y, conoció del caso, procediendo a hacer la valoración de la historia clínica, y los estudios que se le habían realizado a la paciente, decidiendo llevarla a una laparoscopia y trabajó con el diagnóstico de una apendicitis aguda.
- Los médicos tratantes iniciales interpretaron el cuadro como una posible gastroenteritis aguda, y por ello pudo ser que fue dada de alta.
- En la atención que él brindó, sólo dio al otro médico la posibilidad de llevarla a cirugía.
- Sobre que síntomas se pudo evidenciar en la paciente para que se diera un cuadro clínico diferente, señaló que, fue el dolor localizado en la fosa iliaca derecha, con signos de irritación peritoneal.
- Acerca del procedimiento de la laparoscopia, indicó que, consistió en introducir una cámara a nivel del ombligo haciendo una incisión, lo cual siempre se haría con técnica abierta, o sea, hacer una incisión en la pared abdominal, viendo a través del ombligo e introduciendo un elemento conocido como trócar, lo que se hizo para poder manipular las vísceras e ingresar a la cavidad abdominal.
- Cuando se hizo la evaluación macroscópica, se evidenció que el apéndice se encontraba macroscópicamente sana, con lo cual no era que se descartara un cuadro de apendicitis. Por ello, se hizo necesario observar toda la cavidad abdominal de la paciente (estómago, vesícula, fosas intestinales), para ver que, no existiera otra causa de dolor abdominal.
- En cuanto a la posible causa que generó el dolor abdominal a la señora **María de Jesús Rosa de Montero** sostuvo que, en la laparoscopia no hubo hallazgos.
- Indicó que, el procedimiento que se siguió, fue con otro médico, quien le hizo la cirugía. Agregó que, después de la atención, lo que hizo fue la visita médica domiciliaria que estaba a cargo del grupo de cirugía general.
- La paciente posteriormente presentó dolor abdominal de mayor intensidad en el sitio de inserción del trócar del lado izquierdo. Continuó insistiendo que, el grupo médico

²⁹ Expediente virtual, carpeta No. 043 y 044, minuto 08:27.

hizo visita domiciliaria. Además, señaló que, se hizo una serie de paraclínicos, teniendo en cuenta que, la evolución de la paciente no era la adecuada, no obstante, mantuvo que, nunca encontraron hallazgos que hubiesen podido sugerir que, lo que tuvo era una complicación generada del procedimiento.

- Continuando su relato, se llevó a cabo a la señora **María de Jesús Rosa de Montero** una endoscopia y una tomografía, viendo en este último examen que hubo una obstrucción intestinal, por lo que tomaron la decisión de ser llevar nuevamente a cirugía, pensando que tal vez se pudo obstruir, pero no que era tal vez una complicación derivada del procedimiento.
- Sobre la obstrucción intestinal, manifestó que, se pudo producir por adherencias, las cuales eran unas bandas que se formaban después de un procedimiento quirúrgico abdominal, conllevando a la obstrucción del tránsito del intestino, llegado en ocasiones a generar tensión, dolor, vómito y ausencia de deposiciones.
- En cuanto a las causas de la obstrucción intestinal, indicó que, lo más frecuente podía ser después de un post operatorio las adherencias.
- Cuando un paciente tenía antecedentes quirúrgicos, podía o no desarrollar esas adherencias.
- En cuanto al nuevo procedimiento quirúrgico que se le hizo a la señora **María de Jesús Rosa de Montero** señaló que, fue una nueva laparoscopia, la cual arrojó una zona inflamatoria a nivel del intestino delgado y, pensando que la paciente tenía perforación del intestino, se le practicó una laparotomía encontrando un segmento del intestino delgado con perforación.
- A la pregunta del Despacho, a qué se pudo deber la perforación, el medico indicó que, en el caso de la señora Roa, tal vez, por los antecedentes de laparotomía por una colecistectomía y cesárea.
- Indicó que, el doctor Catime cortó el intestino de la señora **María de Jesús Rosa de Montero** y lo volvió a unir.
- Sobre la evolución de la paciente luego de realizado el anterior procedimiento, sustentó que, fue crítico, se remitió a la UCI, donde le prestaron todos los cuidados que requirió, como lo fueron soporte ventilatorio, soporte hemodinámico y procedimientos quirúrgico adicionales que se requirieron, hasta que se logró el cierre de la pared abdominal, superando la paciente todo, por lo que se dio de alta.
- Agregó que, la paciente luego del anterior procedimiento tuvo consulta externa, encontrándola en plan de rehabilitación (terapia física), y plan de nueva cirugía para cerrar la pared abdominal.
- A la pregunta de qué similitudes podía haber entre el cuadro de apéndices y el cuadro de gastroenteritis, expuso ser similares, como dolor abdominal localizado en la parte baja del abdomen, diarrea, vómito, fiebre y, en la exploración abdominal paciente deshidratado, signos de irritación peritoneal. Agregó que, cuando había diagnóstico de gastroenteritis, no existían signos de irritación peritoneal.
- Cuando valoró a la paciente, ella no le indicó que tenía dolor en la cadera ni en la ingle, sólo refirió el dolor netamente abdominal, esa fue la anamnesis.
- Sobre si el signo de blumberg, fue por lo que él sospecho apendicitis, señaló que, usualmente se hacía una serie de paraclínicos (tomografía, ecografía), y de llegar a persistir el paciente asintomático con signos de irritación peritoneal, no podía quedar con el diagnóstico imaginario que era lo aproximado, sino que debían realizar la laparoscopia de tenerse la posibilidad, que fue lo que se hizo con la señora **María de Jesús Rosa de Montero**.
- Señaló que, el diagnóstico de visera hueca sí fue advertido a la paciente y a la familia, lo cual se encontraba consignado en el consentimiento informado.
- Sobre el signo consignado por él en la historia del blumberg positivo localizado en fosa iliaca derecha, indicó ser real, lo cual es un signo de irritación peritoneal.

- De otra parte, mantuvo que, si en la primera valoración de una paciente se pensara que estuviera cursando con una apendicitis, lo que se debía hacer era que la viera el especialista y de estar de acuerdo se llevaba a cirugía.

Igualmente, se practicó el testimonio del médico **Iván Selim Katime**³⁰, cirujano general de Hospital Militar Central, quien a grandes rasgos sostuvo

- Tuvo vínculo con la señora **María de Jesús Rosa de Montero** por varias situaciones de salud que presentó. Inicialmente, por cirugía de apéndice y luego lideró la reconstrucción de la pared abdominal. Con la familia durante todo el proceso y la evolución.
- Conoció el caso de la señora **María de Jesús Rosa de Montero** posterior a un post operatorio por una apendicetomía laparoscópica por dolor abdominal, la encontró hospitalizada y observó que, hubo dudas por la evolución de la paciente, ya que, en ese momento no era la adecuada.
- Al evaluarla consideró que, debía ser llevada a cirugía de laparotomía.
- Realizó la cirugía y encontró un cuadro de perforación intestinal con peritonitis.
- Agregó que, por varios meses la revisó, hasta que superara la situación por la que estaba atravesando.
- Vio a la paciente en consulta externa, existiendo una discusión de si le reconstruían la pared abdominal o dejarían con el uso de faja abdominal.
- Aunado a lo anterior, mantuvo que, los familiares de la **María de Jesús Rosa de Montero** le refirieron que, la paciente estaba muy afectada por su calidad de vida, por la hernia que quedó.
- Puso de presente al Despacho que, los pacientes con peritonitis, eran manejados con una técnica que se llamaba abdomen abierta que, en muchas ocasiones no volvía a cerrar su pared abdominal, por lo que ellos como médicos, lo hacen de manera diferida, tal vez, en un año. Sin embargo, señaló que, en ocasiones por los riesgos, como la edad del paciente, indicaban al paciente que, no existía reconstrucción de la pared abdominal y quedaban con hernias de la pared.
- Lo anterior conllevando, a que pudiera generar mala calidad de vida, porque los pacientes sentían contingencia urinaria o cuando se levantaba pensaban que algo se estaba desplazando, y en el caso de la señora **María de Jesús Rosa de Montero** todo el contenido abdominal. Por ello se reunió con la familia de la paciente y con ella, se le explicó la técnica abierta en qué consistía, debido a que era una cirugía de reconstrucción bastante grande, y se decidió la realización de la reconstrucción de la pared abdominal, la cual él lideró.
- Sobre la cirugía, indicó que, era bastante compleja, por los antecedentes quirúrgicos de la señora **María de Jesús Rosa de Montero** desde cuando se le hizo la cirugía del apéndice, obesidad y edad, sin embargo, quedó satisfecho con la cirugía.
- En cuanto a la evolución luego de practicada la cirugía, exteriorizó que, hubo algo que no le pareció. El primer día, lo normal dolor, pero luego, se observó la salida de un material, que le generó dudas.
- Adicionó que, en la señora **María de Jesús Rosa de Montero** se usó una malla especial, la cual podía llegar a generar cambio de decoloración de los líquidos, ya que dejaron unos sistemas de drenaje; sin embargo, en la experiencia que él tenía y en especial de ese tipo de cirugías, surgieron esas dudas, por lo que decidió hacer monitoria con la intervención de varios de sus colegas, pero una mañana, no recuerda si fue el segundo o tercer día, luego de que se practicó la cirugía, hubo deterioro clínico, por lo que se consideró llevarla nuevamente a una revisión de la cavidad abdominal, sin que tal decisión para él hubiera sido fácil por el tipo de cirugía de

³⁰Expediente virtual, carpeta No. 043 y 044, minuto 01: 36.

cavidad abdominal, o sea, que se destruyera lo que ya habían hecho.

- Como consecuencia de lo anterior, y como decidió intervenirla nuevamente, encontró una peritonitis y una perforación de una gasa intestinal, por lo que decidió darle el manejo como cuando tuvo la paciente la peritonitis, con múltiples intervenciones multidisciplinarias, para lavados, cuidados intensivos, se valoró por varios servicios (intensivistas, cirujanos, infectólogos, etc), estando la paciente varios meses en ello, pero posteriormente salió a piso, ante la situación tan crítica, se pensó en la muerte, los indicadores que se manejaron en medicina eran muy desfavorables para su evolución.
- Dejó consignado que, los colegas se habían enfrentado el día sábado a unas complicaciones que presentó la paciente, donde terminó falleciendo.
- A la pregunta del Despacho, de cuando se habla de cirugía abierta en qué zona o parte del abdomen se podía dar, indicó que, podían existir varias incisiones por debajo por encima del abdomen, porque lo que se debía tener en cuenta era que, no existiera signo de peritonitis, y se debía entrar a través de una incisión pequeña en la parte inferior derecha donde estaba el apéndice, que en medicina se llamaba cuadrante inferior derecho- incisión localizada.
- En cuanto a la laparoscopia, indicó que, existía un trócar que, debía ser colocado en el ombligo, ingresando por ahí, por ser la parte más cercana entre la piel y la cavidad abdominal, existiendo diversas técnicas en el mundo para su ingreso. En el Hospital Militar Central lo realizaban con cirugía abierta.
- Explicó que, el médico Camilo Bautista hizo la cirugía de apendicetomía laparoscópica, porque hubo sospecha de apendicitis y, en algún momento de la evolución post operatoria, el testigo valoró a la señora **María de Jesús Rosa de Montero** y como algo sucedió, tomó la decisión de reintervenirla, encontrando una perforación intestinal. Señaló que, a pesar que fueron dos cirugías distintas tuvieron las mismas complicaciones (la perforación intestinal, esto es, un hueco en el intestino), siendo la causa más frecuente en la cirugía laparoscópica, perforaciones que se podían llegar a dar durante la introducción del trócar, pero también, podría suceder durante la manipulación.
- Sostuvo que, al abrirse el abdomen podría llegar a generarse gérmenes.
- Cuando la paciente superó la primera etapa, esto es, cuando logró salir de la Institución hospitalaria, le quedó una hernia de la pared abdominal.
- En la tercera fase, cuando se cerró la pared abdominal, pudo generar riesgos, llamados perforaciones intestinales de vejiga vascular tanto de las venas y arterias que se adherirían. Además, los pacientes podrían llegar a presentar procesos infecciosos, que eran las neuralgias post operatorias.
- A la pregunta, de si las cirugías que tuvo anteriormente la paciente estarían generando adherencias y si estas también se pudieron generar por la laparoscopia, indicó que, sí. Agregó que las adherencias no eran comorbilidades, ni enfermedades, puesto que podía presentarse en cualquier ser humano en mayor o menor riesgo, por haber sido explorada su cavidad abdominal, por ello, entre más cirugías tuviera un paciente, incluida la cesárea, podía llegar a existir más adherencias.
- Corroboró que, el cierre pared abdominal de la señora **María de Jesús Rosa de Montero** fue abierto, porque no se podía hacer laparoscópica por sus comorbilidades, obesidad y cirugías.
- No existían estudios previos para poder ver las adherencias, tan sólo se visualizaba cuando se ingresaba a la cavidad abdominal y se hacía la descripción, ejemplo, adherencia en tal sitio. Insistió que, con más de una cirugía en principio ya podría la paciente tener adherencias.
- Sobre si la familia o la paciente dieron autorización para la cirugía de la hernia, mantuvo que no, por ser un hallazgo intra-operatorio, donde no se necesitó

consentimiento.

- A la pregunta, qué significó que a la paciente se le formó un hematoma inguinal izquierda y qué originó la decoloración verdosa. Expuso que, en esa clase de cirugías, ellos debían dejar unos drenes muy amplios porque los pacientes drenaban sangre, y había cambios que eran esperados, siendo necesario dejarlos para que todo saliera por los drenes y así poder vigilar lo que estaba saliendo. En cuanto a la decoloración café o marrón verdoso que se ubicó en la paciente, indicó ser lo normal, sólo que no sabían en su momento si era por la malla, por otro elemento o por una perforación intestinal.
- Explicó que, la malla que ellos pusieron en la paciente, no fue la normal de plástico, sino una muy costosa, la cual no se debería pegar al intestino, porque el material se degrada, lo cual podría producir decoloración
- Expuso que de no haberse hecho la paciente los lavados, había fallecido en la UCI.
- Explicó que, los pacientes que quedaban con abdomen abierto y llevaba demasiado tiempo en el hospital, el riesgo de adquirir bacterias era muy alto, y también podrían morir por un infarto.

A la vez, el 18 de mayo de 2023³¹ se practicó el testimonio del médico **Carlos Hernando Gómez** quien explicó que:

- Dio respuesta a una interconsulta que pasó el servicio tratante de la paciente, que en su momento lo era cirugía general.
- Se trató de una mujer de 74 años de edad, con antecedentes de cirugía de eventorrafia con malla e infección que se relacionó a una peritonitis fecal por perforación del yeyuno e íleon, generando una infección a nivel abdominal.
- Se trató de una mujer con varias comorbilidades, como lo era hipertensión, enfermedad coronaria y un plasmocitoma, por lo que se debía entrar a ser valorada y luego hacer ajustes de terapia microbiana acorde con los resultados que dejara el hemocultivo.
- La estancia hospitalaria de la paciente fue demasiado prolongada, con uso de varios antibióticos, y que por tratarse de una infección abdominal el que se usó fue polimicrobianas, sin embargo, como se habían involucrado varios microorganismos, tuvieron que usarse varios antibióticos.
- En cuanto al concepto microbiano emitido por él, expuso que, según los cultivos para el día de la valoración, se debía ajustar el tratamiento para lograr cubrir los gérmenes, lo que debía ser manejado con meropenem y tetraciclina, antibiótico de amplio espectro.
- La paciente se mostró estable, porque si bien no pudo resolver su condición infecciosa, sí tuvo mejoría en algunos parámetros, siendo necesario continuar con los antibióticos.
- Por tratarse de una mujer de 74 años, con multimorbilidad, o sea, con condiciones de base importantes, como enfermedad cardiovascular, hipertensión, enfermedad coronaria, condición oncológica plasmocitoma, era obligatorio la intervención quirúrgica.
- Sobre cómo inciden las comorbilidades de la paciente en la infección, indicó que, eso hacía que el pronóstico fuera menos favorable, en ocasiones entraba el proceso de desnutrición. Siendo el manejo de esos pacientes complejo, porque el antibiótico sólo es complementario.
- Aclaró que la pseudomona aeruginosa que tenía la paciente, era un germen que, pudo o no ser parte de tracto gastrointestinal normal. No obstante, mantuvo que, cuando se hacía el uso de antibióticos en repetición, podría ocurrir irse seleccionando los

³¹Expediente virtual, audiencia de pruebas, carpetas No. 055, 056 y 057, minuto 05:50.

gérmenes, esto es, se matarían gérmenes de la flora normal y otros gérmenes podrían ir haciendo un sobre crecimiento. En cuanto a la pseudomona aeruginosa precisó que, tenía características de alta virulencia produciendo procesos de infección muy severos, siendo lo normal infecciones de muy bajo control.

- Completó que, los infectólogos daban recomendaciones para prevenir las infecciones, pero la infección intrahospitalaria no podía ser evitada en un 100%, por existir variables que dependían de cada individuo, las cuales no eran modificables, como la edad del paciente, las comorbilidades que hacían que el sistema inmune no lograra estar en igualdad de condiciones para poder responder hacia una nosa, como podría ser la infección una vez instaurada.
- A la pregunta de si el Hospital Militar Central para la época de los hechos tuvo implementado el protocolo de minimización los riesgos de infección, señaló que la entidad estaba con un servicio de epidemiología, apoyado de infectología, y sus protocolos para disminuir las infecciones que se llegaran a presentar y, para la época de los hechos, claro que estaban los protocolos y elementos de prevención, siendo aplicados, como medidas de prevención que podrían ser el uso de medios profilácticos, buenas prácticas en los quirófanos, etc.
- Sobre los gérmenes encontrados en la señora **María de Jesús Rosa de Montero** observó que fueron la pseudomona aeruginosa y otros más, siendo sensible la paciente a la aplicación del antibiótico meroperem, el cual se le aplicó. Aclaró que, a la luz de lo que se hacían en la actualidad, los tratamientos eran diferentes, por existir otros antibióticos, y para la época de la paciente, ese debía ser el tratamiento con meroperem.

Finalmente, en el expediente virtual, carpeta No. 032 el médico Arturo Vergara Gómez, Cirujano General, Jefe Departamento Cirugía - Jefe Unidad de Falla Intestinal del Hospital Universitario Fundación Santa Fe De Bogotá, allegó dictamen pericial, el cual tuvo como base la revisión que hizo a la historia clínica de la señora **María de Jesús Rosa de Montero**, y del cual en audiencia celebrada el día 18 de mayo de 2023³² se practicó la contradicción.

Concluyó no haber encontrado una conducta dolosa que explicara en los documentos aportados de la historia un retraso en la cirugía que, finalmente resolvió el cuadro, porque las secuelas de la operación fueron las esperadas para ese tipo de procedimiento y la posibilidad de complicaciones post operatoria estaba enmarcada en los porcentajes señalados en las tablas médicas.

Sobre la eventrorrafia que presentó la paciente, indicó qué, era un procedimiento quirúrgico encaminado a corregir la presencia de una hernia en la pared abdominal y como técnica tenía variantes y, además, se podía llegar a requerir prótesis externas para reconstruir el defecto y reforzar el cierre.

Igualmente, adujo que, la eventración o hernia incisional era la complicación más frecuente de toda la cirugía abdominal, que se podría presentar después de una laparotomía como en el acceso laparoscópico, en las puertas de entrada de trocares o de salida de piezas resecaadas.

Por último, resolvió el cuestionario del caso de la **María de Jesús Rosa de Montero**, en resumen, indicó:

En cuanto al dolor de cadera en ingle consultada el 6 de julio de 2016, si éste era sugestivo de apendicitis o de abdomen quirúrgico, afirmó que, por la localización no correspondía a dicha patología y orientaría a problemas articulares de cadera o hernia inguinales.

³²Expediente virtual, audiencia de pruebas, carpetas No. 056 y 057.

Ante el reporte de abundante de cantidad de materia fecal y sospecha de constipación, se decidió llevar a la paciente a apendicectomía por laparoscopia.

Sobre los signos de alarma por persistencia de dolor abdominal, precisó que, se le explicó de forma clara y precisa tanto a la paciente como a la familia que, era necesario regresar a urgencia para segunda evaluación en caso de no mejoraría o presentarse deterioro.

Agregó que, no hubo diagnóstico errado ya que los pacientes de edad avanzada podrían presentar cuadros, signos y síntomas bizarros. Así mismo, los exámenes paraclínicos eran difíciles de interpretar ya que muchas veces la respuesta inflamatoria y la inmunológica a causa de la disminución de la reserva fisiológica propias del envejecimiento serían diferentes a la de los pacientes jóvenes.

A las preguntas: **a)** si la patología consultada por la paciente el 11 de julio de 2016, consistente en dolor abdominal y signos de blumberg en fosa iliaca derecha, permitirían sospechar apendicitis, **b)** ante la evidencia del signo de blumberg, fue oportuna la cirugía y, **c)** si los signos de dolor migratorio y presencia de signos de irritación peritoneal, localizados en la fosa iliaca derecha apoyaban el diagnóstico clínico de apendicitis aguda, expuso que sí.

Hizo un análisis de los riesgos de la cirugía por laparoscopia, como lo eran:

- Lesión de los vasos de la pared abdominal
- Lesión de grandes vasos.
- Lesión de víscera hueca.
- Lesión de víscera maciza.
- Hernias de los orificios de los trocares, entre otras.

A la par, sobre las ventajas, indicó:

- Menor dolor post operatorio
- Corta estadía hospitalaria
- Retorno más rápido de la función intestinal
- Retorno más rápido a la actividad normal
- Mejores resultados cosméticos.

Sobre la perforación del yeyuno durante laparoscopia, expuso ser una de las complicaciones descritas y previsibles, por tal motivo se le hizo firmar el consentimiento informado.

El proceso inflamatorio y los antecedentes quirúrgicos de la paciente para la ocurrencia de lesión de víscera hueca, fueron factores no modificables que aumentaron el riesgo de dicha complicación, así como la obesidad, radioterapia previa e inflamación.

Indicó que, de conformidad con la historia clínica, a la paciente se le dispensaron todos los tratamientos médicos y terapéuticos quirúrgicos tendientes a manejar las complicaciones e infecciones presentadas, sin presentarse falta de oportunidad en valoraciones medicas de especialistas, tardía o descuidada atención y negligencia medica

Finalmente, el Perito consideró que se trató de un caso de inmensa complejidad en una paciente con múltiples comorbilidades y que desafortunadamente tuvo un desenlace fatal por las múltiples complicaciones que se asociaban a la condición de base.

El 18 de mayo de 2023³³ el perito **Arturo Vergara Gómez** indicó que, su valoración se basó en el estudio de la historia clínica, las dos cirugías practicadas a la señora **María de Jesús Rosa de Montero** y una base de tiempo de acuerdo con la lex artis.

Sobre el proceso evolutivo, aseveró tratarse de una paciente con un caso clínico de inmensa complejidad, la cual consultó en primer lugar por un cuadro abdominal bizarro³⁴, a quien le hicieron un diagnóstico diferencial de un cuadro de constipación. Se le tomaron varios exámenes tanto de laboratorio como imagenológicos. Posteriormente, se decidió realizar una exploración abdominal, la cual mostró que la paciente presentó un cuadro de apendicitis aguda, por lo que se decidió extraer del apéndice, bajo consentimiento informado. Luego, fue sometida la paciente a una segunda cirugía, al quedar con un cuadro de una infiltración (hernia de la pared abdominal), siendo un procedimiento con una incidencia de 11 al 13% en caso de laparotomías, por lo que se decidió corregir la hernia, ya que le estaba causando a la paciente una sintomatología, lo cual alteraba no sólo la imagen corporal de la paciente sino la mecánica de la columna y de respiración.

Agregó que, en la segunda cirugía se presentó desafortunadamente una complicación, la cual fue expuesta en el consentimiento informado, derivando de ello, en una peritonitis que, luego de todo el esfuerzo que se realizó, generó que falleciera la paciente, debido a ésta complicación.

En segundo punto, indicó que, en el dictamen pericial se desarrolló punto a punto cada una de las etapas, significados y las posibles complicaciones³⁵.

- ¿A la pregunta del Despacho, por qué se generó esa eventración o hernia luego de la cirugía?

Señaló que, el hecho de que se abriera la cavidad abdominal, podría llegar a tenerse una serie de alteraciones en la forma de funcionar de manera obligatoria, porque cuando existía incidencia en la pared abdominal se rompían tejidos, estos posteriormente se suturaban y podrían cicatrizar. Aclaró que, lo que realmente cicatrizaba eran los bordes nutricionales y de morbilidad, entre otros, lo que haría que la cicatrización fuera o no óptima. Sin embargo, indicó que, existían factores inherentes al paciente modificables y no, como lo era el peso, diabetes, la edad, complicaciones anteriores, cirugías previas, radioterapias, que en el caso de la señora **María de Jesús Rosa de Montero** pudo haber alterado el proceso de la cicatrización.

Agregó que, una vez existiera alteración de la cicatrización, los tejidos se separaban, se abrían y no había cicatrización, produciendo la protrusión³⁶ del contenido abdominal hacía el exterior, el cual podría ser contenido por la piel o no.

Dejó claro que, en el caso de la señora **María de Jesús Rosa de Montero**, la hernia se fue agrandando por la presión abdominal y las fuerzas de tensión a que se sometió. Y, al no corregirse temprano llegaría a afectar la fisiología, la mecánica, la forma en que el cuerpo entienda el defecto de la pared abdominal.

³³Expediente virtual, audiencia de pruebas, carpetas No. 056 y 057.

³⁴ Según la literatura médica, se refiere Se dice de las estructuras que muestran variaciones extremas en su forma, tamaño o características tintoriales.

<https://www.google.com/search?q=cuadro+cl%C3%ADnico+bizarro+>

³⁵ Ratificó su dictamen pericial.

³⁶ <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/protrusion> “Desplazamiento de un segmento o un órgano por aumentar de volumen o empujado por otro”.

Indicó que, para lo anterior se había diseñado múltiples operaciones, abriendo la piel e intentando afrontar los bordes de la herida y de no ser posible se podrían colocar unas mallas que sustituirían la pared abdominal y contener la misma y luego se procedería a cerrar la piel, para que el defecto quedara corregido. Estas complicaciones se presentaban entre un 13 a 17% en las cirugías abiertas.

En el caso particular, mantuvo que, no estaba indicado hacer una cirugía laparoscópica, por existir una duda diagnóstica y las condiciones del neumoperitoneo y otras podrían hacer que se llegaran a presentar complicaciones, como la vida de la paciente, por lo que era aconsejable hacerse una cirugía abierta.

En la cirugía de hernia ventral o incisional, indicó que, se requirió entrar a la cavidad abdominal, reacomodando los intestinos, los cuales en ocasiones se encontraba adheridos entre sí, siendo mandatorio acomodarlos para que quedara nuevamente dentro de la cavidad. Aquí igualmente, se podrían presentar complicaciones subyacentes, como lo serían, isquemias, perforaciones, daños de la capa serosa, que es la capa que cubría el intestino, fistulas, lo cual podía derivar en una tercera complicación.

El perito hizo una explicación de las complicaciones que se podían llegar a presentar después de la cirugía a apendicitis, lo cual se encuentra dentro de su informe pericial.

Agregó que como la eventración tuvo complicaciones, se hizo necesario volver a reintervenir a las 24 horas.

- A la pregunta del Despacho, a qué se debían las perforaciones intestinales, señaló que, en el tipo de cirugía de la señora **María de Jesús Rosa de Montero** pudieron ocurrir por adherencias, porque cuando el intestino tenía un buen status nutricional en buen estado de cicatrización envía colágeno para fijar, para cicatrizar y, esta cicatrización podría provocar que las asas se llegaran a pegar causando que el tubo pudiera presentar obstrucciones intestinales. Y, durante la cirugía de eventración no podían los médicos limitarse a poner sólo la malla, sin ver qué era lo que estaba pasando subyacente. Pero en el caso de la señora **María de Jesús Rosa de Montero** se observó de acuerdo con la historia clínica, que a ella se le llevó tempranamente a cirugía, luego de la toma de imágenes diagnósticas. También, se le practicaron los lavados peritoneales correspondientes.
- Sobre si la perforación intestinal de la señora **María de Jesús Rosa de Montero** se dio después de la corrección de la hernia, indicó que sí, la cual se practicó después de un año, pero en vista de que la paciente no evolucionó bien, a las 24 horas empezó a presentar taticardia, signos de deshidratación, alteraciones arteriales, glicemia, PCR elevada, decidiendo ser llevada nuevamente a cirugía y, cuando fue intervenida, se le encontró la perforación del intestino delgado a nivel del yeyuno cerca del ilion, con compromiso de los 4 cuadrantes con peritonitis, realizándosele el lavado intestinal y la resección intestinal.
- En cuanto a las complicaciones a parte de la peritonitis, sostuvo que, encontró tempranas y tardías. Sobre las tempranas, el paciente hizo un síndrome comportamental, es decir, se cerró quedando en contención, por lo que la paciente extendió sus asas, elevándose su diafragma, causándole dificultad respiratoria, compresión de la cava y la renal, presentó anurias (perdida de la capacidad de orinar), por lo que se decidió abrir, quintando la malla, lo que ellos llaman la Bolsa de Bogotá.

Como tercer punto, indicó que, a través de la hernia, el intestino se podía introducir erosionando las asas intestinales y rompiéndolas.

Asimismo, sostuvo que, las mallas eran sintéticas cubiertas, algunas otras no, pero era necesario que se cubrieran con colágeno u otro material, para evitar que las asas se llegaran a pegar, pudiéndose interponer peritoneo para evitar la complicación.

- Sobre el tiempo que pasó entre la apendicetomía y la aparición de la hernia, señaló que, según la historia clínica había transcurrido más de un año.
- Indicó que, la perforación intestinal dio paso a la peritonitis, causada más o menos entre la unión del yeyuno e íleon.

Es preciso anotar que de acuerdo con el dictamen pericial allegado al expediente y el cual fue avalado por el doctor Arturo Vergara Gómez, Cirujano General, jefe Departamento Cirugía - Jefe Unidad de Falla Intestinal del Hospital Universitario Fundación Santa Fe De Bogotá, al cual el Despacho le confiere un alto valor probatorio por las calidades científico-técnicas del perito y su grado de fundamentación. Sobre el interrogante de si de conformidad con la historia clínica, al paciente se le dispensaron todos los tratamientos médicos y terapéuticos quirúrgicos tendientes a manejar las complicaciones e infecciones presentadas, indicó:

“...Todos los tratamientos posibles en la actualidad tanto de tipo tecnológico como humano-científico se le brindaron a esta paciente, no encuentro conductas omisivas o descuidadas que hayan alterado la evolución de la paciente, equipos multidisciplinarios de médicos enfermeras, terapeutas respiratorias, especialistas en cuidado intensivo, infectología estuvieron cuando fueron llamados a intervenir para mejorar el proceso infortunado de la paciente...”

Además, sobre el diagnóstico, si fue o no errado señaló:

“...El diagnóstico definitivo de los procesos abdominales no es dicotómico, es un diagnóstico basado en inicio del cuadro, evolución del mismo hacia mejoría o por el contrario empeoramiento del cuadro que hace imperativo reevaluar al paciente en contexto holístico de sus síntomas, y signos y en muchos casos solo queda realizar una exploración quirúrgica del paciente bien sea por laparotomía o laparoscopia para aclarar el diagnóstico, en el marco de las impresiones diagnósticas queda el estudio clínico y de imágenes que permitan hacer este, en el presente caso las imágenes diagnósticas que tiene alta sensibilidad y especificidad no dieron luces tempranas del proceso intra abdominal y por eso el cirujano con muy buen juicio decide abordar quirúrgicamente a la paciente en vista de que no mejoraba y sus signos clínicos indicaban patología inflamatoria intraabdominal...”

Lo anterior corroborado con la prueba testimonial rendida por el médico **Iván Selim Katime**³⁷ Cirujano General, Hospital Militar Central, quien fue el médico que operó a la señora **María de Jesús Rosa de Montero** (q.e.p.d.) y, el cual se expuso que, tanto la paciente como su familia, fueron conocedores de la situación presentada por la paciente en todo momento y por ello firmaron consentimiento informado de las cirugías practicadas, la primera por apendicitis laparoscópica que realizó el médico Camilo Bautista, y luego él lideró la reconstrucción de la pared abdominal.

Igualmente, no se puede dejar de un lado, los antecedentes de la paciente, como los explicó el

³⁷Expediente virtual, carpeta No. 043 y 044, minuto 01: 36.

médico **Carlos Hernando Gómez** (infectólogo) en su testimonio cuando expuso: “... se trató de una mujer de 74 años de edad, con antecedentes de cirugía de eventorrafia con malla e infección que se relacionó a una peritonitis fecal por perforación del yeyuno e ilion, generando una infección a nivel abdominal (...) comorbilidades, como lo era hipertensión, enfermedad coronaria y un plasmocitoma, por lo que se debía entrar a ser valorada y luego hacer ajustes de terapia microbiana acorde con los resultados que dejara el hemocultivo....”

Y, no es que el Juzgado desconozca que, efectivamente la paciente tuvo una infección abdominal, pero como fue ilustrado por el anterior médico infectólogo, por la estancia tan prolongada de la señora **María de Jesús Rosa de Montero** (q.e.p.d.) en el Hospital Militar era normal adquirir una infección nosocomial, la cual fue tratada con antibióticos

Así las cosas, el Despacho no encuentra demostrado el errado diagnóstico de apendicitis aguda, ni no haber tenido en cuenta los médicos tratantes los antecedentes patológicos y quirúrgicos de la señora **María de Jesús Rosa de Montero** (q.e.p.d.), por el contrario, valoradas las pruebas que obran en el expediente, todo ello fue debidamente apreciado, se hicieron los exámenes pertinentes para descartar posibles patologías, y se insiste tanto la paciente como sus familiares fueron conocedores de la situación presentada, quedando demostrado que, firmaron los consentimientos informados para las cirugías, exámenes, tratamiento, lavados, aplicación de antibióticos entre otros.

No se puede perder de vista que el consentimiento informado es el último paso del proceso informativo en el paciente quirúrgico, que según la Ley básica recoge las condiciones en las que debe concretarse la autorización del paciente con el objeto de garantizar su libre decisión. Sin embargo, en ocasiones el médico de acuerdo con los hallazgos puede tomar la decisión de cambio de cirugía, sin que sea informado el paciente para salvar su vida.

Aquí, es importante destacar que, el cirujano se enfrenta en ocasiones a situaciones clínicas conflictivas para recabar esta autorización, bien porque el paciente no se encuentra capacitado para dar su autorización, bien por la necesidad de intervenir en una situación vital, o bien porque debe concretar en el documento de consentimiento informado los riesgos y consecuencias de su actuación; No obstante, se reitera, ante nuevos hallazgos y para evitar un desenlace desafortunado, el cirujano puede presidir del consentimiento informado en ciertas ocasiones de acuerdo con la *lex artis*.

Sobre el particular, vale la pena traer en cita la Sentencia C-182 de 2016³⁸ de la Corte Constitucional, la cual hace referencia sobre el tema de cuando un médico se puede apartar del consentimiento informado:

“(...) el consentimiento previo e informado del paciente³⁹ se requiere para “todo tratamiento, aún el más elemental”⁴⁰. Sin embargo, no cualquier autorización del paciente es suficiente para legitimar una intervención médica.

36. Así, la jurisprudencia constitucional ha determinado que el consentimiento informado debe satisfacer, cuando menos, dos características: (i) debe ser libre, en la medida que el sujeto debe decidir sobre la intervención sanitaria sin coacciones ni engaños; además, (ii) debe ser informado, pues debe fundarse en un conocimiento adecuado y suficiente para que el paciente pueda comprender las implicaciones de la intervención terapéutica. Así, deben

³⁸ Corte Constitucional. M.P. Gloria Stella Ortiz delgado, 13 de abril de 2016. Expediente D-11007.

³⁹ Sentencia T-216 de 2008 M.P. Humberto Antonio Sierra Porto; Sentencia T-1229 de 2005 M.P. Jaime Araujo Rentería; Sentencia T-762 de 2004 M.P. Jaime Araujo Rentería; Sentencia T-823 de 2002 M.P. Rodrigo Escobar Gil.

⁴⁰ Sentencia T-452 de 2011 M.P. Humberto Antonio Sierra Porto; Sentencia C-294 de 1996 M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz; Sentencia T-401 de 1994 M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.

proporcionarse al individuo los datos relevantes para valorar las posibilidades de las principales alternativas, las cuales deben incluir la ausencia de cualquier tipo de tratamiento.

(...)

38. Con todo, esta Corporación ha admitido que el principio de autonomía y el consentimiento informado **no tienen un carácter absoluto y entran en tensión con otros postulados que orientan la práctica de la bioética como, por ejemplo, el principio de beneficencia**. Aunque en esta colisión debe otorgarse prevalencia *prima facie* al principio de autonomía⁴¹, la jurisprudencia constitucional ha identificado ciertos eventos en los cuales, excepcionalmente, tal principio debe ceder frente a las demás normas y valores constitucionales involucrados.

De este modo, las situaciones excepcionales en las que la exigencia de consentimiento informado en el ámbito de la salud es menos estricta o se prescinde de ella totalmente son: **(i) cuando se presenta una emergencia, y en especial si el paciente se encuentra inconsciente o particularmente alterado o se encuentra en grave riesgo de muerte; (ii) cuando el rechazo de una intervención médica puede tener efectos negativos no sólo sobre el paciente sino también frente a terceros; (iii) cuando el paciente es menor de edad, caso en el cual el consentimiento sustituto de los padres tiene ciertos límites; (iv) cuando el paciente se encuentra en alguna situación de discapacidad mental que descarta que tenga la autonomía necesaria para consentir el tratamiento, aspecto en el que se ahondará más adelante...**”. (Negrilla del Despacho).

Ahora bien, **en lo que se refiere al tercer cuestionamiento negligencia en el tratamiento postoperatorio de apendicitis laparotomía y eventrorrafia ventrial**, después de revisar la historia clínica, los testimonios de los médicos **Camilo Andrés Bautista Vaca, Iván Selim Katime, Carlos Hernando Gómez** y el perito **Arturo Vergara Gómez**, se puede concluir que la técnica quirúrgica por laparoscopia fue acertada, como señaló el perito y, se reitera de lo cual eran conocedores la paciente y sus familiares, sobre los riesgos inherentes a la cirugía, tales como lesión de los vasos de la pared abdominal, lesión víscera hueca, víscera maciza, hernias de los orificios de los trocares, presencia de Ileo, adherencias de asas en la pared, perforación del Yeyuno, influyendo en ello los antecedentes quirúrgicos de la señora **María de Jesús Rosa de Montero** (q.e.p.d.).

Sobre la eventrorrafia ventral, expuso el perito tratarse de una técnica quirúrgica que corrige un defecto de la pared abdominal secundario a la presencia de hernias adquiridas posoperatorias o por desgarros de la pared previamente intervenidos, lo cual presentó la occisa. Además, que la paciente según lo consignado en la historia clínica el 30 de marzo de 2017, se anotó. “...es decir si egreso el 02/08/2016 según la historia clínica han transcurrido más de un año y el cirujano anota: que se trata de paciente con hernia ventral por antecedente quirúrgico programada para eventrorrafia de manera programada (sic), y en la descripción del procedimiento: Se realiza incisión elíptica lateral incluyendo para resección cicatriz hipertrófica, incisión en borde medial del recto abdominal, se diseca de manera roma espacio retro muscular e igualmente se diseca en pelvis espacio prevesical preperitoneal, exponiendo sínfisis púbica y ligamento de Cooper bilateral, realiza prueba intravesical a través de sonda vesical prueba con 1000 ml de azul de metileno sin evidenciar escape y adecuada distensión de la vejiga, se procede a cerrar dos defectos accidentales del saco herniario con PDS 40 y exéresis de piel de cicatriz hipertrófica, se realiza colocación de malla de Proceed de 30.5 x 30.5 por técnica de Iinlay en contacto con saco herniario, fijación de la malla con sutura transfacial con PDS 0 y fijación de la malla a nivel de sínfisis

⁴¹ Sentencia T-653 de 2008 M.P. Humberto Antonio Sierra Porto; Sentencia T-216 de 2008 M.P. Humberto Antonio Sierra Porto; Sentencia T-1019 de 2006 M.P. Jaime Córdoba Triviño; Sentencia T-1021 de 2003 M.P. Jaime Córdoba Triviño; Sentencia T-597 de 2001 M.P. Rodrigo Escobar Gil; Sentencia SU377 de 1999 M.P. Alejandro Martínez Caballero.

pública y ligamento de Cooper bilateral a nivel de espacio preperitoneal en región pública se proceda a sutura continua con PDS 0 de vértice superior e inferior de la fascia anterior...”

A la par, a la pregunta del Despacho, de por qué se generó esa eventración o hernia luego de la cirugía, indicó el perito que, el hecho de que se abriera la cavidad abdominal, podría llegar a tener una serie de alteraciones en la forma de funcionar de manera obligatoria, porque cuando existía incidencia en la pared abdominal se rompían los tejidos, y estos posteriormente se suturaban y podrían cicatrizarse.

Igualmente, exteriorizó, poder existir factores inherentes al paciente modificables y no modificables, como lo era el peso, diabetes, la edad, cirugías anteriores, radioterapias, que en el caso de la señora **María de Jesús Rosa de Montero** (q.e.p.d.) pudo haber alterado el proceso de la cicatrización.

Por último, **en lo que se refiere a la adquisición de la infección nosocomial o intrahospitalaria**, encontramos según la literatura médica⁴²

“Las infecciones nosocomiales son aquellas infecciones que se pueden adquirir mientras una persona está internada en el hospital, pudiendo manifestarse aún durante el internamiento hospitalario o después del alta, siempre que se relacione con la hospitalización o a procedimientos realizados en el hospital.

Estas infecciones, también conocidas como infecciones intrahospitalarias o infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS), son más comunes en personas con el sistema inmune debilitado o que recibieron procedimientos invasivos, como la colocación de un catéter o cirugías, por ejemplo.

Para evitar este tipo de infecciones, que pueden ser más difíciles de tratar debido a los microorganismos multirresistentes en ambientes hospitalarios, es importante promocionar el lavado de manos por parte de los profesionales de la salud antes y después del contacto con el paciente, además de las medidas generales de higiene. (...).”

Asimismo, a la pregunta de si existe la posibilidad científica de erradicar al 100% la flora bacteriana sea hospitalaria o del ambiente, el perito mantuvo:

“...Es absolutamente imposible ya que convivimos con dichos microorganismos y de hecho en el interior de nuestro cuerpo tenemos una microbiota normal, claramente distribuida y con la que en equilibrio continuo nos brida protección y otros efectos benéficos como la fermentación de nutrientes insolubles como cierta fibra, este equilibrio controla bacterias, hongos y virus que pueden ser fatales si se alojan en distintas partes del cuerpo y se convierten en noxas peligrosas para la vida del comensal en el que cohabitan...”

Lo antes expuesto, corroborado por el médico **Iván Selim Katime** en su testimonio, cuando le reveló al Juzgado que, los pacientes que quedan con abdomen abierto y llevan demasiado tiempo en el hospital, el riesgo de adquirir bacterias es muy alto.

De la misma forma, el médico **Carlos Hernando Gómez** aclaró que la pseudomona aeruginosa que tenía la paciente, era un germen que, pudo o no ser parte de tracto gastrointestinal normal.

No obstante, sostuvo que:

⁴² <https://www.tuasaude.com/es/infecciones-nosocomiales>

“...cuando se hace el uso de antibióticos en repetición, podría ocurrir irse seleccionando los gérmenes, esto es, se matarían gérmenes de la flora normal y otros gérmenes podrían ir haciendo un sobre crecimiento. En cuanto a la pseudomona aeruginosa tiene características de alta virulencia produciendo procesos de infección muy severos, siendo lo normal infecciones de muy bajo control.

Completó que, los infectólogos dan recomendaciones para prevenir las infecciones. Pero mantuvo que, la infección intrahospitalaria no puede ser evitada en un 100%, por existir variables que dependen de cada individuo, las cuales no son modificables, como los son, la edad del paciente, las comorbilidades que hacen que el sistema inmune no logre estar en igualdad de condiciones para poder responder hacia una nosa, como podría ser la infección una vez esté instaurada...”

A la pregunta, para la época de los hechos, si el Hospital Militar Central tenía implementado el protocolo de minimización los riesgos de infección, señaló que, si, teniendo en cuenta que la entidad contaba con servicio de epidemiología apoyado de infectología, para disminuir las infecciones.

De otra parte, indicó que, no encontró negligencia médica o descuido en la atención de la paciente. Simplemente, era un diagnóstico de alta complejidad en una paciente con múltiples comorbilidades.

Teniendo en cuenta todo lo descrito, el Despacho no encuentra que haya existido una pérdida de oportunidad, pues en el caso, no es posible tampoco determinar con certeza que de haber mediado un correcto y oportuno diagnóstico, descartarse primero, los antecedentes patológicos y quirúrgicos de la señora **María de Jesús Rosa de Montero** (q.e.p.d.), un tratamiento adecuado postoperatorio de apendicitis laparotomía y eventrorrafia ventrial, y cuidar que la paciente no adquiriera infecciones nosocomial o intrahospitalaria, se habría superado el daño final, esto es, el fallecimiento de la paciente. No es posible afirmar, entonces, con certeza que la muerte de la paciente pueda ser atribuida a las fallas de la entidad y no a la patología que padecía desde tiempo atrás. En efecto, al margen de que la alteración de salud requiriera una atención oportuna, inmediata, eficaz y de calidad, lo que se ha probado es que la paciente estaba involucrada en un curso patológico desfavorable, esto es, con antecedentes hipertensión, enfermedad coronaria, plasmocitoma, cardiomegalia, obesidad y artrosis. Todo ello podría haber disminuido las expectativas de vida de la señora **María de Jesús Rosa de Montero** (q.e.p.d.).

Debemos tener cuenta que la actividad médica no es una actividad infalible sino una ciencia probabilística basada en hipótesis, cuyo ejercicio está sorteado por factores aleatorios, a los profesionales de la salud no se les puede exigir el deber de acertar matemáticamente en el diagnóstico o tratamiento adecuado, por lo que la falla en el servicio, objeto de censura, no es el hecho de que el personal médico no acierte en la ruta terapéutica en orden a mitigar o superar la patología, sino el que por su negligencia e impericia no agote todas las previsiones que la lex artis sugiere a efectos de atemperar los males sufridos por los pacientes⁴³.

Por otra parte, la Ley 23 de 1981 en su artículo 10° prescribe: “El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables **para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente**”. Asimismo, el artículo 12 de esta misma ley establece que “el médico solamente **empleará medios diagnósticos o terapéuticos debidamente aceptados por las**

⁴³ Sobre este punto puede consultarse con interés: Sección Tercera, Subsección B, sentencia de 9 de octubre de 2014, rad. 32348, M.P. Danilo Rojas Betancourth.

instituciones científicas legalmente reconocidas”.

Así las cosas, no se puede aseverar que se frustró a la señora **María de Jesús Rosa de Montero** (q.e.p.d.) de la oportunidad de un tratamiento oportuno y adecuado, cuando ingresó por primera vez al servicio de urgencias del Hospital de Militar Central, toda vez que, el reporte de ingreso ya era grave, situación que le fue explicada a la paciente y a sus familiares.

En consecuencia, la pérdida de oportunidad de sobrevivida de la señora **María de Jesús Rosa de Montero** (q.e.p.d.) no comporta un daño antijurídico imputable a la entidad demandada, toda vez que no se hallaba en la obligación de que se extinga su posibilidad de evitar el evento fatal, circunstancia que, necesariamente, conduce a negar las pretensiones de la demandada.

3.6. Solución al problema jurídico.

El problema jurídico planteado, referente a dilucidar si existió una presunta falla en el servicio médico brindado a la señora **María de Jesús Roa Montero** por no haber estado de acuerdo con la literatura médica y la *lex artis* para tratar las patologías y afecciones que presentaba la paciente o si por el contrario, se presentó algún tipo de negligencia, influencia o falta de oportunidad en cuanto al tratamiento que se le suministró y que presuntamente generó deterioro de su salud, restando oportunidades de vitales por el fallecimiento, se resolverá negativamente, por cuanto la parte actora no logró demostrar la falla médica y la pérdida de oportunidad en el presente caso.

4. Costas y agencias en derecho.

El artículo 188 de la Ley 1437 de 2011 consagra un criterio objetivo relativo a que la liquidación y ejecución de la condena en costas, se regirá por las normas del estatuto procesal civil que regulan la materia; en este caso, los artículos 365 y 366 del Código General del Proceso, que regulan lo concerniente al tema.

Se proferirá sentencia de condena en costas, para lo cual, respecto de las denominadas agencias en derecho, se tendrá en cuenta lo dispuesto en el numeral 4° del artículo 366 referido, en tanto su tarifa se encuentra fijada en el Acuerdo 1887 de 26 de junio de 2003 del Consejo Superior de la Judicatura (modificado por el Acuerdo No. 2222 del 10 de diciembre de 2003). Así, en materia de lo Contencioso Administrativo, las agencias en derecho se encuentran señaladas en el numeral 3.1.2, fijándose para los procesos ordinarios de primera instancia **con cuantía**, hasta el veinte por ciento (20%) del valor de las pretensiones reconocidas o negadas en la sentencia.

Ahora bien, en concordancia con el artículo tercero del acuerdo en mención, la determinación de las agencias se aplicará gradualmente, teniendo en cuenta la naturaleza, calidad y duración útil de la gestión ejecutada por el apoderado, la cuantía de la pretensión y las demás circunstancias relevantes, de modo que sean equitativas y razonables.

Así, para el caso concreto, a fin de fijar las correspondientes agencias en derecho, se tendrá en cuenta que el apoderado de la parte demandada hizo presencia en la audiencia inicial y a las de práctica de pruebas; por lo que el Despacho fija como agencias en derecho el cero punto cinco por ciento (0.5%) del valor de las pretensiones de la demanda negadas en el fallo.

En consecuencia, **el Juzgado Treinta y Seis Administrativo del Circuito Judicial de**

Bogotá, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

IV. RESUELVE:

PRIMERO: NEGAR las demás pretensiones de la demanda.

SEGUNDO: CONDENAR en costas a la parte demandante y fijar como agencias en derecho, el cero cinco por ciento (0.5%) del valor de las pretensiones de la demanda negadas en el fallo.

TERCERO: NOTIFICAR la presente sentencia de conformidad con lo establecido en el artículo 203 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo a los correos electrónicos:

benitez_550@hotmail.com
judicialeshmc@hospitalmilitar.gov.co
notificaciones.bogota@mindefensa.gov.co
notificaciones@gha.com.co
marlenyol6@hotmail.com
marlenfandinop@gmail.com
pghmlegal@hotmail.com
notificaciones@solidaria.com.co
jaldana@gha.com.co
jcalvo@gha.com.co

CUARTO: Contra la presente sentencia procede recurso de apelación, dentro de los diez (10) días siguientes a su notificación.

QUINTO: ORDENAR la devolución del saldo de los gastos a favor de la parte actora.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

LUIS EDUARDO CARDOZO CARRASCO

Juez

Clbm.

Firmado Por:

Luis Eduardo Cardozo Carrasco

Juez

Juzgado Administrativo

036

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:

3e4d50ca8a946637888343597b2379da03c033fa0cd57ce94dbc078f23bc1def

Documento generado en 11/12/2024 05:23:50 PM

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