



TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CASANARE
DESPACHO 002
MAGISTRADA PONENTE: INÉS DEL PILAR NÚÑEZ CRUZ

Yopal, marzo veintiuno (21) de dos mil veinticuatro (2024)

Medio de control : REPARACIÓN DIRECTA
Radicación No. : 850013333001-201600143-01
Demandantes : MARGARITA GALVIS RODRÍGUEZ Y OTROS
Demandado : HOSPITAL DE YOPAL E. S. E. ahora HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUÍA “HORO E. S. E.” Y OTROS

Procede el Tribunal a resolver el recurso de apelación interpuesto por la entidad demandada contra la sentencia proferida por el Juzgado Tercero Administrativo del Circuito de Yopal el 27 de abril de 2023, a través de la cual se denegaron las pretensiones de la demanda.

ANTECEDENTES

Haciendo uso del medio de control de reparación directa, las señoras **MARGARITA GALVIS RODRÍGUEZ** actuando en nombre propio y en representación de su menor hijo IVÁN CAMILO VARGAS GALVIS; y, **TERESA FERNANDA VARGAS GALVIS**, a través de apoderada debidamente constituida, instauraron demanda contra el **HOSPITAL DE YOPAL E. S. E. ahora HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUÍA “HORO E. S. E.”**, la **CORPORACIÓN CLÍNICA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA – VILLAVICENCIO** hoy **CORPORACIÓN CLÍNICA** y la **NUEVA E. P. S.** en la cual formularon las siguientes:

PRETENSIONES

PRIMERA: DECLARAR que el HOSPITAL DE YOPAL E. S. E. ahora HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUÍA “HORO E. S. E.”, la CORPORACIÓN CLÍNICA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA hoy CORPORACIÓN CLÍNICA y la NUEVA E. P. S. S. A. son administrativamente responsables por los daños y perjuicios extra patrimoniales causados a las señoras MARGARITA GALVIS RODRÍGUEZ, TERESA FERNANDA VARGAS GALVIS y al menor IVÁN CAMILO VARGAS GALVIS, por la falla en la prestación de los servicios médicos suministrados al señor NÉSTOR VARGAS GUALDRÓN que devinieron en su muerte.

SEGUNDA: como consecuencia de la anterior declaración, CONDENAR a la demandada a cancelar a los actores los perjuicios que a continuación se relacionan:

- PERJUICIO MORAL el equivalente a CIEN SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (100 SMLMV), para cada uno.
- DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN: el equivalente a CIEN SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (100 SMLMV), para cada uno.

- DAÑO EMERGENTE: La suma de TRES MILLONES DE PESOS (\$3.000.000).
- LUCRO CESANTE: un total de trescientos TRECE MILLONES CINCUENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA PESOS (\$313.058.880).

TERCERA: CONDENAR a la entidad accionada en costas y a actualizar la condena en los términos del artículo 187 de la Ley 1437 de 2011 (fls. 28 y 29 ítem 02 tomo c. principal archivo 1 índice 3).

Fundaron las mismas en los **HECHOS** que a continuación se relacionan:

1. Los señores NÉSTOR VARGAS GUALDRÓN y MARGARITA GALVIS RODRÍGUEZ convivieron en calidad de compañeros permanentes por más de 23 años, unión de la que nacieron la señora TERESA FERNANDA VARGAS GALVIS y el menor IVÁN CAMILO VARGAS GALVIS.

AÑO 2014

2. El 17 de febrero el señor VARGAS GUALDRÓN ingresó al HOSPITAL DE YOPAL E. S. E. con dolor abdominal por lo que, se le practicó una ecografía de cuya lectura se determinó como posible diagnóstico una colecistitis aguda, lo que motivó a que se le ordenara una laparoscopia endoscópica.
3. Al día siguiente un médico general de la empresa prestadora de salud referida lo valoró nuevamente y estableció que, resultaba necesario practicarle una colangioresonancia para esclarecer la patología que padecía; y, que el estado del paciente había mejorado con el tratamiento médico suministrado.
4. El 19 de febrero el señor NÉSTOR VARGAS fue examinado por otro galeno del HOSPITAL DE YOPAL quien indicó que, la colangioresonancia se encontraba pendiente pese a que habían transcurrido 22 horas desde había sido ordenada y 48 desde que el paciente había ingresado a dicha institución.
5. Al día siguiente, cuando habían transcurrido alrededor de 77 horas tras la hospitalización de la víctima se concluyó que, se le debía realizar una laparoscopia endoscopia, pues no contaba con un diagnostico específico.
6. El 21 de febrero se obtuvo el reporte de la colangioresonancia por lo que se ordenó valorar al paciente por anestesia y programarle la práctica de una colangiopancreatografía retrograda por endoscopia tras haberse establecido como diagnostico *k804 cálculo de conducto biliar con colecistitis*.
7. El 22 del mismo mes al familiar de los demandantes le fue practicada la antes referida cirugía.
8. Al día siguiente se observó que, el paciente presentaba una fistula biliar de alto gasto y a las 18:47 horas fue valorado por medicina interna especialidad que le diagnosticó fibrilación y aleteo articular.
9. El 24 de febrero se advirtieron cambios líticos en la pared de la vesícula y si bien el personal médico de la entidad afirmó que, se le realizó una ecografía hepatobiliar y no se observaron hallazgos considerables en sus resultados, estos no se encuentran en la historia

clínica. Posteriormente, tuvo un infarto subendocárdico agudo de miocardio por lo que, a las 21:30 horas se ordenó su traslado a un hospital de tercer nivel, pues requería ser internado en una unidad de cuidados intermedios.

10. Al día siguiente el paciente fue traslado en un deplorable estado salud a la CLÍNICA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA ubicada en la ciudad de Villavicencio, pues pese a que presentaba una infección los galenos del HOSPITAL DE YOPAL no determinaron el origen de la misma en los ocho días que estuvo bajo su atención; y, por ende, no le suministraron los cuidados y tratamientos que requería su estado físico, a lo que también contribuyó la demora en la autorización de la colangioresonancia por parte de la NUEVA E. P. S.
11. El 25 de febrero en horas de la mañana el señor VARGAS GUALDRÓN manifestó padecer de dolor abdominal por lo que fue atendido por el médico que se encontraba en turno dentro de la institución quien determinó que, se le debía realizar un tac abdominal pero posteriormente se estableció que, antes de ello debía ser valorado por nefrología.
12. El 27 del mismo mes al señor NÉSTOR le practicaron el cateterismo cardíaco previamente mencionado y se le remitió a la UCI para manejo integral.
13. El 1°. de marzo se ordenó el traslado del señor VARGAS GUALDRÓN a la unidad de cuidados intermedios y posteriormente a hospitalización. Empero, al día siguiente se ordenó que volviera a cuidados intermedios.
14. El 3 de marzo al familiar de los accionantes se le practicó una ecografía abdominal, se prescindió del tac abdominal y se ordenó ingresarlo a la sala de cirugía para realizarle una laparotomía exploratoria, la que debió llevarse a cabo tiempo atrás en el entonces HOSPITAL DE YOPAL E. S. E., dando como resultado *“peritonitis generalizada más perforación duodenal y fistula cística”*.
15. El 6 del mismo mes el señor NÉSTOR VARGAS GUALDRÓN falleció a las 12:41 del mediodía por un paro cardio respiratorio y su diagnóstico final fue septicemia no especificada.
16. Para la fecha en que falleció el antes referido contaba con 68 años de edad, laboraba mediante contratos de prestación de servicios profesionales y se encontraba creando una IPS (fls. 1 a 28 ítem 02 tomo 1 c. principal archivo 1 índice 3).

ACTUACIÓN PROCESAL DE PRIMERA INSTANCIA

LA ADMISIÓN DE LA DEMANDA Y SU CONTESTACIÓN

La demanda se radicó el 5 de mayo del 2016 y le correspondió por reparto al Juzgado Primero Administrativo del Circuito de Yopal (ítem 05 c. principal índice 3), el que a través de auto proferido el 16 de febrero de 2017 la admitió y ordenó la notificación de las partes y del Ministerio Público (ítem 11 c. principal índice 3), diligencia que se surtió el 12 de mayo del mismo año (ítem 14 c. principal archivo 1 índice 3). Dentro del término de traslado de la demanda, las accionadas se pronunciaron así:

El **HOSPITAL DE YOPAL E. S. E.** hoy **HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA “HORO” E. S. E.** se opuso a sus pretensiones señalando que, al

señor NÉSTOR VARGAS GUALDRÓN se le diagnosticó *colecistitis aguda, barro biliar, esteatosis hepática y quiste parapiélico renal izquierdo*, dolencias que fueron tratadas por dicha entidad de forma oportuna y adecuada, atendiendo las guías clínicas correspondientes, de acuerdo con el nivel de complejidad de los servicios que presta dicho centro de salud por lo que, el deceso del paciente no se derivó de la atención médica que recibió antes de ser remitido un centro de atención médica de tercer nivel en la ciudad de Villavicencio. Propuso como medios exceptivos los que denominó AUSENCIA DE CULPA POR PARTE DEL HOSPITAL DE YOPAL e INEXISTENCIA DE LA RESPONSABILIDAD DE REPARAR (ítem 18 c. tomo 1 c. principal archivo 1 índice 3).

La **NUEVA E. P. S.** solicitó negar las pretensiones de la demanda, pues consideró que el fallecimiento del señor VARGAS GUALDRÓN no devino de una falencia en la atención médica que recibió a lo que debe sumarse que, la referida entidad promotora de salud no incumplió las obligaciones a su cargo. Concluyó proponiendo como excepciones las de INEXISTENCIA DE DAÑO INDEMNIZABLE IMPUTABLE A LA NUEVA E. P. S. S. A., INEXISTENCIA DE ERROR MÉDICO, CUMPLIMIENTO CABAL DE LAS OBLIGACIONES DE LA NIEVA EPS S.A. EN SU CONDICIÓN DE SEGURADOR, AUSENCIA DE CULPA Y RUPTURA DEL NEXO CAUSAL POR HECHO IMPUTABLE DE MANERA EXCLUSIVA A UN TERCERO, CARENCIA ABSOLUTA DE PRUEBA DEL NEXO CAUSAL ENTRE LA OMISIÓN ENDILGADA A LA NUEVA EPS Y EL DAÑO ALEGADO, INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD POR CARENCIA DEL DAÑO ANTIJURIDICO, CONDICIONES PROPIAS DE LA PATOLOGÍA DE LA PACIENTE y COBRO DE LO NO DEBIDO (ítem 01 c. tomo 2 principal archivo 1 índice 3).

Por su parte, la **CORPORACIÓN CLÍNICA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA** hoy **CORPORACIÓN CLÍNICA** manifestó que, la parte accionante hizo un recuento sesgado de los hechos que motivaron la interposición de la demanda, pues desconocieron que el accionante padecía de hipertensión arterial, cálculos renales, hígado graso y sobrepeso grado III condiciones que influyeron en las complicaciones que terminaron con su vida. Así mismo, estableció un vínculo directo entre las acciones y las omisiones en que presuntamente incurrieron las entidades accionadas, desconociendo que el señor NÉSTOR VARGAS GUALDRÓN no falleció como consecuencia del tratamiento que se le suministró sino por la suma de las patologías que padecía, las cuales no podían tratarse de forma paralela sino que debieron ser atendidas por etapas. Finalmente, como medio exceptivos propuso los que denominó INEXISTENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD ENTRE EL TRATAMIENTO MÉDICO SUMINISTRADO POR EL PERSONAL MÉDICO Y ASISTENCIAL DE LA CORPORACIÓN CLÍNICA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA Y EL LAMENTABLE DECESO DEL SEÑOR NÉSTOR VARGAS GUALDRÓN, INEXISTENCIA DE LOS ELEMENTOS DE LA CULPA, LA CAUDA DE LA MUERTE DEL PACIENTE NÉSTOR VARGAS GUALDRÓN DERIVA EXCLUSIVAMENTE DE LAS GRAVES ENFERMEDADES Y COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS QUE PADECÍA, NO DEL TRATAMIENTO MÉDICO APLICADO y EXCESIVA TASACIÓN DE PERJUICIOS MATERIALES (ítem 04 tomo 2 c. principal archivo 1 índice 3).

Mediante auto del 29 de abril de 2021 el JUZGADO TERCERO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE YOPAL avocó conocimiento del sub

judice atendiendo lo dispuesto por el Acuerdo CSJBOYA21-19220 del 4 de febrero de 2021, expedido por el CONSEJO SECCIONAL DE LA JUDICATURA DE BOYACÁ Y CASANARE (ítem 39 tomo 2 c. principal archivo 1 índice 3).

LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

La **CORPORACIÓN CLÍNICA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA** hoy **CORPORACIÓN CLÍNICA** llamó en garantía a **ALLIANZ SEGUROS S. A.**, aduciendo que celebró con ésta el contrato de seguro de responsabilidad civil extracontractual No. 021934259 del 3 de junio de 2016, el cual ampara siniestros como el acaecido con la muerte del señor VARGAS GUALDRÓN (ítem 4 tomo 2 c. principal archivo 1 índice 3).

La **NUEVA E. P. S.** llamó en garantía a la **CORPORACIÓN CLÍNICA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA** hoy **CORPORACIÓN CLÍNICA** indicando que, suscribió un contrato con dicho centro asistencial el 31 de mayo de 2013 con el objeto de que esta le prestara a sus usuarios los servicios médicos asistenciales previstos en el POS, el cual contempla que la IPS mantendrá indemne a la EPS DE LAS RECLAMACIONES Y DEMANDAS QUE SE PRESENTEN EN RELACIÓN CON LOS SERVICIOS MÉDICOS MENCIONADOS (ítem 2 tomo 2 c. principal archivo 1 índice 3).

Los referidos llamamientos en garantía se admitieron mediante auto del 7 de marzo de 2019 (ítem 12 tomo 2 c. principal archivo 1 índice 3).

ALLIANZ SEGUROS S. A. contestó la demanda señalando que, deben negarse las pretensiones de la demanda, pues de la lectura de la historia clínica del paciente NESTOR VARGAS GUALDRÓN se concluye que, la causa de la muerte de este fue una falla multisistémica renal, pulmonar, hematológica, cardíaca, sobrecarga hídrica, hipercalcemia refractaria, trombocitosis y un paro cardiorrespiratorio por braquicardia, que correspondieron a la evolución natural de sus patologías de base. Propuso los medios exceptivos que denominó INEXISTENCIA DE LA FALLA MÉDICA COMO CONSECUENCIA DE LA PRESTACIÓN Y TRATAMIENTO ADECUADO, DILIGENTE, CUIDADOSO, CARENTE DE CULPA Y REALIZADO CONFORME A LOS PROTOCOLOS DEL SERVICIO DE SALUD Y LA LEX ARTIS POR PARTE DE LA CORPORACIÓN CLÍNICA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA - VILLAVICENCIO. LA OBLIGACIÓN MÉDICA ES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO, INEXISTENTE RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE EL DAÑO O PERJUICIO ALEGADO POR LA PARTE ACTORA Y LA ACTUACIÓN DE LA CORPORACIÓN CLÍNICA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA – VILLAVICENCIO e IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DE LOS DAÑOS MATERIALES SOLICITADOS.

Adicionalmente, la aludida empresa aseguradora se opuso a las pretensiones del llamamiento en garantía señalando que, el mismo es ineficaz puesto que se le notificó más de seis (6) meses después de su admisión; que para hacer efectiva la póliza de seguro No. 021934250 la reclamación correspondiente debió hacerse dentro de la vigencia temporal de la misma, es decir, entre el 30 de mayo de 2016 y el día 29 de mayo de 2017, pero la misma se efectuó el 4 de marzo de 2016; que la muerte del señor VARGAS GUALDRÓN era un hecho cierto para el momento en que celebró el contrato de seguro por lo que, no era amparable pues ello únicamente procede respecto de hechos

futuros e inciertos; y, que el siniestro no aconteció pues la muerte del previamente aludido paciente no fue consecuencia de una falla medica atribuible a la CLÍNICA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA. Como excepciones al llamamiento en garantía propuso las siguientes INEFICACIA DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA, FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA PÓLIZA No. 021934250/0, LA RECLAMACIÓN REALIZADA EL 04 DE MARZO DE 2016, O EN SU DEFECTO EL 05 DE MAYO DE 2016 ES UN HECHO CIERTO, POR LO TANTO, CORRESPONDE A UN RIESGO INASEGURABLE A LA LUZ DEL ARTÍCULO 1054 DEL C. CO Y POR TANTO NO ESTÁ CUBIERTO POR EL CONTRATO DE SEGURO No. 021934250/0, NO EXISTE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE ALLIANZ SEGUROS S.A., TODA VEZ QUE NO SE HA REALIZADO EL RIESGO ASEGURADO, CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO QUE REVISTEN LOS CONTRATOS DE SEGUROS, EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO y LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR EN LO ATINENTE AL DEDUCIBLE (ítem 2 tomo 2 c. principal archivo 1 índice 3).

ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

En audiencia de pruebas del 8 de julio de 2023 el JUZGADO TERCERO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE YOPAL concedió el término de diez (10) días a las partes para presentar sus alegaciones finales y para que el señor REPRESENTANTE del MINISTERIO PÚBLICO emitiera su concepto final se a bien lo tenía, plazo dentro del cual la PARTE ACCIONANTE, el HORO Y LA CORPORACIÓN CLÍNICA expresaron:

La **PARTE ACCIONANTE** que, el señor VARGAS GUALDRÓN fue diagnosticado tardíamente y no recibió tratamiento para la sepsis que presentaba lo que pudo afectar su sistema cardiaco y pese que se advirtió que el paciente estaba sufriendo una peritonitis, ello no fue tenido en cuenta por los galenos que lo trataron, lo que concluyó en la falla multiorgánica que terminó con su vida (ítem 88 tomo 2 c. principal archivo 1 índice 3).

El **HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA** que, de las pruebas que reposan en el plenario puede concluirse que no se presentó negligencia por parte del personal de la entidad en las atenciones médicas que recibió el familiar de los demandantes, sino que las mismas correspondieron a la patología del paciente y a las complicaciones derivadas de las enfermedades base que este tenía (ítem 88 tomo 2 c. principal archivo 1 índice 3).

Por su parte, la **CORPORACIÓN CLÍNICA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA** hoy **CORPORACIÓN CLÍNICA** manifestó que, la muerte del señor VARGAS GUALDRÓN fue consecuencia de la gravedad de sus patologías de base y las complicaciones postquirúrgicas de la colecistectomía laparoscópica que se le realizó en el HORO E. S. E., no del tratamiento que se le brindó tras haber sido traslado a dicho centro sanitario, el cual fue adecuado para tratar sus patológicas pero no pudo contener las complicaciones que presentaba el paciente al momento de arribar a sus instalaciones (ítem 85 tomo 2 c. principal archivo 1 índice 3).

SENTENCIA RECURRIDA

Se trata de la proferida por el JUZGADO TERCERO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE YOPAL el 27 de abril de 2023, la que en sus apartes pertinentes resolvió:

“(...) PRIMERO: Declarar no probadas las excepciones propuestas.

SEGUNDO: Negar las pretensiones de la demanda.

TERCERO: Sin condena en costas. (...)”.

Como fundamentos de la precitada decisión el *a quo* consideró que, de la historia clínica, los testimonios de los galenos que lo atendieron y el dictamen pericial rendido por el médico especialista en cirugía general JAIRO AUGUSTO CASAS GUERRA se determinó que, el fallecimiento del señor NÉSTOR VARGAS GUALDRÓN no se derivó de la tardanza de las entidades accionadas en darle un diagnóstico preciso y prescribirle el tratamiento correspondiente, pues la presencia y gravedad de sus comorbilidades impidieron que esto se realizara con la inmediatez requerida condiciones que a su vez, contribuyeron a que sufriera el infarto agudo al miocardio que terminó con su vida (ítem 90 c. principal tomo 2 índice 3).

RECURSO DE APELACIÓN

La **PARTE ACCIONANTE** impugnó la sentencia de primera instancia solicitando que, se revoque y en su lugar se acceda a las pretensiones de la demanda toda vez que de las pruebas que reposan en el expediente puede concluirse que, el fallecimiento del señor VARGAS GUALDRÓN se derivó de los tardíos diagnósticos y atención médica que recibió, pues su deceso fue consecuencia de una sepsis que no fue debidamente atendida por sus médicos tratantes así como la presencia de una fistula de alto gasto a la que no se le prestó atención, situaciones que aunadas a la demora en la autorización de la colangiografía ordenada desembocaron en el deterioro de la salud del familiar de los accionantes, que a la postre condujo a su muerte (ítem 94 c. principal tomo 2 archivo 1 índice 3).

ACTUACIÓN EN SEGUNDA INSTANCIA

El proceso ingresó por reparto el 26 de junio de 2023 y al despacho el 7 de julio del mismo año (archivo 2 índice 3 e índice 3), el que por auto del 13 de julio de la misma anualidad admitió el recurso (índice 5).

Se precisa que, como el recurso de apelación se interpuso en vigencia de la Ley 2080 de 2021 no hubo etapa de alegaciones en segunda instancia habida cuenta que, en el *sub judice* no se decretaron pruebas en la misma. Igualmente, que las partes y el señor Agente del Ministerio Público delegado ante la Corporación guardaron silencio en esta etapa procesal.

El proceso al Despacho ingresó para proferir sentencia el 4 de agosto de 2023 (índice 12).

CONSIDERACIONES

1.- CONTROL DE LEGALIDAD

Atendiendo lo señalado por el artículo 207 de la Ley 1437 de 2011 el Tribunal verificó que el trámite dado a las diligencias se encuentra ajustado a derecho razón por la cual, no existen aspectos que deban sanearse.

2.- COMPETENCIA

De conformidad con lo normado por el artículo 153 ibidem, esta Corporación es competente para conocer del presente medio de control en tanto, el fallo de primera instancia fue proferido por un juzgado del circuito judicial de Yopal.

3.- PRESUPUESTOS PROCESALES

El medio de control reúne los requisitos previstos por el artículo 162 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo por lo que, nos encontramos frente a una demanda presentada en forma. En lo que respecta a la capacidad para comparecer al juicio, está debidamente demostrada pues las señoras TERESA FERNANDA VARGAS GALVIS y MARGARITA GALVIS RODRÍGUEZ son personas naturales que se identificaron al presentar los memoriales poder con sus cédulas de ciudadanía, quedando demostrada su existencia (ítem 01 c. principal tomo 1 archivo 1 índice 3), el HOSPITAL DE YOPAL E. S. E. hoy HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUÍA “HORO” E. S. E. es una entidad pública descentralizada, cuya existencia no requiere prueba, por ser persona jurídica de Derecho Público (Art. 166 numeral 4º. del C. P. A. C. A.); y, la existencia y representación legal de la CORPORACIÓN CLÍNICA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA hoy CORPORACIÓN CLÍNICA y de la NUEVA EPS se encuentran acreditadas dentro del plenario (ítems 17 tomo 1 y 15 tomo 2 c. principal archivo 1 índice 3).

4.- REQUISITOS DE PROCEDIBILIDAD

Los actores cumplieron con el trámite de la conciliación extrajudicial de que trata el numeral 1º. del artículo 161 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, según consta en la certificación que reposa en el expediente digital (ítem 04 tomo 1 c. principal archivo 1 índice 3).

5. CADUCIDAD

El Artículo 164 de la Ley 1437 de 2011 en relación con la oportunidad para presentar la demanda, señala en el literal i) del numeral 2: *“Cuando se pretenda la reparación directa, la demanda deberá presentarse dentro del término de dos (2) años, contados a partir del día siguiente al de la ocurrencia de la acción u omisión causante del daño, o de cuando el demandante tuvo o debió tener conocimiento del mismo si fue en fecha posterior y siempre que prueba la imposibilidad de haberlo conocido en la fecha de su ocurrencia. (...)”*

De esta manera, como el señor NÉSTOR VARGAS GUALDRÓN falleció el 6 de marzo de 2014 (fl. 2 ítem 03 tomo 1 c. principal archivo 1 índice 3), el trámite de la conciliación prejudicial se surtió entre el 4 de marzo y el 5 de mayo de 2016 (ítem 04 y fl. 47 ítem 09 tomo 1 c. principal archivo 1 índice 3); y, la demanda se presentó en esta última fecha (ítem 05 tomo 1 c. principal

archivo 1 índice 3). el medio de control no se encuentra caducado atendiendo la norma antes transcrita.

6.- PROBLEMA JURÍDICO.

Verificado el expediente se observa que, el problema jurídico a resolver se contrae a determinar si *¿debe revocarse la sentencia que denegó las pretensiones de la demanda y, en su lugar, acceder a las mismas cuando un persona presuntamente falleció como consecuencia del diagnóstico tardío que se le realizó en una E. S. E., las dilaciones en las que incurrió su E. P. S. al autorizar los servicios médicos que necesitaba y las falencias en la atención médica que le proporcionaron en la clínica privada a la que fue remitido?*

7.- EL CASO CONCRETO

7.1. NORMATIVIDAD APLICABLE AL SUB LITE: El artículo 90 de la Constitución Política expresa: *“El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades...”*.

Pues bien, dicho artículo contiene una norma o regla general de responsabilidad patrimonial del Estado con fundamento en el daño antijurídico que instituye la obligación de reparar el perjuicio, prescindiendo de todo concepto sobre la ilicitud o la culpa en la ejecución del hecho y apoyándose esencialmente en la protección que debe a los derechos reconocidos a favor de los asociados y en la garantía de que tales derechos no podrán ser vulnerados impunemente.

7.2. JURISPRUDENCIA SOBRE LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO POR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD: Al respecto el Máximo Tribunal de la Jurisdicción Contencioso Administrativa ha señalado:

“(...) En relación con la responsabilidad del Estado por la prestación del servicio médico de salud, corresponde a la parte actora acreditar los supuestos de hecho que estructuran los fundamentos de la misma; es decir, debe demostrar el daño, la falla en la prestación del servicio médico hospitalario y la relación de causalidad entre estos dos elementos, para lo cual puede valerse de todos los medios probatorios legalmente aceptados, entre los cuales cobra particular importancia la prueba indiciaria que pueda construirse con fundamento en las demás pruebas que obren en el proceso, en especial para la demostración del nexo causal entre la actividad médica y el daño ocasionado, ya que sin la concurrencia de estos elementos no se logra estructurar la responsabilidad administrativa.

Pues bien, no hay duda de que se encuentra acreditado el daño alegado, consistente en la muerte del señor Marco Tulio Arango Villada; sin embargo, como éste no es un elemento suficiente para construir la imputabilidad que se pretende, procede la Sala a analizar la conducta de la administración, en lo que se refiere a la prestación del servicio médico asistencial brindado al mencionado paciente, con el fin de verificar si ese daño, del cual se derivan los perjuicios cuyo resarcimiento se pretende, le es imputable a título de falla en el servicio.

Para ello, debe tenerse en cuenta que, según la posición jurisprudencial reiterada de la Corporación, “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”.

Es importante recordar que la imputación fáctica del daño y la falla del servicio no pueden ser analizadas desde una perspectiva ideal, crítica o abstracta del funcionamiento del servicio, sino que requieren ser estudiadas desde un ámbito real que consulte las circunstancias de tiempo, modo, lugar y capacidad administrativa de la administración al momento de la producción del daño.”¹

Y en un pronunciamiento reciente, refirió:

“(…) Si bien el régimen aplicable a los eventos en los cuales se discute la responsabilidad patrimonial del Estado por las actividades médico-sanitarias es, de manera general, el de la falla probada del servicio, la especial naturaleza de la actividad en estudio le permite al juez de la causa acudir a diversos medios probatorios, por ejemplo, la prueba indiciaria para formar su convencimiento acerca de la existencia del nexo de causalidad, sin que por ello se pueda afirmar que dicha relación causal se presume.

De igual forma, se debe considerar la teoría de la carga dinámica de la prueba, según la cual el juez debe establecer en cada caso concreto cuál de las partes está en mejores condiciones de probar la falla o su ausencia, pues no todos los debates sobre la prestación del servicio médico tienen implicaciones de carácter técnico o científico

(…)

Entonces, para que pueda declararse la responsabilidad civil en materia médica al demandante le corresponde, igualmente, demostrar: “i) el daño, entendido como todo detrimento o menoscabo sufrido por la víctima; ii) el comportamiento culpable del facultativo en cumplimiento de su obligación; iii) el nexo causal; y, finalmente iv) el fundamento o deber de reparar, este último entendido como la razón que habilita a desplazar esa situación nociva al patrimonio del autor del daño para que sea reparado”.²

7.3 DE LO PROBADO EN EL PROCESO: del material probatorio que reposa en el repositorio del expediente digital se establece que, los hechos que a continuación se relacionan se encuentran debidamente acreditados:

Año 2014

1. El 17 de febrero al señor NÉSTOR VARGAS GUALDRÓN de 68 años de edad, ingresó por urgencias al HOSPITAL DE YOPAL con dolor abdominal por lo que el médico que lo atendió concluyó que tenía un cuadro de dolor abdominal y posible colelitiasis. Empero, tras efectuarle una ecografía abdominal se determinó que padecía *colecistitis aguda, barro biliar, esteatosis hepática, quiste parapléjico renal derecho y probable litiasis renal izquierda*, por lo que se le ordenó un perfil hepático (fls. 7 a 9 ítem 03 tomo 1 c. principal archivo 1 índice 3).

¹ CONSEJO DE ESTADO, SECCIÓN TERCERA, SUBSECCIÓN A, Consejero ponente: CARLOS ALBERTO ZAMBRANO BARRERA, Noviembre 29 de 2018, Radicación número: 17001-23-31-000-2006-01424-01(45021), Actor: MARÍA GLORIA REINOSA DE ARANGO Y OTROS, Demandado: NACIÓN - MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL – ASSBASALUD E.S.E. Y OTROS.

² CONSEJO DE ESTADO, SECCIÓN TERCERA, SUBSECCIÓN A, Consejero ponente: MARÍA ADRIANA MARÍN, Noviembre 22 de 2021 Radicación número: 66001-23-31-000-2010-00289-01(46508), Actor: ADRIANA CARDONA MUÑOZ Y OTROS, Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA Y OTROS.

2. El 19 del mismo mes y luego de realizado el referido examen paraclínico se estableció que, el paciente requería una colangioresonancia a fin de precisar su diagnóstico y se ordenó su hospitalización (fls. 15 a 17 ítem 03 tomo 1 c. principal archivo 1 índice 3).
3. Al día siguiente encontrándose en la unidad de cuidados intermedios de la E. S. E. referida, el señor VARGAS GUALDRÓN manifestó reducción del dolor abdominal (fl. 18 ítem 03 tomo 1 c. principal archivo 1 índice 3).
4. El 21 de febrero efectuada la colangioresonancia se estableció que, el señor NÉSTOR VARGAS presentaba barro biliar y un quiste hepatorenal (fl. 19 ítem 03 tomo 1 c. principal archivo 1 índice 3).
5. Al día siguiente se observó que, el antes mencionado contaba con buen estado general, que de acuerdo con el reporte de la resonancia que se le realizó no mostraba defectos del llenamiento de la vía biliar por lo que, su diagnóstico era de colecistitis aguda y no de coledocolitiasis por lo que tras una junta quirúrgica se le practicó una colecistectomía laparoscópica con la que se determinó que padecía una colecistitis gangrenosa y una fistula biliar de alto gasto. Para dicho momento, el señor VARGAS GUALDRÓN tenía cinco días de tratamiento antibiótico (fls. 21 a 22 ítem 03 tomo 1 c. principal archivo 1 índice 3).
6. El 23 de febrero el señor NÉSTOR VARGAS GUALDRÓN manifestó tener taquicardia, por lo que se realizó un electrocardiograma (fl. 25 ítem 03 tomo 1 c. principal archivo 1 índice 3).
7. El 25 de ese mismo mes, después de que el personal del HORO estudiara su evolución y que el paciente indicara la disminución de dolor en el abdomen, se ordenó practicarle un ecocardiograma del que se concluyó que padecía un síndrome coronario agudo y se ordenó su remisión a un centro hospitalario de tercer nivel (fls. 26 a 48 ítem 03 tomo 1 c. principal archivo 1 índice 3).
8. En la misma fecha, el familiar de los accionantes arribó a la CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA donde se dispuso su ingreso a la UCI pues se determinó que padecía una *arritmia fatal*. Allí recibió tratamiento farmacológico para las afecciones gastrointestinales y coronarias que padecía. Igualmente, se ordenó la práctica de un cateterismo cardiaco en el lado izquierdo del corazón, así como de múltiples exámenes paraclínicos (fls. 49 a 55 ítem 03 tomo 1 c. principal archivo 1 índice 3).
9. Entre el 26 de febrero y el 1°. de marzo el señor VARGAS GUALDRÓN permaneció en la UCI de la clínica universitaria referida, periodo dentro del que se lo trata farmacológicamente, se le realizan una serie de estudios paraclínicos (entre ellos, un ecocardiograma) y el cateterismo cardiaco ordenado previamente; y, como mejoró su estado de salud, el 2 de marzo se remite a la unidad de cuidados intermedios de la institución médica pues no tenía síntomas de irritación peritoneal, pero ante una nueva recaída se le retorna a la UCI (fls. 55 a 102 ítem 03 tomo 1 c. principal archivo 1 índice 3).
10. El 3 de marzo los médicos de la clínica en la que se encontraba el señor VARGAS GUALDRÓN establecieron que, de la lectura de los resultados de la ecografía abdominal que se le realizó se sospechaba que el paciente estaba sufriendo una peritonitis generalizada por lo que, se le debía hacer una laparoscopia exploratoria de urgencia la que se llevó a cabo ese mismo día y luego de ello regresó a la UCI. El referido señor fue sometido a estudios paraclínicos, de la misma forma

que recibió tratamiento farmacológico antes y después de la operación (fls. 109 a 124 ítem 03 tomo 1 c. principal archivo 1 índice 3).

11. Al día siguiente se observa que, el estado de salud del paciente no es bueno por lo que se efectúan estudios paraclínicos, se continúa suministrándole medicación y se dispone la realización de un nuevo lavado para atender la peritonitis advertida en la última intervención que se le realizó (fls. 125 a 136 ítem 03 tomo 1 c. principal archivo 1 índice 3).
12. El 5 de marzo se establece que, el paciente tiene signos de una falla multiorgánica por lo que se le aplican antibióticos endovenosos y se le realiza un lavado peritoneal, previa autorización de sus familiares; y, se le diagnostica insuficiencia respiratoria aguda (fls. 125 a 153 ítem 03 tomo 1 c. principal archivo 1 índice 3).
13. Al otro día el paciente refiere sufrir un dolor abdominal agudo, se lo mantiene bajo vigilancia hemodinámica, ventilatoria, neurológica y metabólica, posteriormente sufre un paro cardíaco y pese recibir medicamentos, fibrilación ventricular y masajes cardíacos, fallece a las 12:10 m. (fls. 154 a 166 ítem 03 tomo 1 c. principal archivo 1 índice 3).

De otro lado, se recaudó el dictamen pericial rendido por el doctor **JAIRO AUGUSTO CASAS GUERRA** médico especialista en cirugía general, cirujano general de soporte oncológico de la CLÍNICA VIDA FUNDACIÓN y cirujano general del HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE CALDAS en el que se expuso lo siguiente:

“(…) Paciente quien ingresa al servicio de urgencias el 17-02-2021, según nota de ingreso por parte de medicina general al Hospital de Yopal ESE a las 10:03 de la mañana, refiriendo cuadro de dolor en zona de epigastrio que se irradia hacia hemiabdomen derecho (hipocondrio derecho flanco y fosa iliaca derecha) y región lumbar, para el cual había tomado buscapina (antiespasmódico) en su casa sin mejoría por lo que consulta.

(…)

Considero que la atención realizada al paciente en su evaluación inicial es la correcta, pues se evidencia que se interpretaron los síntomas y signos del paciente, teniendo una impresión diagnóstica y dando un posible concepto, el cual es una enfermedad de la vesícula, para el caso cálculos. Para poder confirmar el diagnóstico, se basa en la solicitud de un estudio de ecografía que es el Gold estándar para confirmar y descartar el diagnóstico en este paciente. El manejo está ajustado dentro de la lex artis y no tengo objeciones sobre el mismo

(…)

Considero que el paciente fue enfocado por parte del médico de urgencias en forma adecuada una vez se obtiene el resultado de la ecografía en donde menciona que se trata y se confirma la sospecha diagnóstica de una colecistitis aguda, era necesario que el paciente fuera evaluado por parte de cirugía general. En la atención realizada por cirugía ese mismo día, evidencia que el paciente presentaba cuadro clínico y signos clínicos compatibles con una colecistitis aguda por el tipo de dolor localizado en hipocondrio derecho y por el dolor al examen físico a la palpación en hipocondrio derecho con un Murphy positivo y confirmado con una ecografía en donde refieren signos de colecistitis aguda.

(…)

*Considero que la evaluación del día 18-04-2014 realizada por el cirujano habla de un paciente estable y que aún está en espera de la realización de resonancia y se plantea según resultado de la misma dos posibles manejos en el paciente, para esto requiere que sea evaluado por anestesiología y se realiza la solicitud de evaluación preanestésica. **Esta evaluación es realizada***

también dentro del conocimiento del anestesiólogo considerado un riesgo quirúrgico ASA II. y dando aval para el procedimiento planteado una vez se tuviera resultado de colangioresonancia. Considero que estas atenciones estuvieron ajustadas en el proceso de enfermedad del paciente y dentro de la lex artis.

(...)

Considero en las evoluciones realizadas el 19 y 20 de febrero de 2014 continúa paciente estable hemodinámicamente y clínicamente con mejoría del dolor abdominal, lo que indica que el manejo médico planteado en el paciente con antibioticoterapia y analgésicos estaba mejorando al mismo, y se infiere de esto que el paciente se le había “enfriado” el proceso inflamatorio vesicular. En este caso esperando inicialmente la realización de la resonancia y posteriormente el informe definitivo de la misma; con respecto al “enfriamiento” del proceso inflamatorio vesicular fundamentándose en la medicina basada en la evidencia (...).

(...)

Se consideró que está en primer día pos quirúrgico de colecistectomía por laparoscopia por colecistitis aguda gangrenosa con salida de material biliar por el dren pero sin criterios para ese momento de considerar reintervención, y se deja manejo medico con control estricto de la salida de material del dren, continua entonces con antibioticoterapia, anti hipertensión, analgésicos protección gástrica, y cuidados del dren. Análisis. **Considero paciente en su primer día pos quirúrgico, luego de realización de colecistectomía por laparoscopia, con hallazgos de vesícula gangrenada, quien se presenta clínicamente estable en la evolución de la mañana, con salida de material biliar por el dren, con gases arteriales que indican equilibrio acido básico, y leve aumento de los leucocitos, por lo que se consideró que estos hallazgos son secundarios al procedimiento realizado y al trauma quirúrgico. Continúa manejo pos quirúrgico y cuidados del dren; Considero que es esperable esta evolución inicial pos quirúrgica y el manejo dado y propuesto se ajusta a la lex artis.**

(...)

Se observa un paciente que presenta un deterioro rápidamente progresivo de su estado funcional, con compromiso multisistémico pues hay aumento en la creatinina con disminución del gasto urinario importante lo que denota compromiso renal, asociado continua con el aumento de los glóbulos blancos lo que muestra una respuesta inflamatoria y una sepsis aun no controlada, se evidencia mejoría en el perfil hepático y un descenso en las bilirrubinas posiblemente por el drenaje que se está presentando a travé s del dren abdominal, se realizó ajuste por parte de la Unidad de cuidados intermedios con manejo antibiótico de amplio especto. **Considero la atención por parte de la Unidad es adecuada y se ajusta a las guías y protocolos de manejo.**

(...)

Es de suma importancia la evaluación hecha por el médico internista pues sospecha con base a un trazado electrocardiográfico un posible evento isquémico miocárdico, se realiza entonces estudio en sangre como lo es la troponina y posterior un ecocardiograma que confirman el diagnostico de que el paciente está cursando con un evento agudo isquémico miocárdico. Ya en conjunto con Cardiología y UCE (unidad de cuidados intermedios o especiales) se define que el paciente requiere ser remitido a unidad coronaria para un posible cateterismo cardiaco y manejo con cirugía general. Considero y concuerdo que dadas las condiciones del paciente para ese momento la conducta adecuada es que debía ser remitido a institución de III nivel de atención. Se solicita traslado medicalizado. Se observa en el plan de manejo todos los medicamentos necesarios que están en guías y protocolos de manejo tanto para la sepsis biliar con cubrimiento de amplio espectro empírico

para peritonitis secundaria y terciaria, además del manejo anti isquémico por su infarto agudo de miocardio. Determinar si solo el hecho de la sepsis abdominal es la causa determinante de su infarto agudo de miocardio no es posible en este análisis, pues es cierto que hay aumento del riesgo de que se presenten eventos cardiovasculares isquémicos en pacientes quienes cursan con cuadros sépticos, sin embargo el paciente presenta como comorbilidades una hipertensión arterial y además una obesidad mórbida que también aumentan el riesgo de eventos cardiovasculares en paciente con patología inflamatorias, por lo cual no se puede determinar como única causa la sepsis en el presente caso.

(...)

En revisión exhaustiva de la historia clínica del Hospital de Yopal ESE, respecto a la atención prestada al señor Néstor Vargas NO evidencio como perito que se presentara falla u errores en la misma, ya que esta atención en salud cumple con la adecuada adherencia y cumplimiento de guías y protocolos de manejo dados para ese momento de la atención, en el cuidado que el paciente requería para su atención. Se revisan los actos médicos realizados en el paciente y se encuentra que se actuó bajo la lex artis y que de ello dependen las decisiones tomadas durante el proceso de enfermedad del paciente. Considero entonces dado lo antes expuesto que SI hay pertinencia y una adecuada atención en salud realizada por la ESE al paciente. Con respecto a la oportunidad, se puede verificar y demostrar a través de la historia clínica que, por parte del equipo de gestión de referencia y contrarreferencia de la ESE, se realizó la gestión ante la Aseguradora (EPS), sobre los estudios diagnósticos con los cuales no se contaba dentro de la institución para que le fueran practicados al paciente. SI se observa que se presenta mínimo retraso en la ejecución para la realización de los exámenes solicitados, sin embargo, se acotan dos anotaciones al respecto: la primera es que estos retrasos no son atribuibles a factores relacionados con la gestión de la ESE como ya se mencionó anteriormente pues se solicitaron las autorizaciones y citas correspondientes a la EPS de forma oportuna y segundo, la demora o retardo en la oportunidad de la autorización y/o realización y entrega del informe de los estudios solicitados (específicamente la colangiografía) no repercutió significativamente en el proceso salud - enfermedad del paciente, según el análisis del contexto de la historia clínica, pues no se evidencia algún tipo de descompensación o cambio que afectara en forma conclusiva el estado de salud del mismo.

(...)

En revisión de la atención en salud hecha por el hospital de Yopal ESE encuentro que SÍ se adhirieron a las guías y protocolos y a la lex artis vigente para el momento de la atención en salud del paciente para la patología que éste presentaba. El paciente presentaba un cuadro clínico compatible con la sintomatología y examen físico de una patología vesicular llamada colelitiasis con colecistitis. En evaluación inicial realizada por el grupo de Cirugía General de la ESE se consideró que requería ser llevado a cirugía para practicarle una Colecistectomía por Laparoscopia. Con reporte de laboratorios, realizan una nueva valoración clínica en la cual se presenta una duda razonable debido a la alteración del perfil hepático, lo cual genera la sospecha de una posible coledocolitiasis vs una enfermedad de Mirizzi, que requiere la realización de estudios especializados diagnósticos como lo es una colangiografía, con el cual se define la conducta para esta patología. De esta manera, para este paciente acertadamente se decidió diferir inicialmente el manejo quirúrgico hasta lograr la realización de una colangiografía, estudio Gold estándar en el diagnóstico de la enfermedad que se sospechaba. Una vez la colangiografía descarta la coledocolitiasis, es llevado a la cirugía

propuesta inicialmente que es la colecistectomía, realizada según nota quirúrgica sin complicaciones, y encontrando dentro de los hallazgos un patrón inflamatorio severo. Posterior a este procedimiento, el paciente presenta un postquirúrgico tórpido, una evolución desfavorable, esperable dado el hallazgo inflamatorio severo intraquirúrgico, cursa con una respuesta inflamatoria sistémica importante asociada a alteración cardiovascular, presentando una arritmia cardíaca (Taquicardia supraventricular, manejada y resuelta oportunamente y de forma satisfactoria por el grupo de Medicina Interna). Al presentar dolor torácico post arritmia, se sospecha y confirma que el paciente cursa con un infarto agudo de miocardio, por lo que requiere ser manejado en Unidad de cuidados especiales o intermedios (UCE), se traslada y maneja inicialmente en la UCE de la ESE, sin embargo, los requerimientos y evolución del paciente indicaban que debía ser manejado en Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares, por lo cual requiere ser remitido por parte de la ESE a un nivel de mayor complejidad. Durante estas atenciones, no se encuentra que al paciente se le hubiese prestado algún tipo de mala atención pues en revisión de la historia clínica, todos los procedimientos realizados se adaptan a la lex artis, guías y protocolos de manejo médicos. Se evidencia un cuidado por parte del personal médico y paramédico adecuado por lo que no tengo objeciones respecto al mismo. (...)” (negrillas y subrayado fuera del texto)- ítem 72 tomo 2 c. principal archivo 1 índice 3-.

Finalmente, se recibieron los siguientes testimonios de quienes a continuación se relacionan, quienes en lo que tiene que ver con los hechos de la demanda manifestaron:

- **JAVIER HUMBERTO CORREA ESTUPIÑAN:** médico cirujano sin vínculos laborales vigentes con el HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUÍA que, el señor VARGAS GUALDRÓN ingresó al HORO en el mes de febrero de 2014 manifestando que padecía dolor abdominal y tras ser examinado por personal de urgencias de la entidad se determinó que presentaba un cuadro de colecistitis aguda y posible coledocolitiasis por lo que, considerando la dificultad que implicaba tratar la última de las enfermedades referidas, se realizaron los exámenes paraclínicos necesarios para establecer si el paciente la tenía, entre ellos una colangiografía que debió practicarse fuera de las instalaciones de la E. S. E., pues esta no contaba con resonador; que, tras la práctica de la colangiografía se descartó que el familiar de los accionantes tuviera coledocolitiasis por lo que, se le ingresó a la sala de cirugía para tratar la colecistitis aguda advirtiéndole que, parte del tejido de su vesícula biliar y del conducto cístico se encontraba en estado de putrefacción por lo que se le dejó un dren; y que, durante el manejo post operatorio se observaron cambios en la salud cardíaca del paciente por lo que, se le realizó un electrocardiograma y un ecocardiograma los que indicaron que, el paciente presentaba un infarto que requería de un cateterismo cardíaco el que no podía llevarse a cabo en Yopal lo que conllevó a que se le remitiera a un establecimiento médico de tercer nivel en la ciudad de Villavicencio (ítem 72 tomo 2 c. principal archivo 1 índice 3).
- **CIRO ALFONSO GÓMEZ MEISEL:** médico internista cardiólogo residente en la ciudad de Bogotá que, practicó un ecocardiograma al señor NÉSTOR VARGAS GUALDRÓN en el que advirtió la presencia de daños anatómicos y funcionales en dicho órgano, que el paciente presentaba hipertensión y obesidad mórbida, comorbilidades que

incidieron en el deterioro de sus condiciones de salud; que, una vez se observó que el antes referido tenía afecciones cardíacas, el HORO ordenó su remisión a un centro hospitalario en la ciudad de Villavicencio, lo que aconteció al día siguiente (ítem 72 tomo 2 c. principal archivo 1 índice 3).

- **CIRO ELIECER SÁNCHEZ VALENZUELA:** médico cirujano general residente en la ciudad de Villavicencio que, atendió al señor NÉSTOR VARGAS GUALDRÓN después que este fuera remitido de la ciudad de Yopal a la de Villavicencio; que el estado de salud del paciente era muy delicado pues presentaba una colecistitis de la que había sido operado en el HORO y un infarto agudo al miocardio; que su morbilidad era muy alta, no solo tras haber sido remitido a la clínica de la UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA sino también al ingresar al otrora denominado HOSPITAL DE YOPAL E. S. E.; que, no era posible establecer si el paciente había sufrido un infarto antes o después del procedimiento quirúrgico que se le realizó en la ciudad de Yopal, pero al arribar a previamente mencionada clínica de la ciudad de Villavicencio se determinó que, no presentaba irritación peritoneal y toleraba la vía oral por lo que, no se podía concluir que presentaba una sepsis de origen abdominal; y, en consecuencia, se priorizó atender quirúrgicamente su afección cardíaca; y, que, difícilmente se hubieran podido atender las complicaciones gastrointestinales y cardíacas del paciente a través de cirugías, en un mismo momento, pues ello implicaba someterlo a un riesgo demasiado elevado a lo que debe sumarse que, en el país no existen centros médicos que puedan atender dichas complicaciones de forma sucesiva en lapsos cortos de tiempo (ítem 65 tomo 2 c. principal archivo 1 índice 3).
- **RENE COVELLI ESOBAR;** médico especialista en medicina general residente en la ciudad de Villavicencio que, el señor VARGAS GUALDRÓN llegó a la CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA procedente del entonces denominado HOSPITAL DE YOPAL E. S. E. hoy HORO E. S. E. en un estado de salud delicado, por lo que le realizaron varios exámenes paraclínicos tras lo que decidieron intervenirlos quirúrgicamente observando que, tenía una peritonitis generalizada, perforado el duodeno y una fuga en la vía biliar por lo que se cerró la perforación referida, se ligó el conducto donde se encontraba y se efectuó un peritoneo (ítem 65 tomo 2 c. principal archivo 1 índice 3).

7.4. DE LOS CONCEPTOS Y LITERATURA MÉDICA RELEVANTES PARA EL SUBLITE:

Sobre la utilización de la literatura médica como criterio hermenéutico la Sección Tercera del H. Consejo de Estado ha considerado:

“(…) Para tal fin, deberá la Sala interpretar la historia clínica a través del prisma hermenéutico de la literatura médica. Al respecto vale recordar lo decidido por la sección en sentencia de 28 de agosto de 2014, sobre el valor probatorio de la literatura científica:

Es menester aclarar que la apertura definitiva del espectro probatorio para la acreditación del daño a la salud puede generar circunstancias en las que, como en el caso sub-lite, se pueda acreditar la existencia de un cierto tipo de alteración psicofísica, sin que ello comporte certeza sobre su naturaleza,

intensidad y duración. En estos casos, bien puede el juez acudir a la literatura científica para complementar e interpretar las pruebas obrantes en el proceso. Esta afirmación debe ser cuidadosamente distinguida de la aceptación de que la literatura científica pueda ser tenida como reemplazo absoluto de las pruebas concernientes a los hechos singulares discutidos en el proceso, como lo son la historia clínica, o demás pruebas documentales o testimoniales. (...)³. (Subraya fuera del texto).

Entonces, bajo ese criterio hermenéutico la Sala hará acopio de la literatura científica sobre los conceptos y criterios que resultan relevantes para interpretar las pruebas obrantes en el proceso como la historia clínica, el dictamen pericial y los testimonios de los médicos tratantes.

En relación con la **colecistitis**, en la literatura médica se lee:

“(...) La colecistitis es la presencia de uno o varios cálculos (litiasis vesicular) en la vesícula biliar. En los países desarrollados, alrededor del 10% de los adultos y el 20% de los individuos > 65 años tienen cálculos biliares. Los cálculos biliares tienden a ser asintomáticos. El síntoma más frecuente es el cólico biliar, y los cálculos no producen dispepsia ni intolerancia a los alimentos ricos en grasas. Las complicaciones más graves abarcan colecistitis, obstrucción de las vías biliares (por cálculos en los conductos biliares [coledocolitiasis]), a veces con infección (colangitis) y pancreatitis litiásica. El diagnóstico suele llevarse a cabo con ecografía. Si la colecistitis provoca síntomas o complicaciones, está indicada la colecistectomía.

(...)

Diagnóstico de la colecistitis

- *Ecografía*

La litiasis vesicular se sospecha en pacientes con cólicos biliares. La ecografía abdominal es la prueba de diagnóstico por imágenes de elección para detectar los cálculos biliares, con una sensibilidad y una especificidad del 95%. La ecografía también muestra con exactitud la arenilla biliar. La TC y la RM son métodos alternativos. La ecografía por vía endoscópica detecta con gran sensibilidad los cálculos pequeños (< 3 mm) y podría ser necesaria si los resultados de las demás pruebas son controversiales.

(...)

Tratamiento de la colecistitis

- *Para los cálculos sintomáticos: colecistectomía laparoscópica o a veces disolución de los cálculos utilizando ácido ursodesoxicólico*
- *Para los cálculos asintomáticos: conducta expectante*

La mayoría de los pacientes asintomáticos deciden que las molestias, los costos y los riesgos de la cirugía electiva no justifican la extirpación de un órgano que nunca causará una enfermedad con manifestaciones clínicas. No obstante, si surgen síntomas, debe indicarse la extirpación de la vesícula biliar (colecistectomía), porque es probable que el dolor vuelva a aparecer y que se desarrollen complicaciones graves.

Cirugía

La cirugía puede llevarse a cabo con una técnica abierta o laparoscópica.

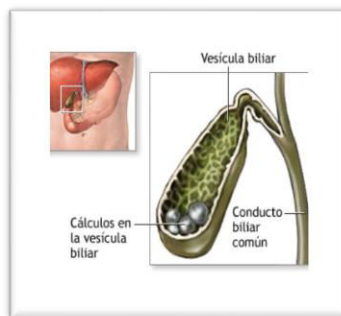
***La colecistectomía abierta**, que consiste en la realización de una incisión abdominal grande para la exploración directa del área, es una técnica segura y eficaz. Su tasa de mortalidad global se aproxima a 0,1% cuando se realiza en forma electiva durante un período libre de complicaciones.*

³ CONSEJO DE ESTADO. Sección tercera. Subsección B. Consejera ponente: STELLA CONTO DÍAZ DEL CASTILLO. Mayo 10 de 2017. Radicación número: 08001-23-31-000-2002-02174-01(39057) Actor: VITH MARÍA ARRIETA AMADOR. Demandado: MINISTERIO DE SALUD Y OTROS

La colecistectomía por vía laparoscópica es el tratamiento de elección. El procedimiento emplea videoendoscopia e instrumentación a través de incisiones abdominales pequeñas y es menos invasivo que la colecistectomía abierta. El resultado es una convalecencia mucho más breve, con menos molestias posoperatorias y mejores resultados estéticos, aunque sin aumento de la tasa de morbilidad. La técnica laparoscópica debe convertirse en un procedimiento abierto en el 2 al 5% de los pacientes, en general porque no es posible definir la anatomía biliar o porque no se puede manejar una complicación. En forma característica, la edad avanzada aumenta los riesgos de cualquier tipo de cirugía.

La colecistectomía previene en forma eficaz los cólicos biliares futuros, pero es menos útil para evitar los síntomas atípicos como dispepsia. Esta técnica quirúrgica no genera problemas nutricionales ni limitaciones en la dieta. Algunos pacientes desarrollan diarrea, a menudo debido a que se desenmascara un trastorno de malabsorción de sales biliares en el íleon. La colecistectomía profiláctica sólo se justifica en pacientes asintomáticos con colelitiasis si poseen cálculos grandes (> 3 cm) o una vesícula biliar calcificada (en porcelana), dado que ambos trastornos aumentan el riesgo de desarrollar carcinoma de vesícula biliar.⁴

Cálculos biliares



Causas

La causa de los cálculos biliares varía. Hay dos tipos principales de estos cálculos:

- **Cálculos compuestos de colesterol:** estos son el tipo más común. Los cálculos compuestos de colesterol no están relacionados con los niveles de colesterol en la sangre. En la mayoría de los casos, no son visibles en las tomografías computarizadas, pero son visibles en una ecografía del abdomen.
- **Cálculos compuestos de bilirrubina:** estos se denominan pigmentarios. Se presentan cuando los glóbulos rojos se están destruyendo y hay demasiada bilirrubina en la bilis. (...) ⁵

Ahora sobre la **colecistitis**

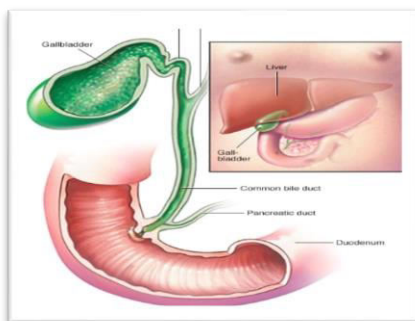
“Descripción general

La colecistitis es la inflamación de la vesícula biliar. La vesícula biliar es un órgano pequeño con forma de pera que se encuentra en el lado derecho del vientre (abdomen), debajo del hígado. La vesícula biliar contiene un líquido digestivo (bilis), que se libera al intestino delgado. En la mayoría de los casos, la presencia de cálculos biliares que bloquean la vía de salida de la vesícula biliar causa colecistitis. El resultado es una acumulación de bilis que puede producir inflamación. Entre otras causas de colecistitis, se incluyen problemas en el conducto biliar, tumores, enfermedades graves y determinadas

⁴ <https://www.msmanuals.com/es-co/professional/trastornos-hep%C3%A1ticos-y-biliares/trastornos-de-la-ves%C3%ADcula-biliar-y-los-conductos-biliares/colelitiasis>

⁵ <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000273.htm>

infecciones. Si no se trata, la colecistitis puede producir complicaciones graves, a veces mortales, como la rotura de la vesícula biliar. El tratamiento de la colecistitis consiste a menudo en cirugía para extirpar la vesícula biliar.⁶



Sobre la **fistula biliar**:

“Las fistulas biliares son una comunicación anómala de la vesícula hacia otra superficie (...) La base del tratamiento consiste en la colecistectomía, así como en la resección del trayecto fistuloso y la reparación del defecto en la pared abdominal.”⁷

7.5. DEL ALCANCE Y LOS TEMAS DE APELACIÓN:

Revisado el recurso encuentra la Sala que la parte actora impugnó la sentencia de primera instancia solicitando que, se revoque en consideración a que el fallecimiento del señor VARGAS GUALDRÓN se derivó de los tardíos diagnóstico y atención médica que recibió, pues su deceso fue consecuencia de una sepsis que no fue debidamente atendida por sus médicos tratantes así como, por la presencia de una fistula de alto gasto a la que no se le prestó atención, situaciones que aunadas a la demora en la autorización de la colangiografía ordenada desembocaron en el deterioro de su salud y posterior deceso.

En este sentido, sobre la carga probatoria en materia de falla en la prestación de servicios médicos el H. Consejo de Estado en reciente jurisprudencia indicó:

*“(...) en los eventos de daños causados en la prestación del servicio médico asistencial y hospitalario, **la Sección Tercera del Consejo de Estado recogió las reglas jurisprudenciales de presunción de falla médica y distribución de las cargas dinámicas probatorias y acogió la regla única y general de falla probada del servicio. En esa línea, el demandante debe probar la intervención causal de la actuación médica, la existencia de los errores, omisiones o negligencias en esa actuación y, además, que haya sido la causa eficiente del daño alegado.***

La jurisprudencia también ha sostenido que el daño no será imputable cuando haya sido resultado de un efecto imprevisible e inevitable de la misma enfermedad que sufría el paciente o cuando es atribuible a causas naturales, como sucede en los eventos en los que la enfermedad no pudo ser interrumpida con la intervención médica, porque el organismo del paciente no respondió, porque en ese momento aún no se

⁶ <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cholecystitis/symptoms-causes/syc-20364867>

⁷ <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-cirujanos-139-articulo-fistula-colecistocutanea-espontanea-S0009741115000298>

disponía de los conocimientos y elementos científicos necesarios para encontrar remedio o paliativo para esa enfermedad, o porque esos recursos científicos no estaban al alcance de las instituciones médicas del Estado. Estas situaciones fácticas deben analizarse en cada caso concreto, a la luz de los conceptos generales de la responsabilidad.

La entidad estatal, por su parte, puede exonerar su responsabilidad si acredita la diligencia y cuidado en el servicio, es decir, que su conducta se ajustó a la lex artis, o que el daño se originó en una causa externa, como la culpa de la víctima o el hecho de un tercero.

Para acreditar la falla en la prestación del servicio médico y el nexo causal, la parte demandante –quien tiene la carga de probar ese supuesto de hecho (art. 177 del CPC)– puede acudir a todos los medios de prueba, pero en responsabilidad médica y hospitalaria adquiere especial importancia el dictamen pericial y los indicios. Estos últimos pueden inferirse de hechos indicadores debidamente probados en el expediente y, además, a partir de conductas procesales de las partes: como el no aportar la historia clínica o allegarla de forma incompleta –sin registros o de forma desordenada–, en los términos del artículo 249 del CPC.

Frente a la falla en los servicios asistenciales, actividad que comprende la valoración del servicio médico en condiciones de tiempo, oportunidad, disponibilidad y coberturas, aplican las premisas generales que sustentan la teoría de la falla del servicio.

(...)

En eventos de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio médico, el Estado no será responsable de la culpa o falta que se le imputa sino cuando haya una relación de causalidad entre su acto y el daño sufrido por la víctima o cuando esa culpa o falta haya sido determinante en el daño causado. Al demandante incumbe probar esa relación de causalidad o, en otros términos, debe demostrar los hechos de donde se desprende aquella. Por lo anterior, para que la pretensión de responsabilidad prospere es necesario que el demandante acredite, además del daño, que su resultado tuvo por causa directa y adecuada la conducta imputable a la entidad pública demandada. Con esta línea de argumentación, para que se active la responsabilidad extracontractual del Estado por falla en el servicio, resulta necesario que exista un daño antijurídico y que su origen provenga de una acción tardía o defectuosa o una inacción del Estado, de manera tal que aquél le resulte imputable, sin que se advierta la intervención de una causa extraña. (...)”⁸ (subrayado y negrillas fuera del texto original).

Pues bien, teniendo en consideración la historia clínica del señor NÉSTOR VARGAS GUALDRÓN, el dictamen pericial realizado por el médico cirujano JAIRO AUGUSTO CASAS GUERRA y los testimonios de los médicos JAVIER HUMBERTO CORREA ESTUPIÑAN y CIRO ALFONSO GÓMEZ MEISEL se concluye que, no le asiste responsabilidad al HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA “HORO” E. S. E. ni a la NUEVA E. P. S. por el fallecimiento del antes referido en tanto, pese a que hubo algunas demoras en el suministro de los servicios médico asistenciales que requirió mientras estuvo en la aludida institución médica, es claro que las mismas no fueron significativas y tal como lo concluyó el perito no tuvieron una influencia determinante en su deceso.

En la misma línea se encuentra que, el diagnóstico realizado señor VARGAS GUALDRÓN por parte de los galenos del HORO fue acertado desde un

⁸ CONSEJO DE ESTADO, SECCIÓN TERCERA. Consejero ponente: JOSÉ ROBERTO SÁCHICA MÉNDEZ. Fechas: 1º. de diciembre de 2023. Radicación: 27-001-23-33-000-2013-00271-02 (64095). Actor: Ursa Primitiva Murillo y otros. Demandados: CAPRECOM y otros

principio, pues desde el 17 de febrero de 2014 cuando acudió a su servicio de urgencias se estableció que sus síntomas correspondían con los de una colecistitis aguda. Posteriormente y considerando que, se trataba de un paciente de 68 años, hipertenso y con obesidad tipo III se le realizaron los paraclínicos que los galenos determinaron debían practicársele antes de llevar a cabo la colecistectomía que se efectuó el 22 de los mismos mes y año en tanto previamente era necesario evaluar el riesgo que representaba intervenirlo quirúrgicamente, procedimientos que corresponden con lo establecido en *la lex artis*. Aunado a lo anterior, durante el periodo que transcurrió entre su ingreso a la E. S. E. y el 21 de febrero de 2014, fecha en que se le practicó la colangioresonancia, el paciente recibió el tratamiento antibiótico que sus médicos tratantes estimaron adecuado para abordar la colecistitis aguda que el examen referido confirmó que padecía.

De otra parte, no debe desconocerse que, de acuerdo con la prueba pericial recaudada en legal forma en las diligencias, el infarto del miocardio sufrido por el paciente no es directamente atribuible a la sepsis que tras la realización de la colecistectomía laparoscópica se observó padecía la cual, fue acertada y prontamente diagnosticada por el personal de la E. S. E. accionada, que tras confirmarla dispuso su remisión de manera inmediata a un centro asistencial de tercer nivel.

Ahora de la historia clínica del señor VARGAS GUALDRÓN diligenciada en la CORPORACIÓN CLÍNICA de la ciudad de Villavicencio y de los testimonios rendidos por los médicos CIRO ELIECER SÁNCHEZ VALENZUELA y RENE COVELLI ESCOBAR se determina que, los servicios que recibió allí fueron los adecuados para atender su delicada situación de salud, pues no debe pasarse por alto que el paciente fue remitido a dicho centro asistencial porque en el HORO no contaban con los medios necesarios para tratar la afección cardíaca que padecía, condición a la que los profesionales de la salud de la clínica referida dieron prioridad, pues tal como se indica la guía de práctica clínica para síndrome coronario agudo para pacientes y cuidadores realizada por el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL y COLCIENCIAS, la intervención quirúrgica que recibió para dicho fin el señor NÉSTOR VARGAS GUALDRÓN debe realizarse entre los 90 minutos y 72 horas posteriores a la aparición de síntomas de infarto agudo al miocardio⁹. Tampoco puede pasarse por alto que, al aludido señor se le realizaron múltiples estudios paraclínicos en aras de establecer la posibilidad de intervenirlo quirúrgicamente.

Finalmente, considerarse que dicha historia clínica da cuenta de la diligencia con que el tantas veces referido señor fue tratado por el personal médico que lo atendió tras haber sido remitido del HORO E. S. E. si se tiene en cuenta que, en la mencionada Clínica se le ordenaron y practicaron múltiples exámenes encaminados a precisar el estado de su salud, se le suministraron medicamentos constantemente y se monitoreo permanentemente su

⁹ “(...) Cateterismo cardíaco o angioplastia. Procedimiento invasivo que amplía y mantiene abierta la parte que se había estrechado en la arteria. Introduce un catéter hasta llegar a la arteria afecta ubicando un pequeño balón en el área obstruida, que se infla y desinfla hasta lograr restablecer el flujo sanguíneo. Al finalizar se puede implantar un stent, tubo diminuto de malla de alambre que se pone en la zona para evitar que se vuelva a presentar una obstrucción en la arteria tratada. Cuando se implanta un stent, la arteria cardíaca permanece más tiempo abierta sin embargo, puede volverse a estrechar después de unos meses. Actualmente existen medicamentos que lentamente liberan fármacos en la arteria para tratar de evitar que se vuelva a estrechar y se utilizan únicamente en pacientes con lesión de pequeños vasos y de vasos largos. Estos procedimientos se deben realizar idealmente en los primeros 90 minutos después de los síntomas, o por lo menos antes de las 12 horas en pacientes CON elevación del ST; y antes de 72 horas en pacientes SIN elevación ST de riesgo moderado y alto (...)”

Fuente: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Ptes_SCA.pdf

evolución, factores que los llevaron a tomar la decisión de intervenirlo nuevamente el 3 de marzo de 2014, luego que los resultados de la ecografía abdominal que le fue practicada indicaran que sufría una peritonitis generalizada.

Así las cosas, no le asiste razón a la parte actora pues al realizarse la valoración integral fácil es concluir que, no concurren motivos para endilgar una falla en el servicio médico asistencial a las accionadas; y, por lo tanto, debe confirmarse la sentencia apelada.

8. DE LAS COSTAS PROCESALES Y AGENCIAS EN DERECHO

En relación con el tema, el artículo 188 de la Ley 1437 de 2011 adicionado por el artículo 47 de la Ley 2080 de 2021 preceptúa:

“ARTÍCULO 188. CONDENA EN COSTAS. Salvo en los procesos en que se ventile un interés público, la sentencia dispondrá sobre la condena en costas, cuya liquidación y ejecución se regirán por las normas del Código de Procedimiento Civil.

<Inciso adicionado por el artículo 47 de la Ley 2080 de 2021. En todo caso, la sentencia dispondrá sobre la condena en costas cuando se establezca que se presentó la demanda con manifiesta carencia de fundamento legal.”

Por su parte, el numeral 1º. del artículo 365 del Código General del Proceso preceptúa que: “Se condenará en costas a la parte vencida en el proceso, o a quien se le resuelva desfavorablemente el recurso de apelación, casación, queja, súplica, anulación o revisión que haya propuesto. Además, en los casos especiales previstos en este código.”, lo cual implicaría en principio que debía condenarse a la **parte accionante** por dicho concepto.

Sin embargo, revisadas las actuaciones en ambas instancias no se observa que la **entidad accionada** hubiera acreditado que se incurrió en las mismas, por lo que en virtud de lo dispuesto en el numeral 8 ibidem la Sala se abstendrá de efectuar condena en costas.

En mérito de lo anteriormente expuesto, el Tribunal Administrativo de Casanare, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

FALLA:

PRIMERO. CONFIRMAR la sentencia proferida por el JUZGADO TERCERO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE YOPAL el 27 de abril de 2023, a través de la cual negó las pretensiones de la demanda.

SEGUNDO: Sin costas en ambas instancias.

TERCERO: En firme este proveído, **DEVOLVER** el expediente al juzgado de origen, dejando las constancias y anotaciones de rigor.

(Aprobado en Sala de la fecha, acta No. 19)

Notifíquese y cúmplase.

INÉS DEL PILAR NÚÑEZ CRUZ
Magistrada

AURA PATRICIA LARA OJEDA
Magistrada