



Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

**JUZGADO OCTAVO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE
NEIVA – HUILA**

EDICTO No. 002

LA SUSCRITA SECRETARIA DEL JUZGADO OCTAVO
ADMINISTRATIVO DE NEIVA-HUILA

HACE SABER:

Que dentro del proceso de **REPARACION DIRECTA** adelantado por JESUS MARIA MALES IBARRA contra E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITILITO radicado con el No. **41 001 33 31 004 2008 00367 00** se profirió SENTENCIA de fecha veinticuatro (24) de junio de dos mil veintiuno (2021).

Para notificar a las partes la providencia referida, se fija el presente Edicto en la Página Web de la Rama Judicial, por el término de tres (3) días, contados a partir de hoy treinta (30) de junio de dos mil veintiuno (2021), siendo las siete de la mañana (07:00 A.M.) y se vence el término de fijación el día dos (02) julio de dos mil veintiuno (2021) a última hora judicial (5:00 P.M.).


MARÍA CAMILA PÉREZ ANDRADE
Secretaria



Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

JUZGADO OCTAVO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE NEIVA – HUILA

Neiva, veinticuatro (24) de junio de dos mil veintiuno (2021)

MEDIO DE CONTROL	: REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTE	: JESÚS MARÍA MALES IBARRA
DEMANDADO	: E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO
RADICACIÓN	: 410013331004-2008-00367-00
SENTENCIA N°	: 65

1. ASUNTO A TRATAR.

Procede el Juzgado a dictar sentencia de primera instancia dentro del proceso de la referencia.

2. LA DEMANDA (f. 1-6, cuad. principal 1, exp. físico).

El demandante JESÚS MARÍA MALES IBARRA, por conducto de apoderado judicial, promovió demanda en ejercicio de la acción de REPARACIÓN DIRECTA en contra de la E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO, la que fue admitida por el Juzgado Cuarto Administrativo de Neiva mediante auto del 30 de octubre de 2008 (f. 26, cuaderno 1 principal, exp. físico).

Pretende el demandante que se declare responsable a la entidad demandada por los perjuicios que sufrió a causa de la atención médica recibida por ella, y en consecuencia se le condene a indemnizar los perjuicios materiales, morales y fisiológicos, mediante sumas dinerarias debidamente indexadas al momento del fallo definitivo.

Como fundamentos fácticos, señala la demanda que el actor en fecha 31 de agosto de 2006 acudió a las instalaciones de la E.S.E. Municipal Manuel Castro Tovar, sede Cálamo en el municipio de Pitalito con el fin de recibir atención médica por dolencias en la región abdominal, y efectuada la valoración se observó una falencia en la vesícula biliar, por lo que se le ordenó una ecografía abdominal, pues el médico expuso que debido a la sintomatología se hacía apremiante los resultados de esas placas, quien además le aconsejó pagar dicho procedimiento como particular.

Agrega que el 01 de septiembre de 2006 el actor llevó al médico tratante los resultados dicho examen, quien lo remitió para atención de urgencias al HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO, con orientación expresa de tomar cita con cirujano, y al acudir a ésta institución no fue atendido por falta de fichas, pero ante las súplicas de la esposa del actor, se logró cita para el lunes 04 de septiembre del mismo año, para la valoración por cirugía general.

No obstante, el domingo 03 de septiembre de 2006, es decir, antes de la fecha de la cita, el actor debió acudir nuevamente por urgencias a dicho Hospital, dados los dolores abdominales intolerables y otras sintomatologías

que presumían un agravamiento de la condición que padecía, y una vez allí fue valorado y permaneció en observación durante toda la noche, para el día siguiente ordenarse su salida, pues la cirugía exigida requería valoración por consulta externa y ser programada.

Que por encontrarse convaleciente para la fecha inicial de la cita que le había sido programada, el actor se vio obligado a cambiar la cita que previamente se le había asignado, aclarando que tanto el actor como su esposa insistieron para que se le llevara a la cita y así no perderla o que en su defecto el médico lo valorara y programara en la sala de urgencias, pero ninguna de éstas dos opciones fue tomada en cuenta, por lo que hubo que reprogramarla para el día martes 05 de septiembre de 2006, y allí fue valorado por médico cirujano quien verbalmente lo regañó por no haber asistido con anterioridad y le expresó *“voy a mandarlo a observación para ver si me lo vuelven a sacar”*, siendo de esta manera que lo remitió a observación hasta el día miércoles 06 de septiembre del mismo año cuando siendo intervenido quirúrgicamente mediante el procedimiento *“Colecistectomía”*.

Asevera que *“Durante el procedimiento hubo un médico que trató de anestesiarlo por un lapso de 15 minutos sin lograrlo, la intervención de otro médico fue la que surtió efecto finalmente.”*

Refiere que luego de la intervención, permaneció en las instalaciones del Hospital por el lapso de seis días, comprendidos del 06 al 12 de septiembre de 2006, tiempo en el que su condición de salud no presentó mejoría y continuó deteriorándose, por lo cual fue remitido al Hospital Universitario Hernando Moncaleano de Neiva, en donde le realizaron diferentes procedimientos y le dictaminaron probabilidad de peritonitis biliar y se observa una lesión de la vía biliar, realizándosele exploración de la vía biliar y se interviene quirúrgicamente mediante laparotomía exploratoria encontrando un *“ABCESO SUBFRÉNICO DERECHO Y HEMATOMA PÉLVICO”*, por lo cual se efectúa drenaje y lavado de *“cavidad – derivación BILIO – DIGESTIVA”*.

Lo anterior, según el actor, supone negligencia en el tiempo y calidad de la intervención realizada en el Hospital Departamental de Pitalito pues, asevera, nada tiene que ver la cirugía realizada con el daño a la vía biliar.

3. CONTESTACIÓN DE DEMANDA Y LLAMAMIENTO EN GARANTÍA (f. 41-44 y 50-54, cuad. principal 1, exp. físico; f. 1-3, cuad. llamamiento en garantía).

Integrada la relación jurídica procesal la entidad demandada de manera oportuna describió el traslado de la demanda y formuló llamamiento en garantía, en los siguientes términos:

En cuanto a las consultas y atenciones del 31 de agosto de 2006 refirió que no le constan, y frente a la remisión que de la ESE de Cálamo se hiciera el día 01 de septiembre de 2006 para ser valorado por la entidad accionada, indicó que sí es cierto de acuerdo a lo que reposa en historia clínica, pero aclaró que dicha remisión fue para la especialidad de cirugía general – consulta externa mas no para servicio de urgencias, aclarando que en el servicio de urgencias no se da atención mediante el método de fichas porque

precisamente ese servicio es para pacientes con patologías que comprometan la vida o urgencias vitales. Así mismo, aduce que en ninguna parte del historial clínico aparecen registros de habersele asignado la cita con el especialista como resultado de *“súplicas de la esposa”*, sino como resultado de la solicitud de servicio y el cumplimiento del mismo por la entidad demandada.

Expone que en la historia clínica aparece que se dio atención al paciente el día 03 de septiembre de 2006 sobre las 23:14 horas, y que a su ingreso manifestó *“Tengo dolor de apéndice”*, frente a lo cual la accionada advierte que según antecedentes médicos la apéndice le había sido extirpada a dicho paciente en fecha 19 de marzo de 2003 en este mismo Hospital con *“evolución excelentemente buena”*. Refiere que en esta consulta, el médico general valoró al paciente y ordenó dejarlo en observación en el servicio de urgencias con impresión diagnóstica de *“colecistitis”*, con el fin de aplicar medicamentos y dar manejo a su cuadro clínico, como también para la toma de paraclínicos, laboratorios y valoración por el médico especialista en cirugía general.

Refiere que es cierto que el paciente permaneció en observación en urgencias, y que el 04 de septiembre de 2006 a las 8:45 horas fue valorado por cirugía general, quien describe paciente con cuadro clínico de 07 días de evolución, lo valora, revisa el resultado de la ecografía hepatobiliar que tiene el paciente e indica la misma muestra *“COLELITIASIS CRONICA con agudización del cuadro en las últimas 12 horas”*. Asimismo, señala que el galeno indicó que el paciente estaba en buenas condiciones generales con dolor en hipocondrio derecho, revisó resultados y señaló impresión diagnóstica de *“COLELITIASIS CRONICA BILIAR”*, y manifestó volver a valorar la paciente con otros resultados de exámenes.

Agrega que la evolución en urgencias fue favorable encontrando los paraclínicos dentro de los límites normales como son el cuadro hemático y las bilirrubinas, y por ello el cirujano general le inició al paciente una dieta blanda para ver su tolerancia y poder darlo de alta, por lo que el mismo 04 de septiembre de 2006 al tolerar la vía oral, estar sin dolor y con resultados de exámenes normales le dio salida, con la correspondiente formulación de medicamentos, recomendaciones generales, signos de alarma, y se prescribió cita por consulta externa en I Nivel y con cirugía general.

Refiere que no es cierto que el paciente no fuera atendido por el especialista en la fecha indicada para la cita, pues precisamente mientras se encontraba en urgencias le fue brindada la atención anteriormente mencionada.

Por otra parte, indica que es cierto que una vez dado de alta, el paciente fue nuevamente atendido el 05 de septiembre de 2006 por consulta externa por especialista en cirugía general, tal como se observa en la historia clínica, fecha en la cual se ordena pasar al servicio de urgencias y el 06 de septiembre, a las 11:45 horas ingresa al quirófano donde se le practicó una *“COLECISTECTOMIA + EXPLORACION DE VIAS BILIARES Y TUBO EN T”*, pero niega que un médico hubiera intentado anestesiarse al paciente por 15 minutos sin resultado hasta cuando acudió otro profesional, pues según el historial clínico el procedimiento de anestesia se realizó sin complicaciones.

Finalmente indica que no es cierto que debido al procedimiento practicado en la entidad accionada haya derivado en complicaciones a la salud del paciente, pues los hallazgos quedaron debidamente documentados en el informe quirúrgico en donde se señaló la impresión diagnóstica e incluso se hizo un dibujo de cómo se encontró la “*FISTULA COLECISTO COLEDOCIANA GIII*” hallada al paciente.

Que más bien, el paciente tuvo una evolución tórpida al presentar intolerancia a la vía oral, drenaje abundante por el tubo en T y dren de penrose, motivo por el cual se practicó examen de colangiografía que mostró “*colédocolitiasis residual*”, debiendo manejarse según una “*CPRE O COLANGIOGRAFÍA PANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA*”, estudio con el que no contaba la accionada debido a su nivel de atención, siendo necesario entonces remitir el paciente a la ciudad de Neiva a una institución de III Nivel, como lo es el Hospital Universitario de Neiva, sin que en ninguna parte de la epicrisis o historia de este último centro hospitalario se haya registrado concepto médico indicativo de inadecuado manejo por parte del Hospital de Pitalito.

Explica que una de las complicaciones de la patología del actor es la formación de abscesos y sepsis, y que el hallazgo (la fístula) no tuvo origen en la entidad accionada, sino que es una complicación de la patología biliar que cursaba el actor.

En ese orden, manifiesta la accionada oponerse a todas y cada una de las pretensiones, ya que no se evidencia daño sufrido por el paciente pues simplemente se hace referencia a una presunta negligencia en el tratamiento en la enfermedad.

En escritos separados (f. 50-52 y 53-54, C. 1, exp. físico), propuso como excepciones:

1.- “*Prestación de los servicios de salud al paciente en forma diligente, eficaz e idónea*”. Esta excepción en esencia viene fundamentada en las razones de defensa expuestas al contestar los hechos de la demanda, en lo que alude a que el tratamiento fue prestado diligentemente y de acuerdo al diagnóstico que cursaba el paciente.

2.- “*Inexistencia de los requisitos exigidos para demostrar la existencia de la responsabilidad estatal en el daño antijurídico*”. Esta excepción la fundamenta en que no se encuentra demostrada la falla en el servicio, pues simplemente se menciona un presunto mal servicio sin indicar con claridad en qué consistió, y mucho menos se logra demostrar el nexo de causalidad entre la atención brindada por la accionada y el perjuicio causado a la salud y vida del paciente. Por lo tanto, reliva que debe quedar demostrado todos los elementos del daño antijurídico, como lo son, la causa, nexo de causalidad y el daño, sin que se observe evidencia de los dos últimos.

Por otro lado, la entidad accionada llamó en garantía a la PREVISORA S.A. Compañía de Seguros, llamamiento que fue admitido mediante auto del 24 de julio de 2009 (f. 15-16, cuad. llamamiento en garantía).

No obstante lo anterior, al resolverse una apelación formulada por dicha aseguradora en contra del auto que decretó las pruebas, mediante proveído

de fecha 25 de enero de 2011 del Tribunal Contencioso Administrativo del Huila, se declaró ineficaz el aludido llamamiento por haberse surtido la notificación del auto que admitió el llamamiento, a la entidad llamada en garantía, por fuera del término de suspensión del proceso para tales efectos, desvinculándose en consecuencia a la llamada en garantía (f. 68-74, cuaderno de 2ª inst., llamamiento).

4. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN.

Mediante auto del 01 de junio de 2010 se dio apertura al debate probatorio (f. 58-60, cuad. 1 principal, exp. físico), el cual se cerró por auto del 11 de agosto de 2020 en el que se corrió traslado para alegar de conclusión (Doc. 01, exp. electrónico), plazo que venció en silencio sin que las partes presentaran alegaciones finales (Doc. 03, exp. electrónico).

5. POSICIÓN DEL MINISTERIO PÚBLICO.

Guardó silencio.

6. CONSIDERACIONES.

6.1. Competencia y legitimación procesal.

Este Despacho es competente para adoptar la decisión que dirima el conflicto presentado tanto por la naturaleza del asunto, como por su cuantía y por el lugar donde ocurrieron los hechos, al tenor de lo consagrado en los artículos 134B-6, 134D-f y 134E del CCA.

Así mismo, por cuanto el litigio se trabó entre las partes legitimadas en la causa tanto por activa como por pasiva. El demandante JESÚS MARÍA MALES IBARRA como afectado directo y sobre el cual recayeron los presuntos daños alegados en la demanda; y la parte demandada E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO por ser la entidad a cargo de la cual se prestó el servicio médico cuestionado por el actor y en contra de quien éste dirigieron las pretensiones de condena y reparación, entidad con quien se trabó el litigio y quien desde un comienzo compareció al proceso a través de apoderado judicial debidamente constituido (f. 45-49, cuad. 1 principal, exp. físico). Por lo tanto, ambos extremos procesales cuentan con capacidad para ser parte y les asiste interés en las resultas del proceso, lo que las legitima procesalmente para comparecer al proceso.

Es de precisar que la legitimación en la causa antes constatada es la de hecho o procesal, a efectos de verificar el cumplimiento de los requisitos o presupuestos procesales necesarios para la rituación válida y regular del proceso y su culminación con sentencia de fondo¹, sin que ello signifique que se esté afirmando la legitimación en la causa material o sustancial de las partes, pues ello no es un presupuesto procesal sino un presupuesto sustancial para proferir sentencia de mérito a favor o en contra de los sujetos procesales, y como tal, propio de estudiar al momento de decidir de fondo la controversia.

¹ Juan Ángel Palacio Hincapié. Derecho Procesal Administrativo, 8ª edición, Editorial Librería Jurídica Sánchez R. Ltda., pág. 61.

6.2. Problema jurídico.

El problema jurídico principal sometido a resolución de este Despacho gira en torno a establecer si la E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO incurrió en falla del servicio médico que llevó al señor JESÚS MARÍA MALES IBARRA a sufrir una lesión en su vía biliar, dentro del contexto de los procedimientos médicos y quirúrgicos que le fueron practicados al mismo a partir 01 de septiembre de 2006 y, en consecuencia, si debe ser condenada la entidad a indemnizar al actor los eventuales perjuicios que por ello se le haya ocasionado.

Para resolver tales interrogantes se procederá, en primer lugar, a analizar las excepciones formuladas por la parte accionada. De no prosperar alguna que impida resolver de fondo la controversia, se procederá a establecer el título de imputación aplicable al caso y los aspectos fácticos acreditados dentro del proceso, para finalmente analizar si se reúnen o no los elementos de la responsabilidad administrativa, para finalmente, establecer si se acreditaron los perjuicios cuya indemnización se persigue.

6.3. Las excepciones propuestas por la E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO.

Sea lo primero precisar que las excepciones son medios de defensa del demandado, que contienen hechos nuevos para el juicio, anteriores a la demanda o sobrevinientes a la interposición de ésta, que tienden a destruir total o parcialmente los derechos que invoca la parte demandante y se caracteriza por la potencialidad que tiene, si se prueba el hecho modificativo o extintivo que la fundamenta, para extinguir, parcial o totalmente la súplica procesal.²

Revisadas las excepciones propuestas por la parte demandada al contestar la demanda, se observa que las mismas aluden a: *“Prestación de los servicios de salud al paciente en forma diligente, eficaz e idónea”* e *“Inexistencia de los requisitos exigidos para demostrar la existencia de la responsabilidad estatal en el daño antijurídico”*, las cuales están sustentadas en argumentos orientados a desvirtuar la responsabilidad que se le endilga por el actor, tras señalar que los servicios de salud brindados al accionante estuvieron siempre acordes al diagnóstico que cursaba el paciente y conforme al nivel de atención de la institución médica, y por otro lado, se refiere que no están demostrados de manera completa los elementos necesarios para que surja responsabilidad estatal, pues no está probado el daño ni el nexo causal.

Por lo tanto, considera el Despacho que se trata de argumentos de defensa que corresponde analizar al abordar el fondo del asunto, de cara a las pruebas legal y oportunamente incorporadas al proceso.

6.4. El título de imputación aplicable.

Tratándose de responsabilidad del Estado por daños atribuidos a la prestación de servicios médicos o de salud, la jurisprudencia del Consejo de

²Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Consejera Ponente: María Elena Giraldo Gómez, Bogotá D.C., veintidós (22) de noviembre de dos mil uno (2001), Radicación número: 52001-23-31-000-1994-6158-01 (13356).

Estado ha evolucionado, pues en un comienzo estudió el tema bajo el régimen de la FALLA PROBADA, tanto cuando el daño provenía del deficiente funcionamiento de los servicios médico asistenciales, como cuando éste era causado por actos médicos propiamente dichos, correspondiéndole a la parte demandante probar cuál era la falla de la Administración causante del daño.

Luego, a partir de 1992³, dicha Corporación consideró que no podía darse el mismo tratamiento, teniendo en cuenta la complejidad que envolvía a los actos médicos y las dificultades que implicaba para los pacientes, desde el punto de vista probatorio, acreditar los daños causados con ellos; razón por la cual, estableció que tratándose de responsabilidad por la atención hospitalaria y asistencial, el título de imputación era el de la FALLA PROBADA, pero cuando se trataba de responsabilidad médica propiamente dicha, esto es, aquella en la que interviene la actuación del profesional de la medicina en materias tales como diagnóstico, tratamiento, procedimientos quirúrgicos, etc., en los que está en juego la aplicación de los conocimientos científicos y técnicos de la ciencia de la medicina, el régimen aplicable era el de la FALLA PRESUNTA, caso en el cual operaba la inversión de la carga de la prueba respecto del elemento de la falla, pues se presumía su existencia y por ello, al demandante solo le bastaba probar el daño y su nexo con el servicio, mientras que a la entidad demandada, como la falla se presumía, para exonerarse de responsabilidad, le correspondía desvirtuar dicha presunción, lo cual lograba demostrando que su actuación fue oportuna, prudente, diligente, con pericia, o rompiendo el nexo de causalidad mediante la acreditación de una causa extraña (fuerza mayor, culpa exclusiva de la víctima o el hecho de un tercero).

Dicha postura se adoptó en razón a la existencia de casos en los cuales, por las particulares circunstancias en las que se produce el denominado hecho dañoso, *“...era la entidad demandada quien estaba en mejores condiciones de aportar la prueba; por ejemplo, cuando se aduce que el daño provino de una intervención quirúrgica, a la cual desde luego quienes tienen acceso y conocen todas sus incidencias, son precisamente los profesionales que la practicaron, mientras que el paciente o los parientes de éste, se hallan en imposibilidad de aportar las pruebas necesarias para acreditar la falla que se pudiera haber presentado por desconocer tanto la ciencia, como las incidencias mismas del procedimiento”*⁴.

A partir del año 2000 se abogó por la teoría de la “carga dinámica de la prueba” respecto del elemento falla, en tratándose de actos médicos propiamente dichos, de tal manera que la carga de demostrar la falla en estos casos radicaba en quien estuviera en mejores condiciones de acreditación, pues *“La aplicación en términos tan definitivos del principio de las cargas probatorias dinámicas, tal y como se venía manejando por la jurisprudencia podía conducir a desvirtuar su propio fundamento porque existen casos en los cuales, “los hechos y circunstancias relevantes para establecer si las entidades públicas obraron debidamente...” no tenían implicaciones técnicas o científicas, estando el paciente en mejores condiciones para probarlos, por lo cual lo procedente era que él lo hiciera y no que también en estos casos se invierta la carga de la prueba, porque*

³Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 30 de julio de 1992, expediente 6.897, Actor: Gustavo Eduardo Ramírez.

⁴H. Consejo de Estado. Sección Tercera. Expediente N°. Radicación número: 85001-23-31-000-1993-00074-01(14170). Sentencia del veinticuatro (24) de febrero de dos mil cinco (2005). Consejero Ponente Dr. Ramiro Saavedra Becerra.

precisamente en eso era que consistía la mencionada teoría de las cargas probatorias dinámicas”⁵

Por último, a partir del 2009, la jurisprudencia ha variado su posición y tratándose de la responsabilidad médica ha sostenido que en todo caso se debe aplicar el régimen de la falla probada, la que subsiste hasta hoy con algunas morigeraciones.⁶

En efecto, en sentencia del 28 de abril de 2010, se sostuvo:

“Con base en la evolución jurisprudencial edificada en relación con la responsabilidad médica es dable concluir que su fundamento encuentra sustento en la falla probada del servicio, en la que deben estar acreditados todos los elementos de la responsabilidad como son (i) el daño (ii) la falla del servicio y (iii) el nexo de causalidad, sin que haya lugar a presumirlos. En síntesis, la responsabilidad médica debe estudiarse bajo la óptica de la falla probada en la cual deben estar acreditados todos los elementos que la configuran, trabajo en el que cobran especial trascendencia los indicios.”⁷(Subraya el Despacho).

En sentencia más reciente, del 27 de abril de 2011, pese a que se mantiene la distinción entre el acto médico propiamente dicho, los actos asistenciales o paramédicos, que lo son las acciones preparatorias del acto médico y las posteriores a éste y que en general son llevados a cabo por personal auxiliar y además, los actos extra médicos, que están constituidos por los servicios de hostelería, entre los que se incluyen el alojamiento, manutención, etc., y que obedecen al cumplimiento del deber de seguridad de preservar la integridad física de los pacientes, se señala que en todo caso, el régimen de responsabilidad es el de la falla probada del servicio.⁸

Y, en pronunciamiento aún más reciente, se señaló:

“La línea jurisprudencial seguida por esta Corporación, ha sostenido que en aquellos casos en los cuales la existencia del daño antijurídico se origine en la prestación de un servicio médico a cargo de la administración, deberá ser estudiado bajo el título de imputación de la falla probada del servicio”⁹

Así las cosas, es claro que cuando se alega la existencia del daño antijurídico proveniente de la deficiente prestación de los servicios de salud administrados por el Estado, independientemente de que se trate de daños derivados de actos médicos propiamente dichos o de servicios asistenciales, se debe acudir al régimen de imputación de responsabilidad de la falla del servicio probada¹⁰; título de imputación bajo el cual como es sabido, deben establecerse concurrentemente la conducta Administrativa falente, el daño

⁵Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 10 de febrero de 2000, expediente 11.878.

⁶ Consejo de Estado. Sentencia del 28 de enero de 2009. Radicado: 50001-23-31-000-1992-03589-01(16700). M.P. Mauricio Fajardo Gómez. Tesis que se reiteró en el año 2010 en las providencias de febrero 18 y abril 14 de 2010 del mismo ponente.

⁷Consejo de Estado, sentencia del 28 de abril de 2010, expediente 20087, C. P. Mauricio Fajardo Gómez.

⁸Consejo de Estado, Sección Tercera, Consejera ponente: Ruth Stella Correa Palacio, sentencia del 27 de abril de 2011, Radicación número: 08001-23-31-000-1993-07622-01(19846) , Actor: Oscar Restrepo Cardona, Demandado: Instituto De Seguros Sociales, Referencia Número: Acción De Reparación Directa

⁹ Consejo de Estado, sentencia del 22 de octubre de 2012, expediente 24.776, C. P. Dra. Olga Mérida Valle de la Hoz.

¹⁰ Dicho criterio ha sido recientemente reiterado por la Sección Tercera del Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, en sentencia de segunda instancia del siete (07) de septiembre de dos mil veinte (2020), dentro del radicado N° 63001-23-31-000-2011-00030-01(53976).

antijurídico que sea cierto, particular, anormal y referido a una situación protegida por el derecho y, el nexo de causalidad existente entre los dos elementos anteriores.¹¹

Resulta necesario además precisar que en tratándose de responsabilidad por servicios de salud, el Consejo de Estado ha señalado que *“la práctica médica debe evaluarse desde una perspectiva de medios y no de resultados, lo que lleva a entender que el galeno se encuentra en la obligación de practicar la totalidad de procedimientos adecuados para el tratamiento de las diversas patologías puestas a su conocimiento, procedimientos que, por regla general, conllevan riesgos de complicaciones, situaciones que, de llegar a presentarse, obligan al profesional de la medicina al agotamiento de todos los medios a su alcance, conforme a la lex artis, para evitar daños mayores y, de así hacerlo, en ningún momento se compromete su responsabilidad, incluso en aquellos eventos en los cuales los resultados sean negativos o insatisfactorios para la salud del paciente, a pesar de haberse intentado evitarlos en la forma como se deja dicho”*¹².

7.5. Lo acreditado dentro del proceso.

Desde ya se precisa que no obstante se allegaron documentos en copia simple, a los mismos se les dará pleno valor probatorio en la medida en que los mismos no fueron tachados de falsos o controvertidos en su legalidad por ningún sujeto procesal, lo cual encuentra asidero en lo que respecto al tema ha aceptado el H. Consejo de Estado, quien frente a ello manifestó¹³:

*“Por consiguiente, desconoce de manera flagrante los principios de confianza y buena fe el hecho de que las partes luego del trámite del proceso invoquen como justificación para la negativa de las pretensiones de la demanda o para impedir que prospere una excepción, el hecho de que el fundamento fáctico que las soporta se encuentra en copia simple. Este escenario, de ser avalado por el juez, sería recompensar una actitud desleal que privilegia la incertidumbre sobre la búsqueda de la certeza procesal. De modo que, a partir del artículo 228 de la Constitución Política el contenido y alcance de las normas formales y procesales –necesarias en cualquier ordenamiento jurídico para la operatividad y eficacia de las disposiciones de índole sustantivo– es preciso efectuarse de consuno con los principios constitucionales en los que, sin hesitación, se privilegia la materialización del derecho sustancial sobre el procesal, es decir, un derecho justo que se acopla y entra en permanente interacción con la realidad a través de vasos comunicantes”*¹⁴.

¹¹ Ídem.

¹² Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 24 de marzo de 2011, expediente 18947, C.P. Hernán Andrade Rincón.

¹³ Consejo de Estado, Sección Tercera, Sala Plena. Sentencia del 28 de agosto de 2013. Rad: 05001233100019960065901 (25022) C.P. Enrique Gil Botero; en similar sentido, véase: CONSEJO DE ESTADO, SECCIÓN TERCERA, SUBSECCIÓN “C”, Sentencia del 09 de mayo de 2011, Radicación NÚMERO: 005001-23-31-000-2001-01546-02 (36912).

¹⁴ “Concierne por igual a los filósofos y a los juristas la cuestión de determinar los requisitos que un ordenamiento jurídico tiene que llenar para poder ser considerado como un “derecho justo” o, lo que es lo mismo conforme con la justicia en la medida de lo posible. Concierne esta cuestión a los filósofos, porque por lo menos desde Platón el tema de los contenidos de justicia y de la ordenación “justa” de la convivencia humana es uno de los problemas centrales de la ética. Y concierne a los juristas, porque, si bien es cierto que los juristas pueden limitarse a cumplir las normas de un concreto derecho positivo, o las decisiones judiciales que en ese derecho positivo sean vinculantes, no pueden evitar que se les coloque incesantemente ante el problema de saber si lo que hacen es o no “justo”, sobre todo cuando las relaciones vitales cambian y los casos no se plantean ya de un modo igual. La perspectiva que en esta materia arroja más luz es, sin embargo, otra. De acuerdo con una larga tradición de la filosofía occidental, la tarea de los filósofos consiste en buscar la “unidad” que subyace bajo la multiplicidad de las normas y de las decisiones, en buscar dónde está la razón última de la validez. La tarea del jurista, en cambio, consiste en encontrar decisiones justas de casos concretos. De esto modo los unos apenas tienen noticia de lo que los otros hacen y ello es igualmente nocivo para ambos. Si los filósofos hubieran

Así las cosas, si se desea acreditar el parentesco, la prueba idónea será el respectivo registro civil de nacimiento o de matrimonio según lo determina el Decreto 1260 de 1970 (prueba ad solemnitatem), o la escritura pública de venta, cuando se busque la acreditación del título jurídico de transferencia del dominio de un bien inmueble (prueba ad sustanciam actus)¹⁵.

De modo que, si la ley establece un requisito –bien sea formal o sustancial– para la prueba de un determinado hecho, acto o negocio jurídico, el juez no puede eximir a las partes del cumplimiento del mismo; cosa distinta es si el respectivo documento (v.gr. el registro civil, la escritura de venta, el certificado de matrícula inmobiliaria, el contrato, etc.) ha obrado en el expediente en copia simple, puesto que no sería lógico desconocer el valor probatorio del mismo si las partes a lo largo de la actuación no lo han tachado de falso.

Entonces, la formalidad o solemnidad vinculantes en el tema y el objeto de la prueba se mantienen incólumes, sin que se pretenda desconocer en esta ocasión su carácter obligatorio en virtud de la respectiva exigencia legal. La unificación consiste, por lo tanto, en la valoración de las copias simples que han integrado el proceso y, en consecuencia, se ha surtido el principio de contradicción y defensa de los sujetos procesales ya que pudieron tacharlas de falsas o controvertir su contenido.”

De conformidad con lo anterior, procede el Despacho a analizar el material probatorio allegado al proceso y que resulta relevante para la decisión a tomar, encontrando acreditado de acuerdo con las historias clínicas allegadas al proceso, correspondiente a las atenciones y servicios brindados al actor en las ESE Manuel Castro Tovar de Pitalito, ESE San Antonio de Pitalito y ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, lo siguiente:

1. ESE Manuel Castro Tovar de Pitalito (f. 73 a 100, C. Principal – exp. físico).

El 31 de agosto de 2006 el paciente acude a consulta ante la ESE Manuel Castro Tovar de Pitalito, de donde se le practica ECOGRAFÍA HEPATOBILIAR (f. 18, C. Ppal. 1), siendo posteriormente, el 01 de septiembre de 2006 remitido al servicio de Cirugía General (II nivel),

tenido en cuenta el material que los juristas han puesto a su disposición al reflexionar sobre puntos de vista que tienen que utilizar en la búsqueda de decisiones “justas”, hubieran podido ofrecernos algo más que unas formulaciones de una indeterminación tan grande que no siempre sin razón se les reprocha ser poco más que simples “fórmulas vacías”. Y si los juristas hubieran contemplado los puntos de vista que buscan y que utilizan, desde la perspectiva de una ética jurídica que vaya más allá de cada concreto derecho positivo, hubieran apreciado mejor y más conscientemente el “valor” de tales puntos de vista. Hace falta, pues, tender un puente...” LARENZ, Karl “Derecho Justo”, Reimpresión, Ed. Civitas, Madrid, 1985, proemio.

¹⁵ “Las pruebas formales tienen y cumplen una función eminentemente procesal: llevarle al juez el convencimiento sobre determinados hechos. Las pruebas ad solemnitatem o ad sustanciam actus, además, de cumplir la finalidad que cumplen las pruebas indicadas, son requisitos de existencia y validez de determinados actos de derecho material. Un escrito en donde consta que alguien debe \$20.000, oo no sólo sirve para demostrar lo indicado, sino además, para que el acto pueda existir (la compraventa de inmuebles).” PARRA Quijano, Jairo “Manual de derecho probatorio”, Ed. Librería del Profesional, 17ª edición, Bogotá, 2009, pág. 172.

mediante “remisión prioritaria” con diagnóstico de: 1) colecistitis crónica¹⁶ y 2) colelitiasis¹⁷ (f. 16, C. ppal. 1).

2. Hospital Departamental San Antonio Pitalito

2.1. El 01 de septiembre de 2006 se practica al paciente, como particular, ecografía hepatobiliar, encontrando: Vesícula biliar de paredes gruesas, disminuida de tamaño de aspecto escleroretractil con pequeños cálculos en su interior, grosor de la pared vesicular de 6mm; Colédoco de 5 mm; hígado de tamaño y ecogenicidad homogénea; no se ven lesiones localizadas ni difusas en su parénquima; el riñón derecho tiene aspecto normal; páncreas de morfología y estructura ecogénica normal. Se emite como opinión del médico radiólogo: “Colecistitis Crónica”¹⁸ y “Colelitiasis”; es decir, se confirman los diagnósticos de remisión (F. 63 y 33, C. pruebas 1).¹⁹

2.2. El 03 de septiembre de 2006 a las 23:14 horas el paciente ingresa a atención por urgencias, con acompañamiento de “*Graciela Ibarra (esposa)*”, indicando como motivo de consulta: “*Tengo dolor de apéndice*”. Es valorado por médico de turno, quien luego del examen físico y de la revisión por sistemas consigna como impresión diagnóstica: “colecistitis” (f. 41, C. pruebas 1) y ordena canalizar, tomar exámenes, prescribe medicamentos y ordena pasar a observación (f. 29, C. pruebas 1), suministrándose los medicamentos y materializando el traslado a las 00+30 horas del día siguiente.

¹⁶ Colecistitis Crónica: Es la inflamación e irritación prolongada de la vesícula biliar, generalmente causada por ataques repetitivos de colecistitis aguda (repentina). La mayoría de estos ataques son causados por cálculos biliares en la vesícula biliar. Estos ataques llevan al engrosamiento de las paredes de la vesícula biliar. La vesícula comienza a encogerse. Con el tiempo pierde su capacidad para concentrar, almacenar y secretar la bilis. La colecistitis aguda (repentina) se produce cuando la bilis queda atrapada en la vesícula biliar. A menudo esto sucede porque un cálculo biliar bloquea el conducto cístico, el conducto a través del cual la bilis viaja dentro y fuera de la vesícula biliar. Cuando un cálculo bloquea este conducto, la bilis se acumula, causando irritación y presión en la vesícula biliar. Esto puede conducir a hinchazón e infección.

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000217.htm>

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000264.htm>

¹⁷ La **colelitiasis** se refiere a la presencia de uno o más cálculos biliares en la vesícula biliar. Los cálculos biliares son pequeñas piedras hechas de colesterol creadas en la vesícula biliar.

¹⁸ Colecistitis Crónica: Es la inflamación e irritación prolongada de la vesícula biliar, generalmente causada por ataques repetitivos de colecistitis aguda (repentina). La mayoría de estos ataques son causados por cálculos biliares en la vesícula biliar. Estos ataques llevan al engrosamiento de las paredes de la vesícula biliar. La vesícula comienza a encogerse. Con el tiempo pierde su capacidad para concentrar, almacenar y secretar la bilis. La colecistitis aguda (repentina) se produce cuando la bilis queda atrapada en la vesícula biliar. A menudo esto sucede porque un cálculo biliar bloquea el conducto cístico, el conducto a través del cual la bilis viaja dentro y fuera de la vesícula biliar. Cuando un cálculo bloquea este conducto, la bilis se acumula, causando irritación y presión en la vesícula biliar. Esto puede conducir a hinchazón e infección.

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000217.htm>

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000264.htm>

¹⁹ La foliatura impresa a la historia clínica remitida por el Hospital San Antonio de Pitalito, obrante en el Cuaderno de Pruebas No. 1, que se establece de mayor a menor o de atrás hacia adelante, el Despacho la conservó como le fue entregado el expediente luego de los diferentes cambios de despacho judicial, en aras de respetar la mención que a dicha foliatura se ha hecho por las partes a lo largo de sus intervenciones y en diferentes providencias por el operador judicial

- 2.3. El 04 de septiembre es valorado por cirugía general, quien sin hacer alusión a la hora de atención, consigna: *“Paciente de 37 años con cuadro clínico de 7 días de evolución, de dolor epigástrico (...), ecografía hepatobiliar que demuestra colelitiasis crónica con agudización del cuadro clínico es las últimas 12 horas. Laboratorios en (...) elevados. Al examen físico (...) dolor a la palpación del hipocondrio derecho. Diagnóstico: colelitiasis (...). Plan: valoración con cuadro hemático y bilirrubina”* (f. 29 vto., C. Pruebas 1). En la misma fecha el referidomejora del dolor. Plan: Tolerancia a la vía oral” (f. 29 vto., C. pruebas 1). En la misma fecha, sin especificar la hora, el mismo especialista ordena la salida del paciente (f. 29 vto., C. 1).

En las notas de evolución de esta misma fecha (04 de septiembre de 2006), se registra a las 06:40 horas, que paciente en el transcurso de la mañana en mejores condiciones, durmió en intervalos largos, alerta, orientado, consciente. A las 08:45 valorado por médico quien encuentra paciente que refiere persistencia de dolor, y al examen físico presenta dolor a la palpación en epigastrio sin signos de irritación peritoneal; se solicitan bilirrubinas y valoración por cirugía general. Se valora por cirugía general en diferentes oportunidades, encontrando cuadro hemático normal, bilirrubinas normales, actualmente mejoría del dolor, ordenando alimentación por vía oral, quien finalmente ordena salida (f. 29, C. pruebas 1).

Dentro del resumen de la atención de los días 03 y 04 de septiembre de 2006, se consigna entre otros registros: que el paciente ingresa por “orden de servicios” con diagnóstico de colecistitis, con cuadro de evolución de +/- 6 horas, que pasa a observación en donde inicia manejo médico integral, se piden paraclínicos y valoración por cirugía general, quien valora al paciente encontrándolo sintomático con buena evolución al tratamiento por lo cual decide dar salida con fórmula de Butil bromuro de Hiosina, Acetaminofen, recomendaciones generales, signos de alarma, **cita de control por consulta externa en 1 nivel y cirugía**. Asimismo se revisan paraclínicos “amilasas”, “TGO”, “bilirrubinas”, “hemograma”, y “ecografía 1 septiembre del 2006 colecistitis crónica colelitiasis”; resumen de atención que se desprende del documento “Hoja de Contrareferencia” (f. 32, C. Pruebas 1).

- 2.4. El 05 de septiembre de 2006 se valora al paciente en consulta externa por médico cirujano, quien encuentra paciente con fiebre y escalofríos, con intenso dolor a la palpación en hipocondrio derecho y MURPHY (+), por lo que ordena su traslado inmediato a urgencias, en donde es valorado por cirujano a las 17+30 horas, ordenando hospitalizar (f. 42, C. Pruebas 1).
- 2.5. El 06 de septiembre de 2006 se practica cirugía Colectomía bajo anestesia general, la cual se practicó entre las 12:00 y las 14:30 horas. Como diagnóstico Pre-operatorio se indicó: Colelitiasis y como diagnóstico post-operatorio: *“Vesícula escleroatrófica Cap síndrome de Mirizzi 6 III”*. Como hallazgos

operatorios se consigna: “*Vesícula escleroatrófica, coledocolitiasis múltiple, fístula colecisto coledociana grado III.*” Durante el procedimiento se apertura vesícula y se extraen cálculos, entre otras acciones, y se deja tubo ENT, se deja DREN de PEN RUOSE, se envía muestra a patología, y se pasa a posoperatorio, sin que se registren complicaciones durante el procedimiento. Lo anterior, según el informe quirúrgico, la nota operatoria y la hoja de referencia (f. 52, 54 vto. y 68, c. pruebas 1).

- 2.6. Dicha cirugía se realizó bajo anestesia general, la cual se aplicó sin ninguna complicación según se refiere en informe de anestesia (f. 51, C. pruebas 1).
- 2.7. El 06 de septiembre de 2006 a las 14:35 horas el paciente ingresa a la sala de recuperación bajo efectos de anestesia peridural, con tubo en T, dren de pen-ruose permeables, herida cubierta, se toman signos vitales; a las 19:00 horas paciente presenta un poco de dolor en herida quirúrgica por lo cual el médico tratante ordena administrar analgésicos, pasándose posteriormente a hospitalización (f. 54 vto, C. pruebas 1).
- 2.8. Durante los días 06 a 10 de septiembre el paciente continuó hospitalizado en este centro asistencial (Hospital San Antonio de Pitalito) tiempo durante el cual se le suministró medicación, se le realizó curación de la herida de cirugía y se efectuó drenaje de líquido color bilioso, sin signos de infección, así como posteriores valoraciones por cirugía general a través del médico que practicó la cirugía. Al final del lapso se refiere líquido bilioso color verde espeso y paciente con deposiciones líquidas varias veces (f. 54 a 57, C. pruebas 1).
- 2.9. Según notas de evolución del 11 de septiembre de 2006:
 - 7:20 horas: Paciente refiere vómito y dolor, se toman signos vitales, pendiente colangiografía (f 58, C. pruebas 1).
 - 11:50 horas: Paciente durante la mañana decaído, presentó dolor abdominal, dolor torácico y náuseas, continúa drenando, no hizo deposiciones, le tomaron la ecografía, y queda con líquidos (f. 58 vto., C. pruebas 1).
 - 17:00 horas, colangiografía demuestra coledocolitiasis residual por lo que se ordena CPRE.²⁰
 - 18:40 horas, paciente es valorado de nuevo y se decide remitir a Neiva.
 - 23:00 horas, paciente es remitido a 3° nivel, se observa regular estado, se aplicó tratamiento, se hizo curación, entre otros (f. 58 vto, C. pruebas 1).

²⁰ Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Fuente: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007479.htm>

2.10. Según hoja de referencia del 11 de septiembre de 2006 se remitió el paciente a Urgencias – Tercer Nivel de Atención con diagnóstico presuntivo de “COLECISTITIS AGUDA²¹ K810. COLELITIASIS²² K800. COLEDOCOLITIASIS²³ K829. SINDROME DE MIRIZZI²⁴ K825. COLEDOCOLITIASIS RESIDUAL K829”. Como resumen de historia clínica y resultado se consignó: Ingresa paciente al servicio de quirófano proveniente de consulta externa por cirugía general; paciente con cólicos biliares a repetición atendido en varias ocasiones por urgencias, actualmente con fiebre, escalofríos y dolor intenso a la palpación en hipocondrio derecho y con MURPHY POSITIVO²⁵, por lo que se pasa a quirófanos para realizar COLECISTECTOMÍA, POR COLELITIASIS, se pasa a sala de cirugía donde bajo efectos de anestesia regional, previa asepsia y antisepsia, colocación de campos estériles, se realiza dicho procedimiento, encontrando vesícula biliar escleroatrófica²⁶, coledocolitiasis²⁷ múltiple, fistula colecistocolédociana²⁸ grado III, por lo que se decide realizar exploración de la vía biliar, más colangiointraoperatorio. Se extraen cálculos y se deja tubo ENT, se deja dren de PEN RUOSE, se envía muestra a patología, se pasa a posoperatorio donde se estabiliza por lo que se decide pasar a el servicio de quirúrgicas donde paciente presenta intolerancia a la vía oral, con drenaje abundante por tubo ENT y DREN DE

²¹ La colecistitis aguda se produce cuando la bilis queda atrapada en la vesícula biliar. A menudo esto sucede porque un cálculo biliar bloquea el conducto cístico. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000264.htm>

²² **La colelitiasis** es la formación de piedras (cálculos) en el interior de la vesícula biliar. <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/colelitiasis>

²³ Coledocolitiasis: Es la presencia de por lo menos un cálculo en el conducto colédoco (conducto que comunica la vesícula con el intestino, por donde pasa el líquido biliar). Dicho cálculo puede estar formado de pigmentos biliares o de sales de calcio y de colesterol. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000274.htm#:~:text=Es%20la%20presencia%20de%20por,de%20calcio%20y%20de%20colesterol.>

²⁴ El **síndrome de Mirizzi** es una complicación que aparece en aproximadamente el 1% de los pacientes con colelitiasis. Consiste en la impactación de un cálculo en el infundíbulo de la vesícula o el conducto cístico que comprime el conducto hepático común, pudiendo erosionarlo y generar una fistula colecisto-coleleociana. <https://www.sapd.es/revista/2015/38/1/04#:~:text=El%20s%C3%ADndrome%20de%20Mirizzi%20es,genera%20una%20f%C3%ADstula%20colecisto%2Dcoledociana.>

²⁵ Signo de Murphy: Dolor que se provoca al comprimir sobre el área de la vesícula biliar en el hipocondrio derecho, a la vez que el paciente realiza una inspiración profunda. Es un signo característico de la colecistitis aguda. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/signo-murphy>

²⁶ Una vesícula biliar escleroatrófica traduce una inflamación crónica de éste órgano que la ha llevado a endurecerse y hacerse pequeña por dicho proceso. La causa principal de esta escleroatrofia es la presencia de litos o piedras en el interior de la vesícula biliar.

²⁷ Coledocolitiasis es la presencia de por lo menos un cálculo biliar en el conducto colédoco. Dicho cálculo puede estar formado de pigmentos biliares o de sales de calcio y de colesterol. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000274.htm#:~:text=Es%20la%20presencia%20de%20por,de%20calcio%20y%20de%20colesterol.>

²⁸ Fístula colecistocolédociana, consiste en la impactación de un cálculo en el infundíbulo de la vesícula o el conducto cístico que comprime el conducto hepático común, pudiendo erosionarlo y generar una fístula (en medicina: abertura anormal o pasaje entre dos órganos, o entre un órgano y la superficie del cuerpo). Cursa clínicamente como ictericia obstructiva, asociándose en ocasiones a cáncer de vesícula. <https://www.sapd.es/revista/2015/38/1/04#:~:text=Consiste%20en%20la%20impactaci%C3%B3n%20de,ocasiona%20a%20c%C3%A1ncer%20de%20ves%C3%ADcula.>

PENROSE, se realiza colangiografía que demuestra coledocolitiasis residual, por lo cual se decide remitir a tercer nivel para realización de CPRE²⁹. Se indica que el paciente requiere ambulancia con auxiliar. Asimismo se señala como paraclínicos valorados - protrombina tromboplastina, bilirrubinas, y colangiografía- (f. 68, C. Pruebas 1)

3. Historia clínica remitida por la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva (f. 10 y 23, C. principal y C. de Pruebas No. 2).

- 3.1. El ingreso del actor a este hospital se produjo el 12 de septiembre de 2006, a las 03:46 a.m., por urgencias, consignándose como motivo de consulta: *“Remitido para CPRE”* y como enfermedad actual: *“Paciente en POP colestectomía + exploración de vías biliares y tubo ent; colangiografía demostró coledocolitiasis residual; remiten para valoración y manejo con CPRE”*. Lo anterior según la hoja de atención de urgencias (f. 5, C. pruebas No. 2).
- 3.2. El 12 de septiembre de 2006, a las 12+00 se registra por cirugía general: *“Se revisa colangiografía por tubo en T que el paciente trae de Pitalito, paso del medio de contraste al duodeno, imagen sugestiva de cálculo en el colédoco y no hay visualización de vía biliar proximal. Análisis: Se considera como posibilidad por los anteriores paraclínicos que (ininteligible) una peritonitis biliar más lesión de la vía biliar. Plan: Laparotomía exploratoria”* (f. 19, C. pruebas No. 2).
- 3.3. Según nota operatoria del 12 de septiembre de 2006, a las 18:00 horas: Diagnóstico pre-operatorio: *“peritonitis biliar”* y *“Lesión vía biliar (?)”*. Diagnóstico pos-operatorio: *“1. Lesión vía biliar Bismuth”* 2. *Absceso subfrenico derecho (...)*, 3. *Hematoma pélvico”*. Como hallazgos se consigna: *“1. Colección pélvica de sangre +/- 200 cc, 2. Absceso subfrenico derecho – subhepático +/- 300 cc de bilis purulenta. 3. Lesión de hepático derecha completa suturada con extravasación de bilis, hay necrosis del conducto (conducto 3-4 mm). 4. Lesión de conducto hepático izqdo. Sutada con proleme: con necrosis de +/- 1.5 cms del conducto con extravasación de bilis, conducto 3-4 mm. 5. Tubo en T en colédoco. 6. Asas delgadas distendidas, gotera parietocólico izqda. y derecha limpias”*. Como intervenciones se describe: *“1. Laparotomía exploratoria, 2. Drenaje de absceso subfrenico + hematoma pélvico con lavado de cavidad, 3. Derivación biliodigestiva (hepato-yeyunostomía en Y Ruoux tipo Schen”*. (f. 19, C. pruebas 2).
- 3.4. Según epicrisis, el paciente permaneció hospitalizado en dicho centro asistencial del 12 al 25 de septiembre de 2006, sin ninguna complicación en su estancia. En el resumen de la atención brindada en este centro asistencial, se consignó: *“Paciente quien el 06-09-06 se le realizó colecistectomía por colelitiasis encontrando vesícula escleroatrófica, coledocolitiasis múltiple, fístula colecisto-*

²⁹ CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica), es un procedimiento para examinar los conductos biliares y se realiza a través de un endoscopio. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007479.htm>

coledocociana G. III, por lo que realizan exploración de vía biliar, se extraen cálculos y se deja tubo en T, con dren de Pen Rose (sic). En el post quirúrgico presenta intolerancia a vía oral, drenaje abundante por tubo en T y por dren, por lo que realizan colangiografía por tubo en T encontrando coledocolitiasis residual y remiten para realizar CPRE. Al ingreso paciente en aceptables condiciones generales, afebril, alerta, (...), abdomen con herida quirúrgica limpia, tubo en que disminuyó en filtración por lo cual se retiró, no signos de irritación peritoneal. Se solicita ECO ABDOMEN al ingreso que muestra leve dilatación de vías biliares intra y extrahepáticas, ausencia de vesícula (colecistectomía), se revisa colangiografía en tubo T, se considera probabilidad de peritonitis biliar más lesión de la vía biliar, se decide pasar a salas de cirugía, le realizan laparatomía exploratoria, se encuentra absceso subfrenico derecho y hematoma pélvico, se realiza drenaje de absceso, hematoma, lavado de cavidad, derivación bilio digestiva (hepato-yeyunostomía en Y de Roux tipo Schen), se traslada a piso donde se observa la evolución del paciente, con disminución del drenaje y afrontamiento de herida por lo cual se da salida con recomendaciones. (...)paciente en aceptables condiciones generales, consciente, alerta, signos vitales, tolera vía oral, (...) abdomen con herida quirúrgica en línea media sin signos de infección, afrontada". (f. 6, C. Pruebas 2).

4. Según informe de patología de fecha 20 de septiembre de 2006, que corresponde al examen de la muestra recibida el 12 de septiembre de 2006 (día de la cirugía en el hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva), se estudió vesícula biliar y múltiples cálculos amarillentos cuboidales de 0.8 cms extraídos por cirugía al paciente, identificándose la pared vesicular con presencia de tumoración maligna de origen epitelial conformada por células columnares con núcleos vesiculosos y aumento de la actividad mitótica, distribuidas en un patrón túbulo-glandular bien diferenciado, con infiltración mayor al 50% de la capa muscular, induciendo desmoplasia reactiva e infiltrado inflamatorio mononuclear en moderada cantidad. Como diagnóstico se indica: Colecistectomía: Vesícula Biliar; adenocarcinoma túbulo-glandular bien diferenciado infiltrante, con compromiso del 50% de la capa muscular serosa libre de tumor; coledocolitiasis, estadio patológico Pt1-b, entre otros (f. 70, C. pruebas 1).
5. A partir del mes de octubre de 2006 se registran nuevas atenciones al actor por parte del Hospital San Antonio de Pitalito, que para el caso que nos interesa se destacan las siguientes:
 - El 02 de octubre de 2006 se registra consulta por cirugía general, registrándose como motivo de consulta: "POP de colecistectomía mas expiación biliar hace 22 días, por fístula colecisto coledociana. Evolución tórpidamente por lo que fue remitido a Neiva donde le realizaron drenaje de absceso subfrenico, reconstrucción de vías biliares (colédoco – yeyunostomía en Y de ROUS. Ha evolucionado satisfactoriamente, tolera v.o., diuresis y deposiciones normales, sin fiebre". Como diagnóstico se indica: Cálculo de Conducto Biliar con

Colecistitis y como plan de manejo se prescribe cita en un mes (f. 71, C. pruebas 1).

- El 23 de octubre de 2006 el paciente es valorado por consulta por la especialidad Cirugía General, registrándose como motivo de consulta *“POP de colecistectomía mas exploración biliar hace 48 días, OPO de cledocoyeyunostomía en Y de ROUX hace 48 días. Ha evolucionado satisfactoriamente desde la última cirugía. Resultado de patología: Vesícula biliar mas adenocarcinoma tubuloglandular bien diferenciado infiltrante con compromiso del 50% de la capa muscular sin compromiso de la serosa”*. Como diagnóstico se consigna: TUMOR MALIGNO DE LA VESICULA BILIAR y como indicaciones se dispone remisión a tercer nivel para oncología. (f. 73 y 72, C. pruebas 1).
 - Según formato de referencia del 23 de octubre de 2006 el paciente es remitido entidad de salud de III Nivel para el servicio de oncología clínica, por diagnóstico presuntivo *“Ca de vesícula biliar”* (f. 228, cuad. principal).
6. De otra parte, se observa en historial clínico que el paciente estuvo recluido en el Hospital San Antonio de Pitalito durante los días 18 y 19 de marzo de 2003, (tres años atrás de los servicios cuestionados dentro del presente proceso), oportunidad en la cual le fue practicada cirugía de *“HERNIOGRAFIA INGUINAL DERECHA + APENDICEPTOMÍA* (f. 26, C. pruebas No. 1).
7. Dictamen pericial (f. 402-409 y 451-452, C. principal - físico) rendido por el médico Luis Eduardo Sanabria Rivera, adscrito al Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, quien con relación a la atención suministrada al paciente en el Hospital Departamental San Antonio de Pitalito durante el mes de septiembre de 2006, luego de relacionar algunos antecedentes de la atención brindada concluye que la valoración, cuidados y tratamiento recibidos por el paciente fue el adecuado y que la remisión a III nivel de atención fue oportuna y adecuada con los hallazgos, la que incluso permitió tratar un cáncer de vesícula biliar pues al paciente se le detectó por patología *“un adenocarcinoma túbulo-glandular bien diferenciado infiltrante con compromiso del 50% de la capa muscular...”*, agregando que el cáncer de vesícula es raro y se reporta entre el 0.2 y 5% de las colecistectomías.

Asimismo, al rendir aclaración al dictamen, solicitada por la parte actora, refirió el perito que no se pudo evidenciar ingresos del paciente previos al 03 de septiembre por motivo de la consulta objeto de experticia, señalando únicamente que se evidencia ecografía del 01 de septiembre que reportó colecistitis crónica, colelitiasis, pues la consulta del 30 de agosto de 2006 corresponde a la ESE Manuel Castro Tovar I Nivel de atención.

Por otra parte, señaló que la remisión a Neiva para una CPRE se realiza con posterioridad a la colecistectomía y exploración de vía biliar con tubo en T como resultado de los hallazgos de coledocolitiasis residual en la colangiografía post-operatoria, y agrega que la atención fue oportuna y ceñida a la lex artis, y que el diagnóstico de carcinoma de

vesícula no podía ser predicho y solo fue posible con el reporte de patología.

7.6. Los elementos de la responsabilidad estatal.

El fundamento de la responsabilidad patrimonial del Estado se encuentra consagrado en el Art. 90 de la C. Política, según el cual, el Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas; razón por la cual es necesario establecer si en el presente caso existen los elementos previstos en esta disposición para que surja la responsabilidad, a saber: a) El daño antijurídico y b) la imputabilidad del mismo al Estado, la cual se predica cuando se acredita un nexo de causalidad entre el daño y la actividad de la Administración, aspectos que pasan a estudiarse a continuación.

7.6.1. El daño antijurídico.

El daño antijurídico es aquel que lesiona un bien patrimonial jurídicamente protegido, ocasionado por la acción u omisión de agentes del Estado que actúan dentro de la órbita obligada de sus funciones, sin que la víctima tenga la obligación legal o jurídica de soportarlo; es decir, que el Estado en ejercicio de su soberanía y funciones no tiene derecho a causar. Además dicho daño debe ser individual, injusto, efectivo y evaluable patrimonialmente.

De la lectura integral de la demanda se tiene que el daño antijurídico aducido consiste en afectación a la salud del actor a raíz de la lesión de vía biliar que padeció y que atribuye a la intervención quirúrgica practicada por el Hospital San Antonio de Pitalito, el día 06 de septiembre de 2006, la que califica de deficiente y tardía; afectación que se señala generó en el actor perjuicios de orden material, traducidos en la mengua de su capacidad física para laborar en las mismas condiciones que anteriormente lo hacía y generar ingresos para su subsistencia y, perjuicios inmateriales consistentes en perjuicios morales y perjuicios fisiológicos.

Para determinar el daño, que además ha de ser antijurídico, claramente resulta imprescindible remitirse al historial clínico del paciente, pues no obra dictamen alguno que indique causación del daño aducido por el demandante y que éste sea atribuible a la entidad accionada.

Así las cosas, según el historial clínico antes relacionado se tiene que el día 06 de septiembre de 2006 en la E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO (en adelante Hospital San Antonio de Pitalito), se practicó al paciente el procedimiento quirúrgico denominado "*Colecistectomía + exploración de vías biliares y tubo en T*", y que más adelante, habida cuenta de la evolución complicada del paciente en el posoperatorio, fue trasladado a la entidad de tercer nivel, E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva (en adelante Hospital de Neiva), para ser tratado nuevamente por cirugía, en donde el 12 de septiembre de 2006 se le practicó nueva intervención quirúrgica encontrando, entre otros hallazgos, una lesión a la vía biliar, lo que confirmó el diagnóstico pre-operatorio que se había emitido en dicho centro con fundamento en la ayuda diagnóstica allí practicada; lesión a la vía biliar que

es precisamente en lo que se fundamenta el daño alegado en la demanda y que generó los consiguientes perjuicios al demandante.

Entonces, en efecto se encuentra acreditada la afectación a dicho órgano y con ello a un bien jurídicamente protegido a nivel constitucional y legal, como es la salud y la integridad física, cuya afectación la víctima, en principio, no estaría obligada a soportar, comoquiera que su asistencia al Hospital San Antonio de Pitalito (H) fue precisamente para la recuperación de su salud.

7.6.2. La imputabilidad.

Para que un daño antijurídico le pueda ser imputado o atribuido a una entidad estatal debe existir un nexo de causalidad entre el daño sufrido por la víctima y la conducta (activa u omisiva) atribuida a la entidad; imputación que dependiendo del régimen de responsabilidad bajo el cual se estudie el caso, opera de manera diferente en cuanto a sus elementos y la carga probatoria se refiere, ante lo cual cabe precisar que el presente caso debe analizarse bajo el régimen de la falla probada del servicio.

Conforme se observa en el referido historial clínico del paciente, previa anestesia general sin complicaciones, le fue practicada el día 06 de septiembre de 2006 cirugía en el Hospital San Antonio de Pitalito, la cirugía denominada “*Colecistectomía + exploración de vías biliares y tubo en T*”, en atención al diagnóstico de colecistitis crónica y colelitiasis, quien requería manejo a su vesícula biliar enferma originadora del dolor abdominal por el que consultó al médico. De ello se desprende además, que se confirmó el diagnóstico dado inicialmente en la ESE Manuel Castro Tovar de Pitalito de donde se dispuso la remisión del actor hacia el centro hospitalario demandado.

Seguidamente, el paciente es hospitalizado y sometido a observación, pero dado que no evolucionó satisfactoriamente, pues continuaba con abundante dolor abdominal, intolerancia a la vía oral, deposiciones líquidas y no cesaba la expulsión de líquido bilioso (verde espeso), se le valora por cirugía general y con apoyo en un examen de colangiografía se confirma que presenta colecistitis aguda, síndrome de Mirizzi y colelitiasis residual, es decir, la situación del paciente se agrava lo cual hace que en el día quinto de post-operatorio se ordene su remisión a centro hospitalario de III Nivel.

Una vez cumplida la remisión del paciente a la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva (en adelante Hospital Universitario de Neiva), se le practica una laparotomía exploratoria, en donde se drena aproximadamente 200 cc de absceso subfrenico y 300 cc de bilis purulenta, se hace lavado de cavidad, más una derivación bilio digestiva (“*hepato-yeyunostomía en y de Roux tipo Schen*”), y ante la adecuada evolución del paciente se le da salida el 25 de septiembre de 2006 con recomendaciones, pues se observa que está en buenas condiciones generales, hemodinámicamente estable, tolerando bien la vía oral, sin dificultad para respirar, y sin signos de respuesta inflamatoria ni sistémica.

Por lo tanto, se aprecia que si bien el paciente en el Hospital de Pitalito fue sometido a cirugía y allí estando hospitalizado y en observación presentó complicaciones, éstas quedaron superadas pues el médico cirujano tratante

al detectar oportunamente la complicación concretada en la colelitiasis residual, lo remitió al Hospital de Neiva de III Nivel de atención, en donde se le continuó el manejo sometiéndolo a nueva cirugía que permitió su recuperación completa.

Ahora, si bien es cierto que en el procedimiento quirúrgico que se practicó al actor el 12 de septiembre de 2006 en el Hospital Universitario de Neiva se le encontró una “lesión vía biliar Bismuth”, es de advertir que según la literatura médica, existe un riesgo de lesión de la vía biliar durante la colecistectomía laparoscópica³⁰, y que la presencia de cálculos en la vesícula biliar puede generar su desplazamiento al conducto colédoco (conducto que comunica la vesícula con el intestino, por donde pasa el líquido biliar)³¹ y generar una complicación consistente en la impactación del cálculo en el infundíbulo de la vesícula o el conducto cístico que comprime el conducto hepático común, pudiendo erosionarlo y generar una fistula colecisto-coledociana conocida como el síndrome de Mirizzi³², lo cual le fue precisamente diagnosticado al actor en el Hospital San Antonio de Pitalito; aspectos que no permiten al Despacho tener la certeza de que la lesión de la vía biliar detectada al actor hubiere sido generada por una falla en el procedimiento quirúrgico y no por la complicación propia del desplazamiento de los cálculos al conducto colédoco, o producto de la evolución tórpida que presentó el paciente durante el post operatorio de la primera intervención quirúrgica, realizada en el Hospital de Pitalito, o la afectación propia del carcinoma de vesícula que en los días inmediatamente posteriores le fue diagnosticado luego de los estudios patológicos del material extraído durante la cirugía del 12 de septiembre de 2006.

La falta de convencimiento de que el daño en la vía biliar sufrido por el paciente pueda serle imputado a la entidad demandada, se acentúa a partir de lo expuesto en el dictamen pericial practicado a instancia de las partes, el cual es claro en referir que el paciente recibió en el Hospital de Pitalito las valoraciones y el tratamiento adecuado de acuerdo al diagnóstico, y que la remisión al Hospital de Neiva fue oportuna y consecuente con los hallazgos para un III nivel de atención, es decir, concluye el perito, que la atención fue oportuna y ceñida a la *lex artis*, y en todo caso, allí no se señala el momento justo que se produjo la lesión biliar.

Cabe señalar en este punto que la objeción al dictamen formulado por el actor (f. 441-442, cuad. ppal. 3, exp. físico), ha de ser desestimada, pues uno de los reproches iba encaminado a que el perito señaló como fecha de primera atención el 03 de septiembre de 2006 cuando en su apreciación era el 30 de agosto de 2006, frente a lo cual observa el Juzgado que si bien puede existir un error en la fecha de la primera atención, la que en todo caso tampoco corresponde con la indicada por el demandante, pues la primera atención fue el 31 de agosto de 2006 y no el 30, lo cierto es que en esta primera atención al actor se le practicó un procedimiento de ecografía

³⁰ Lesiones de la vía biliar más frecuentes caracterizadas por colangiografía percutánea.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2018/arm181g.pdf>

³¹ <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000274.htm#:~:text=Es%20la%20presencia%20de%20por,de%20calcio%20y%20de%20colesterol.>

³² <https://www.sapd.es/revista/2015/38/1/04#:~:text=El%20s%C3%ADndrome%20de%20Mirizzi%20es,generar%20una%20f%C3%ADstula%20colecisto%2Dcoledociana.>

hepatobiliar por cuenta del Hospital San Antonio de Pitalito, y el 01 de septiembre de 2006 fue atendido en consulta de cirugía general en donde se le realizaron algunas prescripciones médicas en el mismo Hospital, ese solo aspecto no permite acreditar un error grave en el dictamen, puesto que de fondo la experticia dio su opinión sobre si el diagnóstico fue acertado y si el tratamiento resultó adecuado. Además, no se observa en el historial médico que una vez ordenada la cirugía su práctica se hubiera dilatado, y, efectivamente, tal como lo señaló el dictamen y se puede cotejar con la historia clínica, el paciente acudió a atención de urgencias el 03 de septiembre del mismo año a las 23:14 horas, y posteriormente ingresa el 05 de septiembre cuando se interna para observación y se le practica cirugía el día siguiente.

Por lo demás, la objeción iba orientada a establecer si la atención fue oportuna en tiempos y tratamientos, cuyas afirmaciones debieron ir aparejadas esencialmente de otro dictamen³³, lo cual no ocurrió pues no se solicitó por el apoderado actor práctica de prueba alguna orientada a demostrar el supuesto error o falencia del primer dictamen, que permitiera refutar sus conclusiones. Así las cosas, la objeción está desprovista de opiniones de un profesional de la salud con base en lo consignado en la historia clínica y se limita a las metas apreciaciones y conclusiones de la parte demandante frente a las conclusiones del experto.

Por lo tanto, no demostró la parte actora, como le correspondía hacerlo, la falla en la prestación del servicio, a la que pudiera atribuirse el daño sufrido (lesión en la vía biliar), pues como ya se mencionó están presentes factores concretos que pudieron generar la misma consecuencia, tales como la evolución propia de la afección que padecía, la fistula colecisto coledociana observada como hallazgo en la primera cirugía que no pudo superarse satisfactoriamente por la evolución tórpida e insatisfactoria que presentó el actor luego de su primera intervención, o la patología de base que tenía y que se detectó con el análisis patológico posterior; lo cual si bien supone una difícil situación para quien la llegue a padecer, no por ello puede concluirse que dicha lesión fue por una maniobra atribuible al médico del Hospital de San Antonio de Pitalito y mucho menos que fue producto de negligencia, conforme a lo ya expuesto.

Ahora, como argumento adicional se indica por la parte actora que hubo demora en la práctica de la cirugía llevada a cabo en el Hospital San Antonio de Pitalito, lo cual si bien eventualmente podría ser admitido por el Despacho, lo cierto es que no se aprecia ni se demuestra nexo de causalidad entre dicha “demora” y la lesión a la vía biliar diagnosticada durante el procedimiento del 12 de septiembre de 2006.

En efecto, se alude a una “eventual” demora por cuanto pese a que desde el 01 de septiembre de 2006 se le diagnosticó por el Hospital Manuel Castro Tovar de Pitalito una colecistitis crónica y cololitiasis, con cuadro de más o menos 3 días de evolución, y con base en el resultado de una ecografía hepatobiliar practicada el 31 de agosto se le remitió a Hospital de II nivel, diligenciándose para el efecto formato de “REMISIÓN DE PACIENTES” – PRIORITARIA (F. 16, C. principal), en la misma fecha el paciente acudió al Hospital San Antonio en donde únicamente le fue tomada una nueva

³³ QUIJANO Parra, Jairo, *Manual de Derecho Probatorio*, 18ª Edición, Pág. 594, 2011, editorial Librería Ediciones del Procesional LTDA.

ecografía hepatobiliar, misma con la que ya contaba, la cual simplemente confirmó el diagnóstico, pero pese a ello no se dejó hospitalizado ni se le brindó atención alguna en esta misma fecha, desconociendo el Despacho la razón para ello, pues no obra registro alguno al respecto.

La atención médica al paciente, en el Hospital San Antonio de Pitalito solo le fue brindada el 03 de septiembre, es decir, dos días después de la remisión prioritaria de que había sido objeto, y solo cuando éste, debido al fuerte dolor con que cursaba para entonces, acudió por urgencias, aproximadamente a las 11 de la noche; sin embargo, en esta oportunidad, tampoco fue hospitalizado ni intervenido, sino que simplemente se le suministraron medicamentos, se le hicieron nuevos exámenes de laboratorio y ante la mejora de los síntomas se le dio de alta al día siguiente (04 de septiembre), desconociéndose la gravedad del diagnóstico confirmado que ya tenía para entonces y los varios días de evolución de la enfermedad, ordenándosele simplemente cita de control por cirugía, en primer nivel, como si no se tratara de una urgencia y desconociéndose que precisamente de primer nivel ya había sido remitido mediante remisión prioritaria para cirugía.

Fue solo en la consulta externa que se obtuvo para el 05 de septiembre, que el médico cirujano, al encontrar al paciente con fiebre y escalofríos, con intenso dolor a la palpación en hipocondrio derecho y MURPHY (+), que ordenó su traslado a urgencias, iniciándose la atención adecuada y pertinente que culminó con la cirugía del 06 de septiembre, para la cual se contó con el correspondiente consentimiento informado y se realizó sin ninguna complicación.

Sin embargo, la complicación que finalmente presentó el paciente, esto es, la lesión en la vía biliar” no fue producto de dicha demora, o por lo menos esto no se acreditó. En efecto, obsérvese que para el 06 de septiembre, fecha en que se le practicó la cirugía por parte del hospital demandado, dicha lesión aún no se encontraba presente pues en los registros operatorios dejados de este procedimiento ningún hallazgo en tal sentido. En esta cirugía se realiza el procedimiento indicado para la afección, sin complicación alguna y quedando el paciente en recuperación, la que fue satisfactoria durante los primeros días y negativa a partir del día quinto, por lo que fue remitido oportunamente, el día sexto, para examen especializado a tercer nivel, en donde se le encontró ya una lesión en la vía biliar que requirió nuevo procedimiento, con el cual, por fortuna le fue solucionado.

Por último, cabe agregar, los testimonios recaudados dentro del proceso, a petición de la parte actora, resultaron inútiles para los efectos de verificar la falla del servicio alegada, pues por ejemplo la señora **GRACIELA IBARRA ORTEGA** quien como esposa del actor y acompañante de él en los procedimientos médicos para la época de los hechos, relata que el actor quedó muy mal e impedido para trabajar a raíz de la hernia que le quedó por la cirugía, así como por la peritonitis que le había dado con ocasión de la misma (f. 137 y ss, cuad. ppal. 01, exp. físico), cuando es claro a estas alturas que a partir del 06 de septiembre de 2006 no se le trató de ninguna de esas dos afecciones, sino de la enfermedad de la vesícula biliar y sus conductos, y si en algún momento el paciente recibió atención médica sobre los padecimientos anotados por la testigo, fue cuando se le trató, con anterioridad, mediante una herniorrafia + apendicetomía, aspectos estos

que permiten afirmar respecto de la testigo que tanto por no ser técnica en la materia como por ser imprecisa al referir las enfermedades que cursaba el paciente, sus aseveraciones carecen de utilidad frente a la determinación del daño derivado del acto médico. Ello también puede predicarse frente al testimonio del señor **SEGUNDO ENRIQUE IBARRA ORTEGA** quien además de carecer de conocimiento técnico sobre la materia, lo que sabe es de oídas en tanto simplemente para el época de los hechos fue quien en algunas ocasiones en su vehículo personal transportó al accionante a consultas médicas (f. 142 y ss, cuad. ppal. 01, exp. físico).

Cabe recordar que tal como lo ha reiterado el Consejo de Estado, las obligaciones derivadas de la actividad médica son de medio y no de resultado, por lo tanto no podría reprochársele a la entidad demandada que pese a haberse ofrecido y escogido la mejor alternativa entre las posibles, los resultados finalmente hubieren sido adversos para la salud del paciente. Diferente sería que, ante la complicación que presentó el paciente, el centro médico se hubiera quedado de brazos cruzados mientras la agravación del estado de salud del paciente se acentuaba, lo cual no fue así, pues todo lo contrario, se le trató intra hospitalariamente así como por fuera de la misma entidad mediante la remisión ordenada, la que fue oportuna y eficaz pues permitió que en un mayor nivel de complejidad le realizaran la reconstrucción de vías biliares y luego evolucionó satisfactoriamente, como puede leerse en anotación por consulta de cirugía general del 02 de octubre de 2006 llevada a cabo en el Hospital San Antonio de Pitalito, sin que se observe que esa afirmación y otras de similar alcance, contenidas en la historia clínica, hayan sido desvirtuadas por el reclamante de la indemnización.

De otra parte, mucho menos se encuentra acreditado que la lesión a la vía biliar haya tenido incidencia en la capacidad laboral del actor pues no hay documento que determine una pérdida de capacidad laboral.

Es de advertir que el accionante menciona que su pérdida de capacidad física se deriva de la cirugía del 06 de septiembre de 2006, pero como se dijo, no se demuestra esa supuesta disminución en la condición física, concretamente no se observa pérdida de capacidad laboral, como tampoco en caso de existir se acredita que la misma tenga relación directa con dicha cirugía, pues nótese que el paciente contaba con antecedentes de cirugía de hernia inguinal derecha y de apéndice, y no se desestima científicamente que en realidad sean éstas las que incidan en la supuesta disminución física, aspecto que incrementa la falta de certeza del daño derivado del procedimiento quirúrgico sometido al escrutinio judicial.

En tal virtud, el caudal probatorio legal y oportunamente incorporado al proceso permite no solo descartar que el daño aducido sea imputable a la parte demandada, sino también permite inferir que la atención médica, farmacéutica y hospitalaria por ésta suministrada se ciñó a los cánones que regulan la práctica de la medicina; circunstancias que conllevan a negar la demanda y declarar probadas las excepciones de la demandada denominadas *“Prestación de los servicios de salud al paciente en forma diligente, eficaz e idónea”* e *“Inexistencia de los requisitos exigidos para demostrar la existencia de la responsabilidad estatal en el daño antijurídico”*.

8. CONDENA EN COSTAS.

En cuanto a la condena en costas, encuentra el Despacho que en el presente caso ello no es viable, habida consideración de no existir prueba de actuaciones temerarias o con mala fe, conforme los presupuestos fijados en el artículo 171 del Código Contencioso Administrativo, modificado por el artículo 55 de la Ley 446 de 1998.

9. DECISIÓN.

Con base en las anteriores consideraciones, el Juzgado Octavo Administrativo del Circuito de Neiva administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE:

PRIMERO: DECLARAR probadas las excepciones de *“Prestación de los servicios de salud al paciente en forma diligente, eficaz e idónea”* e *“Inexistencia de los requisitos exigidos para demostrar la existencia de la responsabilidad estatal en el daño antijurídico”*, propuestas por la parte demandada.

SEGUNDO: NEGAR las pretensiones de la demanda.

TERCERO: NO condenar en costas.

CUARTO: En firme esta decisión, devuélvase a la parte actora el remanente del depósito para gastos ordinarios del proceso, si lo hubiere.

QUINTO: Ejecutoriada la presente decisión archívese el presente proceso, previos los registros de rigor.

Notifíquese y cúmplase,

(Firmado electrónicamente)
MARÍA CONSUELO ROJAS NOGUERA
JUEZ