



Rama Judicial

República de Colombia

## JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DE NEIVA

Neiva (Huila), catorce (14) de febrero de dos mil veinticinco (2025).

Medio de Control:	Reparación Directa
Demandantes:	Ana María Mora y Otros
Demandados:	ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito (Huila) y Coomeva Entidad Promotora de Salud S. A. en Liquidación
Llamados en Garantía	Servimedica La Previsora S. A. Compañía de Seguros Compañía Aseguradora de Fianzas S. A. Seguros Confianza S. A. ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito (Huila)
Radicación:	41001333300920170034800
Asunto:	Falla Médica

### I. De la acción

Se pasa a dictar sentencia para decidir en primera instancia la demanda que ha dado origen al proceso de la referencia, instaurada mediante apoderado constituido al efecto por los señores ANA MARÍA ARDILA MORA, quien actúa en nombre propio y en representación de su hija menor TANIA SOFÍA ANGARITA ARDILA, MODESTA MENESES SIERRA y MAURICIO ANGARITA MENESES contra la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO (Huila) y COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S. A. EN LIQUIDACIÓN, teniendo como llamados en garantía a la Asociación Sindical de Servicios Médicos de Pitalito Servimedica; a la Previsora S. A. Compañía de Seguros; a la Compañía Aseguradora de Fianzas S. A. Seguros Confianza S. A.; y a la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito (Huila), citado por Coomeva EPS.

### II. Antecedentes

#### 2.1. Pretensiones

Como pretensiones, en resumen, se solicitaron las siguientes:

2.1.1 Que se declare administrativa y patrimonialmente responsable a la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito (Huila) y a Coomeva EPS a los perjuicios materiales, morales y daño a la vida de relación causados a Ana María Ardila Mora, Tania Sofia Angarita Ardila, Modesta Meneses Sierra y Mauricio Angarita Meneses, como consecuencia de la muerte del señor Reinaldo Humberto Angarita Meneses, ocurrida el 22 de junio de 2015, por una deficiente prestación del servicio médico asistencial - administrativo por parte de las entidades convocadas.

2.1.2 Que como consecuencia de lo anterior, se condene a las demandadas a pagar en forma solidaria a cada uno de mis representados, como valor de la indemnización de los perjuicios morales las siguientes sumas de dinero:

-Para Ana María Ardila Mora (compañera permanente), Tania Sofía Angarita (hija) y Modesta Meneses Sierra (madre), se reconozca y pague la suma de 100 smlmv para cada una.

-Para Mauricio Angarita Meneses, hermano del señor Reinaldo Humberto Angarita Meneses (qepd), se reconozca y pague la suma de 50 smlmv.

2.1.3 Que se condene a las demandadas a pagar solidariamente a cada uno de los aquí demandantes como valor de la indemnización por daño a la vida de relación las siguientes sumas de dinero:

-Para Ana María Ardila Mora, Tania Sofía Angarita y Modesta Meneses Sierra, se reconozca y pague la suma de 100 smlmv para cada una.

-Para Mauricio Angarita Meneses, se reconozca y pague la suma 50 smlmv.

2.1.4 Que se condene a las entidades demandadas a pagar los perjuicios materiales bajo la modalidad de lucro cesante consolidado y futuro a favor de las señoras Ana María Ardila Mora y Tania Sofía Angarita, teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

-La base de liquidación será el salario que devengaba el señor Reinaldo Humberto Angarita M. como médico cirujano, al momento de efectuarse la respectiva liquidación, más un veinticinco por ciento (25%) de prestaciones sociales, menos el 25% de gastos propios de subsistencia, según las pautas seguidas por el Consejo de Estado.

-La vida probable de la señora Ana María Ardila, según la tabla de supervivencia aprobada por la Superintendencia Bancaria y la presunción aplicable a la menor Tania Sofía Angarita, esto es, hasta que cumpla los 25 años de edad, momento en cual se entiende que inicia la edad productiva.

2.1.5 Que las entidades demandadas están en la obligación de pagar los intereses legales con fundamento en el artículo 192 del CPACA y de efectuar la correspondiente actualización de la suma debida a valor presente, tomando como base el incremento del índice de precios al consumidor o al por mayor.

2.1.6 Que se condene a las demandadas al pago de costas y agencias en derecho.

## **2.2 Fundamentos fácticos**

Los hechos que relatan en la demanda como fundamento de las pretensiones son, en resumen, los que a continuación se presentan:

2.2.1 La señora Ana María Ardila M. convivió en unión libre con el señor Reinaldo Humberto Angarita M., desde el 12 de junio de 2012 hasta el 22 de junio de 2015, fecha en la cual falleció el señor Angarita Meneses.

2.2.2 Fruto de dicha unión, procrearon a Tania Sofía Angarita Ardila según consta en el folio de registro civil de nacimiento que se aporta a este medio de control.

2.2.3 El señor Reinaldo Humberto Angarita M. era médico cirujano de la Universidad Metropolitana de Barranquilla, Atlántico, y ejercía su profesión como tal en diversas I.P.S. del Municipio de Mocoa (Putumayo).

2.2.4 El 20 de junio de 2015 siendo las 12:22 PM, el señor Reinaldo Humberto ingresa al Hospital San Antonio de Pitalito, con antecedente de *s/leeve* gástrico (también conocido

- como manga gástrica), con dolor abdominal intenso y vómito, se inicia manejo de hidratación y toma de algunos exámenes para el manejo clínico de una posible intoxicación.
- 2.2.5 El mismo día siendo las 6:16 PM, continúa con dolor abdominal intenso, taquicárdico, febril, con reportes de marcada leucocitosis y neutrofilia. Deciden valoración por cirugía general y ecografía de abdomen total. Se formula carga analgésica con dipirona. Desde ese momento, el paciente debía ser remitido de manera inmediata a un hospital de tercer nivel, pues aquí ya había una sospecha temprana de una complicación secundaria a su *sleeve* gástrico, máxime que se trataba de un paciente que ingresó con un cuadro de 15 horas de evolución de dolor abdominal intenso, múltiples emesis y leucocitosis marcada y un PCR 348, siendo clara la existencia de un compromiso mayor y progresivo que ponía en riesgo la vida del paciente, o que en su defecto ameritaba ser intervenido quirúrgicamente en el hospital.
- 2.2.6 El 21 de junio de 2015 a las 10:39 pm., le ordenan monitoría, paso de sonda nasogástrica, TAC de abdomen y otros exámenes, sin ordenar su remisión e intervenir pese a su evolución tórpida.
- 2.2.7 El mismo día a las 11:57 am, es revalorado, encontrándolo con persistencia de dolor abdominal, corazón taquicárdico, evolución clínica tórpida, con clínica de sepsis por establecer, con alto grado y/o riesgo de complicaciones y muerte, debiendo recibir vigilancia hemodinámica estricta en Unidad de Cuidados Intensivos.
- 2.2.8 Sólo 25 horas después desde su ingreso, a la 1:09 pm. del 21 de junio de 2015, ya estando con curso de shock séptico de origen abdominal, el anestesiólogo lo valora y ordena remisión (tardía para ese momento) del paciente como urgencia vital de tercer nivel por antecedente quirúrgico. Es valorado por medicina interna, se ajusta tratamiento antibiótico, solicitan TAC de abdomen contrastado, requiriendo vigilancia hemodinámica estricta.
- 2.2.9 A las 5:25 pm. del 21 de junio de 2015, el paciente no es aceptado en tercer nivel, por el riesgo de sepsis de origen abdominal, perforación intestinal, peritonitis y muerte, razón por la que es dirigido a sala de cirugía como urgencia vital para laparotomía exploratoria.
- 2.2.10 Pese a que la orden de intervención se hizo a las 5:25 pm, el cirujano sólo acudió tres horas después a la realización de laparotomía por llamado que le hicieran, por cuanto el paciente estaba aún más crítico con deterioro progresivo, con aumento de los soportes vasopresor, aduciendo el galeno que acudía hasta ese momento porque se encontraba operando otra paciente. Como hallazgos se obtiene peritonitis de cuatro cuadrantes, gran plastrón a nivel de receso sub frénico izquierdo comprometiendo epiplón mayor (se observan áreas con necrosis), requiere remisión urgente para manejo integral en tercer nivel por cirugía general y gastrointestinal.
- 2.2.11 A las 11:41 pm se encuentra en mal estado general con soporte ventilatorio, acidosis metabólica, continúa con orden de remisión.
- 2.2.12 El 22 de junio de 2015, continúa en malas condiciones generales en el momento con choque séptico de origen abdominal por perforación gástrica asociado a *sleeve* gástrico hace un mes, requiere de doble vasopresor con alto riesgo de complicaciones y muerte a corto plazo.
- 2.2.13 A las 7:15 pm del 22 de junio de 2015, presenta paro cardiorrespiratorio, se realizan obras de reanimación a las cuales no responde, declarándose su fallecimiento a las 7:45 pm.
- 2.2.14 Por solicitud de la señora Ana María Ardila Mora, la Secretaría de Salud del Huila realizó investigación del caso, determinando de manera contundente la responsabilidad del Hospital San Antonio de Pitalito, de la siguiente manera:

*“... la manga gástrica laparoscópica tiene riesgos y complicaciones. Un estudio realizado en el 2009 por el Departamento de Cirugía de la Universidad de Alabama en Birmingham encontró que una complicación común de la intervención eran las fugas y hemorragias a lo largo de la línea de las grapas en los dos bordes del estómago que estaban unidos nuevamente. Estas fugas y hemorragias eran causadas por la presión intraabdominal y eso requería de un segundo procedimiento para reforzar la resistencia de la línea de grapas que sujetan los dos bordes juntos. Se presenta en un promedio de 2.1% de todos los procedimientos (los estudios varían de 1% a 4.5%) de manga gástrica. Por lo general los síntomas pueden ir desde fiebre, dolores abdominales y aumento de la frecuencia cardíaca (Taquicardia).*

*... nos enfrentamos a un paciente con antecedente de Sleeve Gástrico de hace un mes, que ingresa con un cuadro de 15 horas de evolución, consistente en dolor abdominal, emesis en varias oportunidades (10) y unos paraclínicos desde su inicio que mostraban leucocitosis marcada y un pcr de 348; signos y síntomas que con el paso de las horas se tornaron más intensos, deteriorando su estado de salud.*

*De acuerdo a lo anterior, llama la atención la no sospecha temprana de una complicación secundaria a su SLEEVE gástrico, ante un cuadro que aunque no mostraba irritación peritoneal, era claro que había un compromiso mayor que era progresivo y que claramente ponía en riesgo la vida del paciente, situación que ameritaba su remisión inmediata a un tercer nivel o en su defecto haber sido intervenido quirúrgicamente en el sitio que estaba siendo atendido.*

*Dado los anteriores hechos, se puede concluir claramente que hubo fallas en el sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud, toda vez que se evidencia falta de oportunidad y pertinencia durante el manejo del paciente, situaciones que colocaron en riesgo la vida y seguridad del señor REINALDO HUMBERTO ANGARITA (q.e.p.d.)...”*

- 2.2.15 De conformidad con las circunstancias fácticas y la investigación realizada por la Secretaría del Huila, se tiene que las entidades convocadas son responsables administrativamente de los perjuicios irrogados a mi mandantes pues a pesar del antecedente de *sleeve* gástrico de un mes, que fue presentando un compromiso mayor progresivo no se sospechó una complicación secundaria a esta, ni remisión o intervención quirúrgica oportuna, razón por la que se deberán indemnizar teniendo la intensidad del daño los baremos y presunciones fijadas por el Honorable Consejo de Estado.
- 2.2.16 La señora Ana María Ardila Mora y su hija han presentado un cambio abrupto en sus vidas, pues como consecuencia de la ineficiente e inoportuna praxis médica, de manera intempestiva su compañero y padre perdió la vida, acontecimiento que no sólo representó un gran sufrimiento moral sino también la imposibilidad temprana de compartir fechas especiales, la ausencia de afecto y apoyo para el crecimiento, educación y formación de Tania Sofía Angarita por parte de su padre, y en general todos los aspectos de índole familiar que se ven truncados por el desafortunado suceso representado en la falla médica y/o pérdida de oportunidad en la atención brindada al paciente.

### **3.1 Concepto de la Violación**

#### Fundamentos jurídicos

- Constitución Política: arts. 2º., 6º., 11, 42, 44, 47 y 90.
- CPACA: arts. 140, 164, 229, 230 y ss del CPACA.
- Código Civil: arts. 2341, 2347 y 2352.
- Código General del Proceso: arts. 77, 65 y ss.
- Decreto 1796 de 2000: art. 7º.

#### 4 Actuación Procesal

Luego de subsanada, la demanda fue admitida por auto del 7 de marzo de 2018, ordenando notificar a las entidades demandadas y a los demás intervinientes (fls. 109-109 vlto.).

Por autos del 8 de julio de 2020, se admitió el llamamiento en garantía formulado por la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito respecto de la Asociación Sindical de Servicios Médicos de Pitalito Servimedico; del Gremio Calidad Humana y de La Previsora S. A. Compañía de Seguros; se admitió también el llamamiento en garantía formulado por Coomeva EPS respecto de Seguros Confianza; el llamamiento en garantía formulado por Coomeva respecto del Hospital de Pitalito.

Por auto del 23 de junio de 2023, se declaró ineficaz el llamamiento en garantía formulado por la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito respecto del Gremio Calidad Humana y se corrió traslado de las excepciones (samai índice 59).

El 9 de noviembre de 2023 tuvo lugar la audiencia inicial (samai índice 69). El 16 de mayo de 2024 se celebró la audiencia de pruebas (samai índice 83). Finalmente, el proceso entró al Despacho para tomar la decisión de fondo.

#### 5 Contestación de la Demanda

##### 5.1. Razones de la defensa

###### 5.1.1 ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito (fls. 135-138 vlto.).

Su apoderada se opuso a las pretensiones de la demanda y pidió negar cualquier pago por concepto indemnizatorio o de atribución de responsabilidad administrativa del hospital demandado.

Pasó luego a formular excepciones. Propuso entonces la excepción de *"Inexistencia de nexo causal entre el supuesto daño irrogado y las atenciones médicas ofrecidas por parte de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito"*, diciendo que el hospital no faltó a su deber de cuidado con el paciente y obró acorde a los protocolos clínicos de su manejo.

Formuló también la excepción de *"Oportuno, pertinente e idóneo tratamiento médico aplicado al señor Reinaldo Humberto Angarita Meneses"*, explicando que el paciente, de profesión médico, se había sometido a un *sleeve* gástrico o manga gástrica, tratamiento para el manejo de la obesidad, procedimiento que presenta muchas complicaciones derivadas de una alteración importante y definitiva de la estructura del tracto intestinal, por lo que el Doctor Angarita M. debía dar cumplimiento a las recomendaciones del especialista que le practicó ese procedimiento.

###### 5.1.2 Coomeva Entidad Promotora de Salud S. A. en liquidación (fls. 181-202).

Su apoderado se opuso también a las pretensiones de la demanda y pasó a esgrimir excepciones.

Formuló entonces las excepciones de *"Obligación de medio a cargo de los médicos y las entidades de salud"*, señalando que la muerte del Doctor Angarita no implica negligencia médica, porque los médicos desplegaron las actuaciones a su alcance, que eran las indicadas para el caso; *"Riesgo inherente y patologías de base"*, según la cual los riesgos derivados del *sleeve* gástrico, habiendo ingresado el paciente con una patología de base cuyos síntomas eran equívocos, siendo un caso de difícil diagnóstico; *"Inexistencia de*

*Causalidad y de atribución de daño*”, refiriendo que la muerte del Doctor Reinaldo Humberto no guarda relación con los actos de los médicos ni de Coomeva EPS, sino con la ambigüedad de la patología y con la peritonitis que padeció el 21 de junio de 2015; *“Inexistencia de culpa y de reproche culpabilístico”*; *“Cumplimiento de obligaciones por parte del asegurador Coomeva EPS. Exoneración de responsabilidad por el hecho de otro”*; *“División de la responsabilidad”*; *“Excesiva tasación de Perjuicios”* y *“Genérica”*.

#### **5.1.3 Seguros Confianza S. A., citada en garantía** (índice samai 57 Doc 29).

Su apoderada refirió en primer lugar que desconoce los hechos relatados en la demanda y que se abstiene de formular pronunciamientos de fondo respecto de las pretensiones de la demanda, ya que desconoce sus fundamentos.

Pasó luego a referirse a los hechos del llamamiento en garantía y propuso además las excepciones de *“Ausencia de Prueba de la Responsabilidad de Coomeva”*, diciendo que los demandantes no acreditaron negligencia o impericia por parte de Coomeva frente al aseguramiento administrativo del servicio médico; *“Improcedencia de Condena por Concepto de Daño a la Vida de Relación”*, por cuanto el daño a la salud (concepto que reúne el daño a la vida de relación) únicamente puede indemnizarse a la víctima directa en caso de lesiones, el Doctor Angarita M., ya fallecido; *“Sublímite Asegurado y Deducible”* y la excepción genérica.

#### **5.1.4 La Previsora Compañía de Seguros S. A.** (índice samai 57 Doc 23).

Su apoderada se opuso en primer término a las pretensiones de la demanda, ya que no medió una deficiente prestación del servicio médico ni administrativo en el caso del Doctor Angarita M.

Propuso además las excepciones de *“Inexistencia de nexo causal”*, refiriendo que el actuar del hospital demandado fue diáfano, claro adecuado y diligente; *“Ausencia de pruebas/ riesgo no probado”*, pues los demandantes no acreditaron en qué consistía la falla en el servicio o la responsabilidad del asegurado y simplemente se limitaron a hacer aseveraciones sin probanzas técnicas; *“Inexistencia de la obligación en cuanto a La Previsora Compañía de Seguros se refiere, por aplicación de la cláusula claims made”*; *“Cobro de lo no debido”* y *“Prescripción de la acción”*.

#### **5.1.5 Asociación Sindical de Servicios Médicos de Pitalito Servidemic**

Guardó silencio.

### **5.2. Alegatos de conclusión**

#### **5.2.1 Parte demandante** (samai índice 90 Doc 114).

Su apoderado indicó en primer término que teniendo en cuenta el material probatorio recaudado y practicado aparecen plenamente acreditados los fundamentos fácticos que dieron origen a la demanda y la responsabilidad administrativa de las entidades demandadas.

Refirió que en audiencia de pruebas se escuchó el testimonio del Doctor Javier Andrés Cardona, testigo sospechoso por trabajar para el hospital demandado y por haber tratado al paciente.

El galeno adujo, añadió, que el paciente no cumplió con la dieta recomendada después de la cirugía de manga gástrica, circunstancia que no se encuentra evidenciada en la historia

clínica, siendo esta la prueba por excelencia con base en cual se establecen los antecedentes y las atenciones médicas del paciente, como elemento esencial de la actividad médica.

El representante de los actores sostuvo además que su declaración era poco veraz, al haber declarado algunos antecedentes (dieta) no se plasmaron en la historia del paciente por considerarlos *irrelevantes*, pretendiendo justificar esa supuesta omisión en el número de pacientes que atiende en el área urgencias, lo cual demuestra su falta de imparcialidad y objetividad en su declaración, queriendo además inducir en error al despacho, pues probado está con la misma declaración del testigo y el informe de la Secretaría de Salud Departamental del Huila que la cirugía de manga gástrica, como todo procedimiento médico puede presentar complicaciones, como en efecto sucedió con el paciente Angarita.

En su informe, la Secretaría de Salud refirió también que esa aseveración no se consignó en la historia clínica.

El representante de los actores añadió que el Doctor Cardona F. recordó que conocía la fístula y que era la principal complicación de una cirugía de manga gástrica, por lo que medió un error en el diagnóstico, concepto que se ciñe a los criterios que ha expuesto el Consejo de Estado.

Así pues, la muerte del Doctor Angarita Meneses se produjo, sin duda, debido a la falta de tratamiento oportuno de la patología presentada, lo que, a su vez, tuvo por causa el no esclarecimiento a tiempo del diagnóstico.

Se probó además que el paciente estuvo cerca de 18 horas sin intervención por parte de cirugía, de acuerdo con lo establecido en la historia clínica y plasmado en la conclusión de la investigación de la Secretaría de Salud Departamental del Huila, que conllevó a que el paciente para las 11:57 am del 21 de junio de 2015 ya presentara complicaciones de alto riesgo y muerte.

Se constató así la falla en la prestación del servicio médico asistencial por la ineficiente e inoportuna atención médica brindada al paciente, la cual tuvo lugar por el error en el diagnóstico, así como su tardío pronóstico que conllevó al desenlace fatal, por lo que media la responsabilidad tanto del hospital demandado como de Coomeva.

#### **5.2.2 ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito** (samai índice 91).

Su apoderada indicó que a pesar de lo señalado en la demanda, la Secretaría Departamental de Salud le respondió al Despacho que revisada su base de datos “... *no se encontró procedimiento administrativo sancionatorio iniciado en contra de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, Huila, por los hechos registrados en la atención clínica del señor Reinaldo Humberto Angarita Meneses*”.

Rememoró también que al declarar como testigo el Doctor Javier Cardona depuso que el paciente había sido sometido antes de su ingreso al hospital de Pitalito a un procedimiento voluntario con alto riesgo de complicaciones por alteración importante de la estructura gástrica; que se desconoce el tiempo de evolución del dolor abdominal y como los síntomas más frecuentes son vómitos, fiebre y taquicardia es probable que hayan sido pasados por alto por parte del paciente y su familia.

Pidió entonces negar las pretensiones de la demanda, por cuanto el hospital obró con diligencia brindando los tratamientos acordes a los hallazgos clínicos.

### **5.2.3 Coomeva EPS En Liquidación** (samai índice 88 Doc 105).

Su apoderado informó que a la fecha Coomeva EPS S. A. en Liquidación es una entidad inexistente, por lo que no es dado “...continuar con el proceso de responsabilidad fiscal del asunto...”, pues la extinta EPS perdió su personalidad jurídica y concomitante ello, también su capacidad para adquirir derechos, contraer obligaciones y ser parte en procesos como consecuencia de la cancelación del registro mercantil que generó su extinción.

### **5.2.4 La Previsora S. A.** (samai índice 93 Doc 120).

Insistió en las razones de la contestación del llamamiento en garantía.

### **5.2.5 Seguros Confianza S. A.**

Guardó silencio.

### **5.2.6 Asociación Sindical de Servicios Médicos de Pitalito Servidemic**

Guardó silencio.

### **5.2.7 Ministerio Público**

Guardó silencio.

## **VI. Consideraciones**

### **6.1 Problema jurídico**

*¿Las entidades demandadas son patrimonialmente responsables por los perjuicios reclamados por los demandantes, con motivo de la muerte del Doctor Reinaldo Humberto Angarita M., derivada de la presunta falla médica con ocasión a la atención médica recibida o si, por el contrario, se encuentran probadas las excepciones propuestas por las entidades demandadas y las citadas en garantía?*

### **6.2 De las excepciones propuestas**

Teniendo en cuenta las razones expuestas que sustentan las excepciones de mérito esgrimidas, estima el Despacho que luego de examinar las pruebas recogidas en el proceso se dilucidará si les asiste o no razón en sus oposiciones a las demandadas y a las aseguradoras convocadas en garantía.

### **6.3 Marco Jurídico**

La Constitución Política consagró la cláusula general de responsabilidad del Estado en los siguientes términos:

*“Artículo 90. El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas.*

*En el evento de ser condenado el Estado a la reparación patrimonial de uno de tales daños, que haya sido consecuencia de la conducta dolosa o gravemente culposa de un agente suyo, aquél deberá repetir contra éste”.*

Bajo tal entendido, para que exista responsabilidad del Estado se requiere de la concurrencia de varios elementos, a saber: (i) el daño antijurídico, (ii) la imputabilidad jurídica y fáctica del daño a un órgano del Estado y, (iii) el nexo causal entre el daño y el hecho de la administración.

El **Daño Antijurídico** es entendido jurisprudencialmente como el detrimento, perjuicio, menoscabo, dolor o molestia causado a alguien, en su persona, bienes, libertad, honor, afectos, creencias, etc., suponiendo la destrucción o disminución de ventajas o beneficios patrimoniales o extrapatrimoniales de que goza un individuo, sin que el ordenamiento jurídico le haya impuesto a la víctima el deber de soportarlo, es decir, que el daño carezca de causales de justificación (Consejo de Estado – Sección Tercera, sentencia del 27 de enero del 2000, M.P. Alíer E. Hernández Enríquez).

Al referirnos a la **imputación jurídica y fáctica**, debemos remitirnos a lo explicado por la Sección Tercera del H. Consejo de Estado que considera: *“imputar, para nuestro caso, es atribuir el daño que padeció la víctima al Estado, circunstancia que se constituye en condición sine qua non para declarar la responsabilidad patrimonial de este último (...) la imputación del daño al Estado depende, en este caso, de que su causación obedezca a la acción o a la omisión de las autoridades públicas en desarrollo del servicio público o en nexos con él, excluyendo la conducta personal del servidor público que, sin conexión con el servicio, causa un daño”* (sentencia del 21 de octubre de 1999, expediente 10948, MP Alíer Eduardo Hernández Enríquez).

Por último, en cuanto al **nexo de causalidad** entre el hecho de la administración y el daño causado, nuestro órgano<sup>1</sup> de cierre, trayendo a colación apartes de la doctrina francesa, ha considerado que este es el elemento principal en la construcción de la responsabilidad, esto es, la determinación de que un hecho es la causa de un daño, pues desde el punto de vista teórico resulta fácil, en criterio de los autores, diferenciar el tratamiento del nexo de causalidad dentro de los títulos objetivo y de falla.

En tratándose de la falla del servicio, la relación de causalidad se vincula directamente con la culpa, con la irregularidad o la anormalidad, y en los casos de los títulos objetivos, se admite la responsabilidad inmediateamente el daño se relaciona con la actividad del demandado, con independencia de que se acredite o no la culpa.

A partir de la disposición constitucional trascrita, la jurisprudencia y la doctrina contencioso administrativa han desarrollado distintos regímenes de responsabilidad imputables al Estado, como (i) el subjetivo, que se basa en la teoría de la falla del servicio y (ii) el objetivo, que obedece a diferentes situaciones en las cuales la entidad demandada está llamada a responder, por un lado, con ocasión del ejercicio de actividades peligrosas o la utilización de elementos de la misma naturaleza, caso en el cual se habla del régimen del riesgo excepcional, y por otro, debido a la ruptura de la igualdad frente a las cargas públicas, caso en el cual estamos en presencia del régimen del daño especial, por ende, corresponde al Juez analizar los hechos de cada caso concreto y determinar el régimen de responsabilidad aplicable, para resolver el asunto sometido a su consideración de acuerdo con los elementos probatorios allegados.

#### **6.4 Falla del servicio médico como evento de responsabilidad patrimonial y extracontractual del Estado**

En principio, la jurisprudencia del Consejo de Estado exigía para estos eventos, que el demandante debía aportar la prueba de la falla para la prosperidad de sus pretensiones, pues, al comportar la actividad médica una obligación de medio, de la sola existencia del daño no había lugar a presumir la falla del servicio<sup>2</sup>.

Luego, a partir del segundo semestre del año 1992, nuestro órgano de cierre consideró que los casos de responsabilidad por la prestación del servicio médico se juzgarían de manera

<sup>1</sup> Consejo de Estado, sección tercera, CP María Elena Giraldo G., sentencia del 10 de agosto de 2005, rad. 73001-23-31-000-1997-04725-01(15127).

<sup>2</sup> Consejo de Estado, sección tercera, sentencia de 13 de septiembre de 1991, exp. 6253, CP Carlos Betancur J.; sentencia de 14 de febrero de 1992, exp. 6477, C.P. Carlos Betancur Jaramillo; sentencia de 26 de marzo de 1992, exp. 6255, C.P. Julio César Uribe Acosta; sentencia de 26 de marzo de 1992, exp. 6654, CP Daniel Suárez H., entre otras.

general bajo un régimen subjetivo pero con presunción de falla en el servicio<sup>3</sup>, sin embargo, tal posición fue replanteada en el año 2001, oportunidad en la que se cuestionó la aplicación generalizada de la presunción de la falla en el servicio y se postuló la teoría de la carga dinámica de las pruebas, 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<sup>4</sup>.

Actualmente, la jurisprudencia del máximo Tribunal de lo Contencioso Administrativo, abandonó definitivamente la presunción de falla en el servicio para volver al régimen general de falla probada, considerando que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el expediente todos los elementos que la configuran, esto es, el daño, la actividad médica y el nexo causal entre esta y aquel, sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados, incluso de la prueba indiciaria<sup>5</sup>.

No obstante lo anterior, según se ha indicado recientemente por la jurisprudencia, la actividad médica capaz de comprometer la responsabilidad de la administración no es solamente aquella que se desarrolla contrariando los postulados de la *lex artis* o, dicho de otro modo, que es consecuencia del funcionamiento anormal, negligente o descuidado del servicio médico, pues también la actividad que se despliega en condiciones normales o adecuadas puede dar lugar a que ello ocurra<sup>6</sup>.

## 6.5 Caso concreto

### Pruebas Documentales

1. Poder debidamente otorgado (fl. 2).
2. Copia de los registros civiles de nacimiento de Tania Sofía Angarita Ardila, Reinaldo Humberto y Mauricio Angarita Meneses (fls. 15-17).
3. Copia del registro civil de defunción de Reinaldo Humberto Angarita Meneses (fl. 18).
4. Declaraciones juramentadas rendidas en la Notaría Segunda del Círculo de Florencia el 9 de julio y el 12 de septiembre de 2015 por los señores María Belén Morales Gálvez, Sandra Janet Monroy, Hernando Saavedra Mogollón y Carolina Duque González (fls. 19-22 vltos.).
5. Diploma del título de médico cirujano del Doctor Reinaldo Humberto Angarita M., otorgado por la Universidad Metropolitana de Barraquilla (fl. 34).
6. Copia del resultado de la investigación realizada por la Secretaría de Salud del Huila, del 17 de septiembre de 2015: *“...se puede concluir claramente que hubo fallas en el sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud, toda vez que se evidencia falta de oportunidad y pertinencia durante el manejo del paciente, situaciones que colocaron en riesgo la vida y*

<sup>3</sup> Consejo de Estado, sección tercera, sentencia de 13 de septiembre de 1991, exp. 6253, CP Carlos Betancur Jaramillo; sentencia de 14 de febrero de 1992, exp. 6477, C.P. Carlos Betancur Jaramillo; sentencia de 26 de marzo de 1992, exp. 6255, C.P. Julio César Uribe Acosta; sentencia de 26 de marzo de 1992, exp. 6654, C.P. Daniel Suárez H., entre otras.

<sup>4</sup> Consejo de Estado, sección tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000, exp. 11878. CP Alier Hernández Enriquez. Esta línea se reiteró, entre otras, en sentencia de 7 de diciembre de 2004, exp. 14421, C.P. Alier Hernández E.; sentencia de 11 de mayo de 2006, exp. 14400, CP Ramiro Saavedra B.

<sup>5</sup> Consejo de Estado, sección tercera, sentencia de 31 de agosto de 2006, exp. 15772, CP Ruth Stella Correa P.; sentencia de 30 de noviembre de 2006, exp. 15201-25063, CP Alier Hernández E.; sentencia de 30 de julio de 2008, exp. 15726, CP Myriam Guerrero de Escobar; sentencia de 21 de febrero de 2011, exp. 19125, C.P. (E) Gladys Agudelo Ordóñez, entre otras. Consejo de Estado, sección tercera, subsección B, CP Ramiro de Jesús Pazos G., veintisiete (27) de marzo de dos mil catorce (2014), Radicación número: 05001-23-31-000-2002-00456-01(31508), Actor: Rosa Virginia Toro O., Demandado: Instituto de Seguros Sociales, Referencia: acción de reparación directa.

<sup>6</sup> Consejo de Estado, sección tercera, sentencia de 29 de agosto de 2013, exp. 30283, CP Danilo Rojas B. En esta oportunidad, la Subsección señaló que *“la ausencia demostrada de una falla del servicio atribuible a la entidad no conduce necesariamente a afirmar la ausencia de responsabilidad, pues pueden existir otras razones tanto jurídicas como fácticas, distintas al incumplimiento o inobservancia de un deber de conducta exigible al ISS en materia de atención y prevención de enfermedades infecciosas, que pueden servir como fundamento del deber de reparar”*. Un criterio similar se utilizó en la sentencia de 28 de septiembre de 2012, exp. 22424, CP Stella Conto Díaz del Castillo, en estos términos: *“la menor (...) estando en satisfactorio estado de salud, tan pronto como le fue aplicado el plan de inmunización, previsto en las políticas de salud públicas, para la atención infantil falleció y aunque las pruebas técnico científicas y testimoniales no permiten relacionar la muerte de la pequeña de ocho meses con la aplicación de la vacuna, se conoce que el componente “pertusis” de la DPT (difteria, tos ferina y tétanos), en un porcentaje bajo, pero cierto, implica riesgo para quien lo reciba”*.

*seguridad del señor Reinaldo Humberto Angarita (qepd); lo anterior son razones que ameritan dar apertura a proceso administrativo sancionatorio contra la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito...*" (fls. 23-32).

7. Copia de la historia clínica del Doctor Reinaldo H. Angarita M. en el Hospital Departamental San Antonio de Pitalito (fls. 42-79 y 139-179).
8. Oficio 2024CS002381-1 fechado en Neiva el 23 de enero de 2024, dirigido al Despacho por el Secretario de Salud del Huila: "... Me permito manifestar que una vez revisada la base de datos no se encontró procedimiento administrativo sancionatorio iniciado en contra de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, Huila, por los hechos registrados en la atención clínica del señor Reinaldo Humberto Angarita Meneses" (samai índice 74 Doc 74).

## Testimoniales

Oídos el 16 de mayo de 2024:

JAVIER ANDRÉS CARDONA FERNÁNDEZ: médico, especialista en cirugía general, trabaja con el Hospital de Pitalito desde 2013. El paciente tenía un antecedente de cirugía bariátrica, es un procedimiento para perder peso en pacientes con obesidad mórbida. Eso implica enfermedades preestablecidas como diabetes *mellitus*, enfermedad cardíaca y otras. Luego de ese procedimiento, no fue muy juicioso con el régimen que le recomendaron los especialistas, especialmente con la dieta. Él reconocía como colega y se sinceró con el declarante acerca de que no era juicioso con la dieta. En la historia clínica consta que se comió una pizza, comida no recomendada en un paciente recién operado de esa cirugía. En la historia el intensivista menciona que se automedicó con buscapina y como no mejoró decidió consultar. Llegó más o menos a mediodía del 20 de junio. Inicialmente lo ve el médico general, que estimó que se podría tratar de una intoxicación alimentaria. Le pidió entonces exámenes, como un hemograma y una ecografía de abdomen, entre otros. El hemograma mostró leucocitosis y neutrofilia, se elevan las defensas por una inflamación o una infección o por el dolor. La ecografía no mostró nada anormal. Persiste sin embargo con dolor abdominal, por lo que se pide interconsulta a Cirugía General. El declarante lo valoró por la noche, todavía tenía dolor abdominal, sin presencia de signos de irritación peritoneal. Eso es lo que determina si el paciente requiere intervención quirúrgica de urgencia o no. No se consideró que la dolencia tenía relación con la cirugía bariátrica que se le había practicado hacía un mes, porque en esos casos las molestias comienzan a los 10 o 15 días y él ya llevaba un mes. Se continuó pensando que era una intoxicación alimentaria asociada a una gastroenteritis aguda, por el dolor abdominal, fiebre, vómito y la leucocitosis. Se le dio ampicilina y se dejó en observación. En la mañana siguiente continúa con su evolución tórpida. El paciente se vuelve difícil y renuente al manejo. No se dejaba administrar analgésicos, por ejemplo. Se pasa a reanimación para una monitoría continua. Se le pidió tomografía de abdomen ante sospecha de infección intestinal. Se pidió manejo con medicina interna. El internista concuerda en que no hay signos claros de irritación peritoneal, por lo que no era necesaria una cirugía de urgencia. El declarante se fue entonces operar, estaba de cirujano de urgencias. En la historia consta se aclara que tenía una paciente con una urgencia vital. Eso le ocupó toda la tarde. Sólo pudo ver entonces al paciente por la noche. El declarante consideró entonces que era necesaria una laparotomía exploratoria. Al notar que la UCI estaba llena, los dos anestesiólogos, previendo que el paciente iba a necesitar UCI postoperatoria, decidieron remitirlo al tercer nivel. Se montó remisión al tercer nivel, pero nunca se hizo. Persistía el deterioro del paciente, pero no había disponibilidad de quirófano ni de UCI. Finalmente, hubo disponibilidad de cama en UCI. Se le hizo la laparotomía exploratoria, se encontró plastrón abdominal. Es un mecanismo de defensa del organismo cuando hay infección o una lesión intrabdominal de largo tiempo. Tenía un plastrón en el estómago. Le habían hecho manga gástrica, que es cortar el estómago y reducirle su tamaño y luego volverlo a unir. Había fístula, una ruptura en el estómago, se había abierto un pequeño hueco de la sutura que se le había hecho y el organismo había formado el plastrón, que defiende al organismo de infecciones. Al liberar el plastrón se advirtió peritonitis, lo que no se había documentado en la ecografía, y se hizo control de daños, controlar el foco infeccioso, es decir drenar la peritonitis y liberar el plastrón. Una vez hecho eso, no se le cierra el abdomen al paciente, se pasa a UCI y en 48 o 72 se hace una reparación definitiva. La cirugía bariátrica la hacen supraespecialistas, cirujanos gastrointestinales o bariátricos, entrenamiento que no tiene un cirujano. La reparación final deben hacerla ellos, con equipos especiales no disponibles en el segundo nivel. Por eso el paciente se pasó a UCI y los intensivistas le hacen el manejo pertinente, pero falleció al día siguiente. Sus posibilidades de sobrevivencia en el tercer nivel son inciertas, no hay forma de prever el destino de un paciente.

En un tercer nivel también le hubieran hecho cirugía de control de daños. Como médico, tenía acceso a tomar medicamentos, que enmascararon el cuadro y demorarlo más. No era juicioso con su postoperatorio. La pizza no lo mató, pero indica que no siguió la dieta cuidadosamente. Ese plastrón estaba previamente instaurado, tal vez de semanas de evolución. No todo paciente que llega con dolor abdominal a Urgencias se opera. La mayoría de dolores abdominales no son quirúrgicos. La gastroenteritis no requiere manejo quirúrgico. El paciente nunca presentó signos de irritación peritoneal. Los pacientes con cirugía bariátrica tienen obesidad mórbida, por lo que su fisiología cambia. Hay deficiencia metabólica, problemas pulmonares y renales y eso influye en que no sane adecuadamente. El declarante no sabe dónde se operó el paciente. Estaba en Mocoa. Tampoco sabe si se hizo controles posteriores a la cirugía. Esa clínica la debió presentar poco después de la cirugía. Tal vez intuyó que podía automedicarse, porque tenía conocimientos médicos. Su obesidad no la había perdido, lo que hace pensar que la pizza no era la única comida de ese tipo que había ingerido. El paciente entró a mediodía de 20 de junio. Se detectó la fístula la noche del 21. Se detecta sólo en la cirugía. Se descartó en primer lugar la gastroenteritis, que era lo más obvio. No todo paciente que llega con dolor abdominal debe ser operado. El llegó con signos estables, no llegó taquicárdico. Lo único positivo era la leucocitosis. Inicialmente se manejó como una gastroenteritis. Esa decisión fue del médico general, el internista y el cirujano. No hubo mejoría. Tocó hacer la laparotomía.

El apoderado de la parte demandante formuló tacha por ser el declarante testigo sospechoso, al tener vínculo actualmente con el hospital demandado. Para el Despacho, prospera la tacha, pero ello no se opone a la valoración de la declaración, lo que lleva a un análisis más riguroso en contraste con los restantes medios de prueba.

CAROLINA DUQUE GONZÁLEZ: estudió alta gerencia, pensionada de la Fiscalía General de la Nación. La declarante fue compañera de trabajo en Tránsito y luego en la Fiscalía de la señora María Inés Mora, cuya hija, Ana María, tenía una relación con el Doctor Reinaldo. Fueron novios y luego convivieron. Él estaba en Mocoa (Putumayo), había vivido en Florencia (Caquetá). Los fines de semana viajaba a Florencia a visitar a Ana María y a la niña. Trabajaba en un hospital.

MARÍA BELÉN MORALES GÁLVEZ: bacterióloga, laboratorista clínica especializada en inmunohematología. Conoció a la señora Ana María Ardila en 2010 en Florencia. La declarante trabajó en el hospital María Inmaculada. Eran compañeras de trabajo. Conoció al Doctor Reinaldo Humberto y también a su hija, Sofía. Él se había hecho un *sleeve* gástrico en Cali (Valle). Venía de Mocoa y en el camino empezó a sentir un dolor abdominal. A la declarante le refirieron eso, no viajaba con él. Ingresó a Urgencias y ahí falleció. Él era médico en Mocoa.

GERARDO ÁVILA LOZANO: médico nuclear e internista. Tiene 20 años de experiencia en medicina interna y formación de cuidados intensivos. También ha trabajado en Cuidados Intensivos en Neiva, en Garzón y en Pitalito y en Tunja (Boyacá). Le prestó una única atención al paciente el 22 de junio en la noche, en UCI. Presentaba un shock séptico de origen gastrointestinal. No se dio mala praxis, ese hecho séptico es producto de un proceso infeccioso de origen gastrointestinal. Había sido intervenido quirúrgicamente. Estaba en muy malas condiciones. Presentó un paro, se reanimó, no salió del paro y falleció.

El apoderado de la parte demandante formuló tacha por ser el declarante testigo sospechoso, al tener vínculo actualmente con el hospital demandado y haber tratado al paciente. Para el Despacho, prospera la tacha, pero ello no se opone a la valoración de la declaración, lo que lleva a un análisis más riguroso en contraste con los restantes medios de prueba.

## **6.6 Examen del Caso**

Sitúa su atención el Despacho en la atención en salud brindada al Doctor Reinaldo Humberto Angarita M. en la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito (Huila), de segundo nivel de atención en salud, del 20 de junio al 22 de junio de 2015, cuando falleció.

El Doctor Reinaldo Humberto, médico de 34 años que laboraba en Mocoa (Putumayo), se acercó por sus propios medios a las instalaciones de ese Hospital de Pitalito a mediodía

del 20 de junio de 2015, presentando dolor abdominal intenso y continuo, múltiples episodios eméticos y refiriendo también antecedentes de *sleeve* gástrico, cirugía que reduce el tamaño del estómago para ayudar a perder peso y que le había sido practicada hacía un mes, al parecer en Cali (Valle). Indicó además que esos síntomas le habían sobrevenido luego de haber ingerido una pizza. Se hallaba en aceptables condiciones generales (fls. 63-64).

Se le ordenaron entonces exámenes de laboratorio y una ecografía de abdomen. Continuó sin embargo experimentando dolor abdominal, por lo que fue valorado por cirugía general en la noche de ese mismo día.

Al no presentar síntomas de irritación peritoneal, se creyó que se trataba de una intoxicación alimentaria unida a una gastroenteritis aguda. Como su condición de salud no respondió de modo adecuado a las medidas tomadas, se ordenó luego enviarlo al tercer nivel en Neiva, porque en ese momento no había disponibles ni quirófano ni cama en la Unidad de Cuidados Intensivos, remisión que no fue aceptada.

Finalmente, hubo disponibilidad en la UCI en Pitalito, se le practicó entonces una laparotomía exploratoria, se le hallaron un plastrón abdominal y una fístula (ruptura en el estómago, producto de la sutura de la cirugía bariátrica). Se drenó la peritonitis y se liberó el plastrón. Se pasó luego a UCI, pero la muerte le sobrevino el 22 de junio de 2015.

La parte actora hace consistir entonces la falla del servicio médico en el comportamiento defectuoso del personal médico del hospital demandado.

Se inclina en esencia a creer que medió omisión al no haberse diagnosticado de modo oportuno y adecuado la patología del paciente. A pesar del antecedente de *sleeve* gástrico de un mes, les reprocha a los médicos el hecho de que no sospecharon desde el comienzo de una complicación derivada de esa cirugía.

Aunque el Doctor Javier Andrés Cardona F., cirujano general, quien atendió e intervino al paciente, declaró en las presentes diligencias que el Doctor Reinaldo Humberto no había seguido la dieta recomendada después de la cirugía de manga gástrica, esa circunstancia no se consignó en la historia clínica.

El representante de la parte actora refirió también que el Doctor Cardona F. conocía las complicaciones que se derivaban de la cirugía bariátrica, por lo que medió error en el diagnóstico.

La parte demandante puso de manifiesto del mismo modo que luego del deceso del Doctor Angarita M. la Secretaría de Salud del Huila investigó el caso, estableciendo de *manera contundente* la responsabilidad del Hospital San Antonio de Pitalito.

Destaquemos ante todo que de las pruebas arrimadas al expediente se desprende, más bien, que en el centro hospitalario demandado se le aplicaron los medicamentos requeridos y se desarrolló la actividad adecuada, conforme a las reglas de la profesión médica.

Los galenos del Hospital San Antonio de Pitalito no sospecharon que el padecimiento del paciente se derivaba de la cirugía bariátrica que se le había practicado hacía un mes, porque en esos casos las molestias inician a los 10 o 15 días, no al mes.

Se pensó que se trataba más bien de una intoxicación alimentaria aguda, habida cuenta del dolor abdominal, del vómito y de que revelaba leucocitosis (aumento de glóbulos blancos

en la sangre), que refiere una elevación de sus defensas, que podía obedecer a varias causas.

Esa opinión la compartían los médicos que lo atendieron. La Doctora Laura Gómez A., médico general que lo vio a su ingreso al hospital el 20 de junio de 2015, consignó en la historia clínica por ejemplo que había que revalorar al paciente, luego de que se recibieran los resultados de los exámenes que le había ordenado (fl. 154 vltto.):

**ANALISIS**

PACINETE MASCULINO DE 34 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES SLIP GASTRICO , QUIE REFIERE CUADRO CLINICO DE APORX 16 HORAS DE EVOLUCIONSOSINTE EN INGERIR UN PIZZA POSTERIORMENTE , MULTIPLES EPIDOSIOS EMETICOS #10 DUARANTE LA NOCHE , HOY 8 EPISODIOS POSTERIOR DOLOR URENTE A NIVEL DE EPIGASTRIO. NIEGA DIARREA NIEGA OTRO SINTOMA. INGRESA ALGICO EN ACEPATBLE ESTADO GENEAL MUCOSAS SEMIHUMEDAS SIN SIGNOS DE DESHIDRTACION GRAVE. A LA EXPLORACION FISCA SIGNOS VIATLES DENTRO DE LIMITES NORMALES ABDOMEN BLANDO DERPSIBLE DOLOROSO A LA PALPACION A NIVEL DE EPIGASTRIO NO IRRADIADO. PACINETE CURSA CON CUADRO EMETICO AGUDO SECUNDARIO A PROBABLE INTOXICACION ALIMENATRIA CON DESHIDRTACION GRA-II, SE TOMO EKG RITMO SINUSAL NO SIGNOS DE ISQUEMIA , SE INICIA MANEJO MEDICO HIDRTACIOON ANLGESICO . PROTECTOR GASTRICO SE DEJA EN OBSERVACION SE SOLICTA PARACLINICOS **REVALOARARA CON RESULTADOS**

El Doctor Cardona Fernández asentó a su vez a las 10:39 del 21 de junio que era un paciente con difícil diagnóstico (fl. 141):

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE SLEEVE GASTRICO QUIEN INGRESA CON CLINICA DE DOLOR ABDOMINAL Y MULTIPLES EPISODIOS EMETICOS POR INGESTA DE UNA PIZZA, NO DIARREA, REFIERE ESCASOS FLATOS, AUSENCIA DE DEPOSICIONES HACE 4 DIAS. DESDE EL INGRESO CON EVOLUCION TORPIDA DAO FIEBRE, DISTENCION, DOLOR ABDOMINAL, TAQUICARDIA, CON PARAULINICOS QUE MUESTRAN GRAN LEUCOCITOSIS CON NEUTROFILIA MARCADA, PCR: ELEVADA. ECO CON COLELITIASIS SIN COLECISTITIS SIN COLECCIONES INTRA ABDOMINAL, **PACIENTE CON CUADRO DIFICIL DIAGNOSTICO**, POSIBLE GASTROENTERITIS AGUDA, SIRS NO

Tampoco era claro el diagnóstico para el Doctor Dorian Gabriel Embus O., internista, quien vio al paciente ese mismo día a la 1:22 pm (fl. 143).

PACIENTE CURSA CON CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL A ESTUDIO Y SHOCK SEPTICO DE PROBLAMENTE DE ORIGEN ABDOMINAL, POR LO CUAL SE SOLICITA VALORACION Y MANEJO EN UCI ANTE LA NMEGATIVA DE CAMA EN LA INSTITUCION SE REMITE A TERCER NIVEL COMO URGENCIA VITAL , SE AJUSTA TRATAMIENTO ANTIBIOTICO. SE SOLICITA TAC DE ABDOMEN CONTRASTADO, SE INICIA MANEJO DE HIPOCALEMIA. SE INICIA RESPOSICIONE DE POSTASIO  
PACIENTE CON ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES Y MUERTE QUIEN REQUIERE VIGILANCIA HEMODINAMICA ESTRUCTA.

Profesional: DORIAN GABRIEL EMBUS OLAYA

MEDICINA INTERN

En varios lugares de la historia clínica consta además que el paciente no acusaba signos de irritación peritoneal.

Sólo cuando se le practicó la laparotomía exploratoria, a objeto de examinar los órganos del abdomen, tuvieron lugar los hallazgos que daban cuenta de complicaciones producto de la cirugía bariátrica (fl. 145):

HALLAZGOS: PERITONITIS DE CUATRO CUADRANTES APROXIMADAMENTE 1000cc, GRAN PLASTRON A NIVEL DE RECESO SUBFRENICO IZQUIERDO COMPROMETIENDO EPIPLON MAYOR (EN EL CUAL SE OBSERVAN AREAS DE NECROSIS), LUBOLO IZQUIERDO DE HIGADO, BAZO, FLEXURA COLICA IZQUIERDA Y POSIBLEMENTE ESTOMAGO, ESTE ULTIMO NO VISUALIZADO, ADHERENCIAS LAXAS PERITONEALES SIN SIGNOS DE SUFRIMIENTO INTESTINAL, ASAS DELGADAS CON RESTOS DE FIBRINA. NO ES POSIBLE ADECUADA LIBERACION DE ADHERENCIAS DADO FRIABILIDAD Y SANGRADO FACIL EN REGION DE PLASTRON.  
PROCEDIMIENTO: LAPAROTOMIA EXPLORATORIA, DRENAJE DE PERITONITIS GENERALIZADA, LIBERACION DE ADHERENCIAS PERITONEALES, OMENTECTOMIA PARCIAL, LAPAROSTOMIA  
CIRUJANO: DR CARDONA  
AYUDANTE: JOHN LEAL, INTERNO  
ANESTESIOLOGO: DR VANEGAS, ANESTESIA GENERAL  
COMPLICACIONES: SEVERO PLASTRON QUE NO PERMITE LIBERACION DADO FRIABILIDAD DEL

En oposición entonces a lo referido por la parte actora, el personal médico únicamente tomó conocimiento de esas complicaciones al momento de practicarle la laparotomía -no previamente-, por lo que no media el error de diagnóstico alegado.

Creemos además que lo expuesto en la demanda se funda en lo que la doctrina llama el *sesgo de resultado o retrospectivo*, que afecta a quien debe valorar hechos pasados disponiendo de una información de la que carecían sus protagonistas.

Cuando una persona valora sucesos pasados no puede entonces dejar de lado las consecuencias de esos hechos, por lo que tiende a considerar, a partir del conocimiento de sus consecuencias, que eran previsibles desde el principio.

Sobrevino además una demora el 21 de junio, debido a que acaparó la atención del Doctor Cardona Fernández una urgencia vital de una paciente con isquemia mesentérica (fl. 145):

● 21/06/2015 08:23:08 p.m. REVALORO PACIENTE HASTA ESTA HORA DEBIDO A QUE ME ENCONTRABA OPERANDO OTRA PACIENTE CON URGENCIA VITAL POR ISQUEMIA MESENTERICA DURANTE INTRAOPERATORIO DE DICHA PACIENTE ME AVISAN QUE EL SEÑOR ANGARITA PRESENTA DETERIORO PROGRESIVO DE CLINICA CON AUMENTO EN LOS REQUERIMIENTOS DE SOPORTE VASOPRESOR, FRANCAMENTE SEPTICO CON PERSISTENCIA DE DOLOR ABDOMINAL. DADO QUE AUN ME ENCONTRABA DEMORADO EN CIRUGIA, SOLICITE UN SEGUNDO EQUIPO QUIRURGICO PARA AGILIZAR LAPAROTOMIA EXPLORATORIA DE PACIENTE. ACLARO QUE SOLICITE LAPAROTOMIA DESDE EL MEDIODIA DE HOY PERO ANESTESIOLOGO DE TURNO CONSIDERÓ REMISION A TERCER NIVEL POR CIRUGIA DE ALTA COMPLEJIDAD, NO FUE ACEPTADO. POR LO QUE SOLO ME ES POSIBLE INICIAR MANEJO QUIRURGICO DE ESTE PACIENTE HASTA ESTE MOMENTO POR LO ANTES MENCIONADO. SE LE INFORMA A FAMILIARES SOBRE RIESGOS Y COMPLICACIONES INTRA Y POSOPERATORIAS, SEPSIS, POSIBILIDAD DE RESECCION INTESTINAL, ABDOMEN ABIERTO, MULTIPLES LAPAROTOMIAS, MUERTE. REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR

Profesional: JAVIER ANDRES CARDONA FERNANDEZ

CIRUGIA GENERA

Abordando de otra parte el reproche acerca de que en la historia clínica no se hubieran asentado observaciones respecto de que el paciente no se había ceñido fielmente a la dieta recomendada luego de practicarle la cirugía bariátrica, respondamos que de la obesidad que continuaba manifestando y del hecho de que había ingerido una pizza -que sí se consignó en esa historia- sin dificultad se puede inferir que no había seguido las indicaciones médicas.

El carácter social del comentario sobre la dieta -es un dato arraigado socialmente- no hacía necesario que fuera asentado en un documento especializado como la historia clínica, observación que además no fue cuestionada ni desmentida por otras pruebas.

Consta también en esa historia que el paciente no se mostró cooperador en varias ocasiones y que incluso planteó su salida voluntaria de la institución hospitalaria el 21 de junio (fl. 142):

MEDICINA INTERNA. ADICIONAL SE PIDE HEMOCULTIVOS, UROCULTIVO Y GOTA GRUESA. PACIENTE CON ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES Y MUERTE QUIEN REQUIERE VIGILANCIA HEMODINAMICA ESTRUCTA EN UCI SE ACLARA ESTO DADO PACIENTE NO COLABORADOR QUIEN REFIERE QUE DESEA FIRMAR RETIRO VOLUNTARIO

En lo que hace a que en la Secretaría de Salud del Huila cursó una investigación sobre el caso examinado, que se clausuró declarando la responsabilidad del hospital demandado, respondamos que por oficio del 23 de enero de 2024, dirigido al Despacho, esa Secretaría expresó más bien que revisados sus archivos no constaba que se hubiera iniciado procedimiento administrativo sancionatorio contra el hospital en razón de la atención dada al Doctor Angarita Meneses (samai índice 74 Doc 74).

El panorama de los acontecimientos nos persuade entonces de que a objeto de restaurarle su salud en el hospital demandado el paciente recibió diagnóstico de sus padecimientos y conforme a él se le brindó atención integral, que comprendió la confección de una historia clínica, el suministro de medicamentos y la práctica de exámenes y una cirugía. Fue

<sup>7</sup> Sánchez G., Ignacio (Coordinador). *La incidencia de los sesgos cognitivos en el enjuiciamiento*. Tirant lo Blanch, 1ª. ed., 2024. Págs. 71-72.

atendido además por diversos especialistas en cirugía general, en medicina interna y en cuidados intensivos (fls. 42-79 y 139-179).

Recordemos además que la obligación médica es de medios y no de resultado, en atención a la naturaleza mortal del ser humano, a los insuficientes niveles de la ciencia médica para curar algunas enfermedades y a vista de que no todos los individuos reaccionan de igual manera ante idénticos tratamientos.

No media, en suma, error profesional o negligencia alguna de los médicos que lo atendieron, necesario para responsabilizar del daño por el que se le demanda.

Las dolencias del Doctor Reinaldo Humberto se enfrentaron pues diligente y acertadamente con los medios que, conforme a la disponibilidad material y humana de un hospital de segundo nivel, al estado actual de la ciencia y de las técnicas médicas, eran considerados los más apropiados para superarlas, por lo que se negarán las pretensiones de la demanda.

En la prestación de los servicios de salud, Coomeva Entidad Promotora de Salud S. A. en Liquidación actuó además como EPS, organizando y asegurando el acceso a la prestación del servicio, no como IPS que es la encargada de brindar esa atención, por lo que tampoco prosperan las pretensiones formuladas contra esa EPS.

No sobra advertir además que según el artículo 167 CGP incumbe a las partes demostrar los supuestos de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen y atañe a su vez al juez valorar el material probatorio allegado, a la luz de los principios de la sana crítica. Sin embargo, la carga que gravaba a la parte demandante no fue observada en este caso, llevando al empeoramiento de su posición procesal.

No debe olvidarse tampoco que en el presente evento opera el régimen de la falla probada del servicio. Por lo tanto, es obligación de la parte demandante demostrar, además del daño, la falla del servicio y el nexo de causalidad.

#### **Condena en costas**

No se condenará por tal concepto, por cuanto no media prueba de que se haya causado alguna erogación que justifique su imposición, más allá del pago de lo necesario para el envío del traslado de la demanda, obligación necesaria para el impulso del proceso. Esta postura se ajusta a los pronunciamientos del 16 de agosto de 2018 (rad. 2015-00021), 8 de noviembre de 2018 (rad. 2015-00196), 14 de febrero de 2019 (rad. 2015-0211), 1º de agosto de 2019 (rad. 2015-00013), entre otros, de la Sala Quinta de Decisión del Tribunal Administrativo del Huila.

Se aceptará por último la renuncia al poder formulada por la Doctora Rocío del Pilar Ruiz Sánchez para representar a la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito (índice samai 94) y se reconocerá personería adjetiva para representar a ese Hospital al Doctor Juan Sebastián Osorio Muñoz (índice samai 95).

#### **Decisión**

En mérito de lo expuesto, el Juez Noveno Administrativo de Neiva, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

#### **Resuelve**

**Primero.-**Declarar probadas las excepciones de *“Inexistencia de nexo causal entre el supuesto daño irrogado y las atenciones médicas ofrecidas por parte de la ESE Hospital Departamental San*

*Antonio de Pitalito*”, formulada por la representante de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito (Huila); *“Riesgo inherente y patologías de base”*, esgrimida por Coomeva Entidad Promotora de Salud S. A. en Liquidación; e *“Inexistencia de nexo causal”*, opuesta por la apoderada de La Previsora Compañía de Seguros S. A., según la motivación.

**Segundo.-** Negar las pretensiones de la demanda, según la motivación.

**Tercero.-**Aceptar la renuncia formulada por la Doctora Rocío del Pilar Ruiz Sánchez, cc 1.075.253.204 de Neiva (H) y T.P. 258.743 del C. S. de la J. para representar a la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito y reconocer personería adjetiva para representar a ese Hospital al Doctor Juan Sebastián Osorio Muñoz, cc 1.075.235.113, expedida en Neiva y TP 233.001 del CSJ, según la motivación.

**Cuarto.-**Una vez ejecutoriada esta providencia, archívese el expediente, dejando previamente las anotaciones y constancias de rigor en el sistema de información judicial.

Notifíquese y Cúmplase  
**Carlos Daniel Cuenca Valenzuela**  
Juez  
(firmado electrónicamente en Samai)