Popayán (Cauca), 25 de octubre de 2023

Doctor
JORGE RICARDO MAYA RUIZ
Juez Tercero Administrativo del Circuito de Popayán

Ref. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN
Radicado No: 190013333003-2016-00158-00
Demandante: FABIÁN ANDRES LOPEZ CAMILO Y OTROS
Demandado: HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA Y OTROS
Medio de Control: REPARACIÓN DIRECTA

MAICOL ANDRÉS RODRÍGUEZ BOLAÑOZ identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1.083.889.104 de Pitalito – Huila, Tarjeta Profesional No. 245.711 del C. S. de la J, actuando como apoderado de la **ASOCIACIÓN SINDICAL – SINDICATO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS DEL CAUCA "SINDESCA**" identificada con NIT No. 900458039 y domicilio principal en la ciudad de Popayán - Cauca, por medio del presente escrito nos permitimos presentar nuestros **ALEGATOS DE CONCLUSIÓN** dentro del proceso de la referencia previo las siguientes consideraciones:

- La parte actora pretende que se declare al **HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA Y OTROS** administrativa y patrimonialmente responsables por los perjuicios morales, perjuicios por daño a la salud, perjuicios materiales y daño por alteración a la vida de relación, causados a raíz de la supuesta falla en el servicio en la atención médica prestada al señor **FABIAN ANDRES LOPEZ CAMILO,** consistente en el procedimiento quirúrgico denominado *"herniorrafia inguinal y umbilical izquierda más omentectomía parcial"* el 26 de febrero de 2014.
- El apoderado de la parte demandante argumenta que la atención médica prestada en el HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA no fue adecuada y conforme a la lex Artis.
- La ASOCIACIÓN SINDICAL – SINDICATO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS DEL CAUCA "SINDESCA" fue llamada en garantía por el HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA.
- En virtud del contrato No. 027 del 2014, mi representada tenía la obligación contractual de garantizar la eficiente prestación del servicio de cirugía general, y para ello dispuso que dichas actividades fueran realizadas por sus especialistas en cirugía general los médicos **HENRY FERNANDO PASTAS BUSTOS, OMAR ALEJANDRO ORTEGA VALENCIA,** de los cuales la parte actora reprocha su actuar.
- Desde ya se manifiesta que en el caso en particular, por parte del **SINDICATO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS DEL CAUCA "SINDESCA"** se brindó en todo momento la adecuada prestación de los servicios de salud requeridos por el señor **FABIAN ANDRES LOPEZ CAMILO,** garantizando la correcta atención médica a través de sus profesionales de la salud y conforme a los lineamientos establecidos,

tal como puede evidenciarse en la historia clínica y en las pruebas practicadas dentro del proceso de referencia.

Así las cosas, pasaremos a indicar los alegatos en concreto:

1. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN:

1.1. CONSIDERACIONES PREVIAS Y ALGUNAS PRECISIONES DE LA ATENCIÓN PRESTADA A FABIAN ANDRES LOPEZ CAMILO.

El señor **FABIAN ANDRES LOPEZ CAMILO** asistió el 30 de enero de 2014 a consulta externa en el **HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA** en atención a que presentaba un fuerte dolor tipo cólico con cuadro clínico, aquí fue atendido, entre otros médicos generales, especialistas y personal de salud, por el cirujano general **HENRY FERNANDO PASTAS BUSTOS** quien lo diagnostico con una *"hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena"* y le ordenó la realización del procedimiento quirúrgico de HERNIORRAFIA INGUINAL IZQUIERDA Y HERNIA UMBILICAL.

El señor **LOPEZ CAMILO** fue intervenido quirúrgicamente el 26 de febrero de 2014 previo haber sido informado de los riesgos y haber dado su consentimiento, registrándose como hora de inicio de la operación las 10+50 horas y como hallazgos "1) *hernia inguinal izquierda nyhus IIIB, obteniendo aproximadamente el 30% del omento; 2) hernia umbilical recidivante; 3) cicatriz hipertrófica del área umbilical por cirugías previas"*. La cirugía fue realizada sin complicaciones y terminó a las 11:45 horas.

Una vez terminada la cirugía el Doctor **PASTAS BUSTOS** indicó que se le diera el alta al paciente una vez se recuperara de la anestesia por ser una cirugía ambulatoria, no obstante, debido a que el paciente presentaba distensión abdominal y dolor se ordenó dejarlo en observación para manejo del dolor, lo que demuestra que al señor LOPEZ CAMILO le fueron brindadas desde el inicio y con toda la diligencia y profesionalismo de los especialistas en salud todas las atenciones oportunas y necesarias para restablecer su salud. Posteriormente, el 28 de febrero el señor **LOPEZ CAMILO** fue dado de alta por su buena evolución clínica.

El 11 de marzo de 2014, el señor **LOPEZ CAMILO** se presentó nuevamente al servicio de urgencias por presentar dolor abdominal y disuria, por lo que se lo ingresa nuevamente para manejo del dolor y se practican exámenes para descartar una infección urinaria, no obstante no se encuentran razones para hospitalizar y se egresa.

Posteriormente, el 14 de marzo el señor **FABIAN ANDRES LOPEZ CAMILO** vuelve a presentarse a urgencias al **HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA** por persistencia del dolor, por lo que se le practica una ecografía de abdomen que arroja como resultado "*colelitiasis sin colecistitis, hidronefrosis derecha sin dilatación pielocalicial, hematoma en fosa iliaca izquierda por delante de malla, con un volumen aproximado de 215 cc, no visualiza hernias"* y se le diagnostica una obstrucción intestinal post operatoria. Cabe mencionar que en ese momento el paciente no presentaba criterios de reintervención ni tenía signos de abdomen agudo quirúrgico, por lo que se ordena dejarlo en observación para control del dolor y toma de exámenes incluyendo RX de abdomen, situación que se mantiene hasta el 16 de marzo de 2014 según el análisis descrito en la historia clínica[1].

[1] Véase pág. 56/291 – historia clínica – evolución especializada

Analisis

RX ABDOMEN DE HOY HAY LEVE DILATACION DE ASAS COLONICAS, CON AIRE HASTA LA AMPOLLA RECTAL, HAY MATERIA FECAL EN MARCO COLICO IZQUIERDO, NO HAY OTROS HALLAZGOS,

PACIENTE EN EL MOMENTO CON EVOLUCION CLINICA ESTABLE RADIOLOGICAMENTE HAY MEJORIA, TIENE UNA COLECCION DE 250CC PARAVESICAL Y PARA COLONICO QUE CONSIDERO SE DEBE PUNCIONAR PERO SI MAÑANA NO HAY MEJORIA DEBE CONSIDERARSE MANEJO QUIRURGICO PARA LIBERACION DE ADHERENCIAS Y DRENAJE DE COLECCION, AHORA NO TIENE SRIS, NO TIENE ABDOMEN AGUDO

No obstante, al día siguiente el paciente deja de responder al manejo médico y presenta abdomen agudo, por lo que es ingresado a quirófano para realizarle LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS, DRENAJE DEL HEMATOMA INTRAABDOMINAL Y OMENTECTOMIA la cual se realizó mediante LAPAROTOMÍA, en la cual dentro de los hallazgos se describen "*adherencias omentoparitales grado III que atrapan asas delgadas; hematoma en fosa iliaca izquierda envuelve el recto simoides (300 cc); no hernias*"[2]. El procedimiento se realizó sin complicaciones.

Después de esta operación, el señor **LOPEZ CAMILO** se encontraba hospitalizado en el **HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA** y era revisado diariamente por los especialistas en cirugía general quienes anotaban su buena evolución clínica, hasta llegar a darle salida con signos de alarma y recomendaciones en horas de la mañana del 19 de marzo de 2014[3], no obstante, más tarde ese mismo día el paciente presentó un episodio de vomito amarillento y signos de abdomen agudo por lo que le fueron tomados nuevos exámenes y le fue asignado nuevamente turno para cirugía.

Con base en las nuevas circunstancias acaecidas el señor **LOPEZ CAMILO** es ingresado por tercera vez a quirófano en la madrugada del 21 de marzo de 2023 para una nueva liberación de adherencias peritoneales y lavado peritoneal postquirúrgico donde se registraron como hallazgos operatorios *"distensión de intestino delgado, adherencias peritoneales laxas membranas fibrinoides en el área de la herniorrafía inguinal izquierda y en fondo de saco pélvico"*[4], la cirugía transcurrió con normalidad, sin embargo, al momento de cerrar al paciente se evidenció que *"el edema de las asas intestinales es severo y de que se hallan a tensión para devolverlas a la cavidad abdominal"* por lo que se decide dejar al paciente con el abdomen abierto con viaflex libre sobre las asas intestinales y fajado con sabana y compresas.

El paciente es hospitalizado nuevamente para observación y manejo del dolor, se ordena la toma de exámenes y se da la indicación de que debe remitirse a una institución de tercer nivel para continuar su manejo, por lo que es remitido al **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ**, donde no es aceptado por falta de contratación entre **COOMEVA EPS** y dicho hospital[5], por lo que se mantiene en el **HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA**.

[2] Véase pág. 62/291 – historia clínica – descripción operatoria
[3] Véase pág. 81/291 – evolución final para el egreso del paciente
[4] Véase pág. 92/291 – historia clínica – descripción operatoria
[5] Véase pág. 111/291 – historia clínica – Evolución

Historia Clinica Evolución

REINGRESO A SALAS
PACIENTE MASCULINO DE 36 AÑOS, EN POP LIBERACION ADHERENCIAS, DRENAJE HEMATOMA INTRAABDOMINAL, OMENTECTOMIA, CON REINTERVENCION DE LAVADO PERITONEAL MAS LIBERACION DE ADHERENCIAS, FUE REMITIDO AL HOSPITAL SAN JOSE COMO URGENCIA VITAL, PERO NO FUE ACEPTADO. EL DR MARTINEZ, CIRUJANO DE TURNO HABLA CON DR VERHELTS, EN EL HOSPITAL SAN JOSE QUIEN INFORMA QUE NO FUE ACEPTADO POR QUE COOMEVA NO TIENE CONTRATO CON ESA INSTITUCION. SE INFORMARA A COOMEVA PARA QUE UBIQUE AL PACIENTE EN UNA INSTITUCION DE III NIVEL DONDE TENGA CONTRATO. SE EXPLICA AL PACIENTE Y AL FAMILIAR QUIENES ENTIENDEN.
AL EXAMEN FISICO: TA: 160/100 FC: 98 FR: 24 T: 36 SATURANDO 94% CON OXIGENO CON MASCARA CON RESERVORIO A 5 LT/MIN
CORAZON RITMICO, TAQUICARDICO
PULMONES LIMPIOS, BIEN VENTILADOS
ABDOMEN ABIERTO CON VIAFLEX, ASAS ROSADAS VIABLES, NO HAY FUGAS INTESTINALES, NO MASAS, NO IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES: SIMETRICAS
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL ALERTA, SIN DEFICIT.
PLAN: PENDIENTE REMISION URGENTE A III NIVEL.

El señor **FABIAN ANDRES LOPEZ CAMILO** se mantiene en observación, es revisado diariamente por el cirujano general de turno quien revisa la herida del abdomen, da las indicaciones médicas y el plan a seguir día tras día, indicando siempre la necesidad de remitir al paciente a una institución de tercer nivel para su manejo, toda vez que requiere nutrición enteral y demás manejos que puede garantizar una institución de mayor nivel, aclarando que pese a que no fuera aceptado por el Hospital de tercer nivel nunca se le dejó de brindar la atención oportuna y de calidad que podía presentarle.

El 25 de marzo de 2014, debido a que el paciente muestra mejoría ingresa nuevamente a quirófano para un lavado de cavidad abdominal, liberación de adherencias peritoneales y cierre parcial de cavidad abdominal[6], en esta oportunidad dentro de los hallazgos fue consignado:

liquido sero hematico y seroso claro en cavidad abdominal
Adherencias fibrosas firmes entre asas de intestino delgado, que provocan obstruccion intestinal parcial en varios segmentos, con abdomen congelado.
Paciente formador de adherencias tempranas tiene pronostico incierto y alto riesgo de obstruccion intestinal, se reacomodaron asas intestinales en sentido anatomico normal del intestino y se reintroducen a cavidad abdominal, hay retraccion de pared abdominal y asas intestinales dilatadas que impide el cierre completo de pared abdominal.
Nueva reintervencion a demanda una vez se haya desedematizado completamente las asas intestinales para ver posbilidad de cierre total de pared abdominal.

Para el 25 de marzo de 2014, también consta entre la atención de los especialistas la del doctor **PASTAS BUSTOS** que consigna en la historia el análisis con tendencia favorable a evolución, manifestando que se podría retirar SNG y la VESICAL, diagnosticando cuidado posterior a cirugía y las adherencias peritoneales, que como se escuchó en declaración de dicho médico, se trata de una situación que se presenta con normalidad pues había que tener claro que el señor **FABIAN LOPEZ CAMILO** había tenido con anterioridad varias cirugías abdominales previas a causa de heridas por armas cortopunzantes entre otras, además tenía otras precondiciones como la depresión, nefrolitiasis de larga data y colelitiasis que producen dolor crónico y severo, lo cual no puede ser reprochable a una posterior atención del **HOSPITAL SUSANA LOPEZ**, ni a los médicos que hacen parte de la entidad que represento **SINDESCA**.

Puede constatarse en la historia clínica, que las atenciones dentro de la institución médica fueron consistentes, permanentes y de calidad, pues existen anotaciones de todo tipo y de varios especialistas que dan cuenta de ello, así se puede verificar la atención del doctor **ANUAR ARMANDO IDROBO ESCOBAR** en fecha 26 de marzo de 2014, que indica el estado del paciente al momento y el plan de manejo consistente en reposo intestinal entre otras cosas.

[6] Véase pág. 126/291 – historia clínica – Descripción operatoria

Conforme la orden dada por el médico, también fue revisado por el área de nutrición en la fecha del 26 de marzo de 2014, con la profesional **IRMA PARDO GUTIERREZ.**

En el mismo sentido, en fecha 27 de marzo de la misma anualidad, fue atendido por el área de cirugía general con el doctor **OMAR ALEJANDRO ORTEGA VALENCIA** quien recalca que:

> *paciente con evolución tórpida, con lento progreso, al momento sin signos de abdomen agudo quirúrgico, está con abdomen abierto en la última intervención se logró cerrar fascia parcialmente en los dos extremos, paciente no ha sido posible remitir a otra institución del nivel superior (III) para nutrición enteral o parenteral que no disponemos en esta institución (...) ahora con leve evolución hacia la mejora...*

Así, se puede verificar las atenciones continuas del personal médico del **HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA** en todos los momentos que el paciente requirió, en los distintos reingresos como el de fecha 14 de mayo, 25 de junio, 22 de julio del 2014, entre otras.

1.2. DE LA FIJACIÓN DEL LITIGIO

En fecha 21 de octubre de 2019 el despacho fijó el litigio en los siguientes términos:

> *Determinar si el HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA ESE Y COOMEVA EPS son responsables de todos los daños y perjuicios materiales e inmateriales a ellos ocasionados como consecuencia de la falla en la prestación del servicio médico brindado al señor FABIAN ANDRES LOPEZ CAMILO, que se concretó en un detrimento de su salud y en una pérdida de capacidad laboral a raíz de un procedimiento quirúrgico denominado HERNIORRAFIA INGUINAL Y UMBILICAL realizado el 26 de febrero de 2014 (...)*

Manifestando desde ya que la demanda no tiene sustento suficiente, púes dicha responsabilidad no es atribuible al **HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA** y por ende a mi representada en tanto que la atención brindada fue idónea y además se tienen que tener en cuenta las condiciones de presanidad del paciente, las cuales no son falta o consecuencia del actuar médico de mi prohijada.

1.3. DE LO PROBADO EN EL PROCESO

Como se mencionó, en el presente caso la parte demandante pretende que se declare administrativa, patrimonial y solidariamente responsables al **HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA** y a **COOMEVA EPS** por los perjuicios materiales e inmateriales ocasionados por la presunta **FALLA EN EL SERVICIO** de salud y en la prestación del servicio médico hospitalario prestado por estas instituciones al señor **FABIAN ANDRES LOPEZ CAMILO** derivado de una presunta mala praxis, diagnósticos errados y procedimientos erróneos.

Para abordar el problema jurídico del caso y la responsabilidad de SINDESCA en este, es necesario determinar la existencia de las condiciones para declarar una omisión, impericia o defecto en los procedimientos médicos llevados por mi representada.

En el mismo sentido, en el acervo probatorio practicado a lo largo del proceso, en primer lugar se puede determinar que NO EXISTIÓ una conducta imputable a los médicos tratantes que haya sido imprudente, imperita, negligente o violatoria de los protocolos médicos, principios y normas que rigen la lex artis que originará los presuntos daños y perjuicios reclamados por la parte actora., sin que esta lograra demostrar el nexo de causalidad entre el presunto daño antijurídico y la atención del personal médico.

En primer lugar, está comprobado con la mera historia clínica que reposa en el expediente que, al señor **FABIAN ANDRES LOPEZ CAMILO** le fue prestado el servicio de salud y todos los tratamientos pertinentes, y puestos a su disposición los servicios médicos especializados, la tecnología existente para ese entonces en el hospital, exámenes, ayudas diagnósticas, medicamentos y demás servicios requeridos en el **HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA**.

En este sentido, no hay prueba alguna de que el procedimientos realizados tanto en la primera cirugía de herniorrafia inguinal y umbilical izquierda más omentectomía parcial el 26 de febrero de 2014 como en las subsiguientes, haya sido erróneo, mal ejecutado, negligente o impertinente, no hay una prueba técnica ni pericial en el libelo probatorio que cuestione o contradiga el manejo dado, ni la técnica utilizada, así como tampoco existen indicios ni mucho menos pruebas de que tal procedimiento haya desembocado en una patología más dañosa para el paciente, por ello, y contrario a lo aducido en la demanda, es más que claro que toda la atención recibida por el señor **LOPEZ CAMILO** en el HSLV fue oportuna, adecuada y ajustada a los protocolos médicos y a la lex artis para tratar su patología, y fue atendida por personal médico idóneo, calificado y capacitado, además teniendo en cuenta todo lo consistente en su situación de presanidad como las intervenciones quirúrgicas abdominales, otras patologías y la depresión de la cual ya sufría el señor **LOPEZ CAMILO.**

Se evidencia también en el historial clínico que el paciente acudió al **HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA** por un fuerte dolor abdominal tipo cólico, es aquí donde es diagnosticado con una *"hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena"*, por lo que conforme con la lex artis y los protocolos médicos requiere ser intervenido quirúrgicamente para corregir la hernia y garantizar su salud, buscando una mejoría en su calidad de vida.

Con base en ello se procedió a explicarle al paciente en qué consiste el procedimiento de herniorrafia inguinal al que sería sometido, así como los riesgos y complicaciones que ésta implicaba, circunstancias que él aceptó y dio su consentimiento para proceder, conforme dan cuenta los consentimientos informados que reposan en la tan mencionada historia clínica.

Conforme la descripción operatoria en la historia clínica la HERNIORRAFIA INGUINAL Y UMBILICAL IZQUIERDA MÁS OMENTECTOMÍA PARCIAL fue realizada por el especialista **PASTAS BUSTOS**, dio inicio a las 10+50 horas y finalizó a las 11+45 horas, en la cual se encontraron como hallazgos "1) hernia inguinal izquierda nyhus IIIB, obteniendo aproximadamente el 30% del omento; 2) hernia umbilical recidivante; 3) cicatriz hipertrófica del área umbilical por cirugías previas".

El mentado explica en su testimonio que:

- Es un médico cirujano con experiencia en cirugías de baja, media y alta complejidad, con experiencia desde el año de 1999 y que ha trabajado en el **HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA** desde el año 2006.

- Manifestó que se trataba de un paciente joven que tenía un diagnóstico de cirugías previas por trauma de una herida de cuello, cirugia de abdomen para la exploración por trauma por agresión pues había sido impactado con arma cortopunzante las cuales llevarona a atenciones que no fueron realizadas en el HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA, pero que representan antecedentes importantes para el manejo y diagnóstico del paciente.

- Adicionalmente, era un paciente que tenía tendencia a formar adherencias peritoneales, explicando el médico sus causas, el tratamiento que puede inclusive consistir en la implementación de unas mallas para contener los órganos internos, y también el manejo o procedimiento quirúrgico de las mismas.

- Al momento informó que las adherencias eran un riesgo de las intervenciones quirúrgicas, y que ello se consignaba en el consentimiento informado pues era una situación que se informa a todos los pacientes que se someten a ellas.

- indica que su evolución fue irregular, pues en distintas ocasiones se evidenciaba mejoría y también decaimientos, los cuales llevaron a los profesionales de la medicina a actuar de manera pronta en cada atención.

- Por su estado de salud y sus antecedentes se diagnosticó la existencia del síndrome de adherencias, en donde la obstrucción abdominal por adherencias implica la práctica de laparotomía, indicando siempre los riesgos y los propósitos de cada intervención.

- Las adherencias peritoneales, se encuentran consideradas dentro de los riesgos posibles de las intervenciones quirúrgicas, siendo estas formas de reacción ante cuerpos extraños en el organismos, siendo estas consignadas en la historia clínica.

- Como se evidencia en la historia clínica, el paciente consulta en diversas ocasiones nuevamente, verificando que se hace necesario realizar intervenciones de liberación de adherencias (17, 21, 25 de marzo y 11 de abril de 2014) , y en una de estas se practica la técnica de abdomen abierto, que como lo mencionó el médico cirujano permite una mejor visibilidad de lo que acontece en el cuerpo humano, como una posibilidad cuando hay dificultad en los cierres abdominales y que tiene los riesgos inherentes a cualquier cirugía.

- Sobre la técnica de abdomen abierto, entre otras cosas dijo que es una forma utilizada que busca la reconstrucción y reparación de la pared abdominal, en donde se utilizan mallas para fortalecer la pared abdominal.

- Las atenciones e informaciones fueron dadas tanto al paciente como a su acompañante, indicando los procedimientos, los propósitos, los medicamentos y tratamientos.

- fue un paciente que necesitaba ser intervenido quirúrgicamente con periodicidad, para mejorar su estado de salud y calidad de vida.

- Señaló que ha tenido pacientes incluso más complejos, con indicaciones de infecciones, rechazo a las mallas o reacción a cuerpo extraño.

- Manifestó que los antecedentes, incluso aunque hubiesen ocurrido hace varios años como es el caso del señor **LÓPEZ CAMILO** respecto de las cirugías previas que tenía, tiene trascendencia e influencia en las nuevas intervenciones, lo cual puede determinar el procedimiento y generar un mayor grado de riesgo de creación de adherencias, que entre más años pasan disminuye el riesgo pero no lo desaparece.

- También indica que fue atendido por el área de psicología, pues manifestaba tener señales de depresión, la cual ya padecía de manera precedente.

- Señaló que entre las causas de la hernia inguinal izquierda que padecía el señor LOPEZ CAMILO, o como tal las hernias, se encuentra el aumento de presión intraabdominal, lo cual puede romper o superar la contención abdominal, que puede ser por estreñimiento, prostatismo, o como en el caso del señor **LOPEZ CAMILO,** puede darse por la actividad cotidiana del paciente, pues se dedicaba a hacer esfuerzos físicos diariamente.

- El señor **LOPEZ CAMILO** fue intervenido en distintas ocasiones, explicó que de manera general se debe esperar un tiempo prudencial entre intervenciones sin embargo, pueden presentarse condiciones distintas que la hagan necesarias, como por ejemplo el riesgo de perforación intestinal, el mayor riesgo de muerte, o la obstrucción intestinal no por el fracaso de las cirugías sino por el síntoma de adherencias peritoneales severas.

- Manifestó que la última vez que lo revisó fue en fecha 25 de octubre de 2014, y que pacientes como él siempre van a estar en riesgo latente de una hernia o de adherencia por sus condiciones particulares y previas.

- señaló que siempre se llevó a cabo el procedimiento del consentimiento informado, que tuvo una hernia umbilical, que tuvo un manejo postoperatorio, que en una ocasión consultó después de trece dias, que tenia obstrucción intestinal y hematoma lo cual contribuye a que sea intervenido, que se debe tener en cuenta la evolución biológica de cada paciente y los antecedentes relevantes.

- Por ultimo señalo que en ningún momento se le negó la atención al paciente y que siempre se dio el mejor esfuerzo por los profesionales de la medicina y la cabida de las posibilidades de lo que se podía ofrecer para el momento por el HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA pues es un centro médico de segundo nivel.

- La declaración del doctor **PASTAS BUSTOS**, fue clara, precisa y coherente, lo cual también tiene que ver con su experticia pues en audiencia también indicó que ha realizado más o menos mil procedimientos de este tipo, y que cada mes realiza entre 5 o 6, indicando la tasa de complicaciones que asciende un porcentaje menor al 5%, también indicó la necesidad de la cirugía HERNIORRAFIA INGUINAL.

- Conforme lo dicho por el doctor **PASTAS BUSTOS** la atención de los médicos dentro del **HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA** fueron acordes a los protocolos médicos y la lex artis que regula la profesión y para este tipo de cuadros médicos.

Adicionalmente, en su testimonio el doctor OMAR ALEJANDRO ORTEGA VALENCIA refirió:

> *"el doctor PASTAS también es cirujano, según la historia clínica lo vio por primera vez en consulta externa donde llegó por diagnóstico de una hernia*

inguinal izquierda a nivel umbilical y siguiendo los protocolos de atención de manejo de las hernias lo programó para cirugía de corrección de hernia inguinal con colocación de malla y la corrección de una hernia umbilical", y en el mismo sentido añadió, "*Hay unas normas que son unas guías tanto nacionales como internacionales, el hospital tiene el protocolo para el manejo de hernias, en ese caso el señor llegó con dolor y el manejo es quirúrgico, lo que se le hizo una herniorrafia inguinal más colocación de malla más la corrección de hernia umbilical*" .

El mismo especialista también explicó:

" la técnica que se utiliza en estos procedimientos es la que el cirujano esté acostumbrado, hay varias pero dentro de las más conocidas está la cirugía de litenstein donde se hace la corrección de la hernia con la colocación de una malla, hay otras técnicas en el caso de que el paciente no acepte la colocación de la malla, pero esta se coloca para evitar recidivas, es decir, que no se vuelvan a formar las hernias y ese es el manejo actual a nivel mundial."

Sobre los hallazgos encontrados en esta cirugía el especialista también fue muy claro al indicar:

"El manejo de las hernias es quirúrgico, tal cual como lo describe el Dr. PASTAS, es el que se hace aquí y en cualquier parte del mundo para la corrección de las hernias, es decir, la ligadura del saco y la resección, en este caso encontraron un poco de omento metido en la hernia ,(la hernia es un defecto un hueco en la pared inguinal donde a veces protruye las asas intestinales, en este caso le encontraron la cobertura del intestino que se llama omento), por lo que hicieron una resección (ligaron, secaron y la parte del omento la sacaron con la parte del defecto de la hernia) y en el defecto quedó la malla colocada. Eso es lo que se hace en tratamiento y manejo de hernias inguinales aquí y en cualquier parte del mundo – y en el tratamiento de hernias umbilical también la técnica de malla es internacionalmente aceptada".

Y finalmente indico:

"según la HC en la cirugía no hubo ninguna complicación, el doctor en su descripción quirúrgica indica el alta, no obstante el paciente presentó dolor, por lo que se lo dejó hospitalizado para el manejo del dolor y posteriormente se le dio egreso del hospital, el dolor es natural en un paciente que ha recibido una intervención quirúrgica"."Al momento de darle el alta el paciente estaba hemodinámicamente estable, su presión arterial estaba dentro de lo normal, la frecuencia cardiaca también, la frecuencia respiratoria normal, temperatura bien, lo cual denota de que el paciente ha evolucionado correctamente por lo que no había ninguna contraindicación para no darle salida"

Ahora bien, conforme los registros médicos, el paciente regresó nuevamente el 11 de marzo de 2014 al servicio de urgencias por presentar dolor abdominal por lo que se lo ingresa nuevamente para manejo del dolor y se practican exámenes para descartar una infección urinaria, no obstante no se encuentran razones para hospitalizar y se egresa.

En este punto también se demuestra con lo anotado en la historia clínica que al señor **LOPEZ CAMILO** le fue brindada en todo momento una buena atención médica desde el

primer momento, pues una vez recuperado de la anestesia de la cirugía de la herniorrafia se le dejó en observación y se le dio manejo para el dolor, posteriormente cuando volvió al hospital el 11 de marzo de 2014 por dolor se le realizó nuevamente manejo del dolor y se le envio a casa con analgesicos.

Cabe aclarar que la presencia de dolor en el POP es una consecuencia de la intervención quirúrgica, la cual se encuentra prevista y es informada al paciente al momento de la firma del consentimiento y que su intensidad depende del umbral de dolor que maneje cada paciente. En este caso en particular se hace la anotación de que el paciente presenta un buen POP y que además maneja un BAJO UMBRAL DOLOROSO.

También sobre este punto se pronuncia el especialista **ORTEGA VALENCIA** en los siguientes términos:

> *"se presumía que el dolor era por la cirugía de hernia se le practicaron exámenes también para descartar infección de vías urinarias pero no hay nada importante que pudiera comprometer en ese momento el estado de salud del paciente solo el dolor referido que es una de las principales complicaciones en el postquirúrgico de una hernia inguinal, siempre se advierte al paciente, no obstante el dolor sentido depende de la susceptibilidad de cada paciente a la percepción del dolor (umbral del dolor)"*

Tres días después el señor **FABIAN ANDRES LOPEZ CAMILO** vuelve a presentarse a urgencias al HSLV por persistencia del dolor, por lo que se le practica una ecografía de abdomen que arroja como resultado "colelitiasis sin colecistitis, hidronefrosis derecha sin dilatación pielocalicial, hematoma en fosa iliaca izquierda por delante de malla, con un volumen aproximado de 215 cc, no visualiza hernias" y se le diagnostica una obstrucción intestinal post operatoria."

Sobre el resultado de la ecografía explica al despacho el especialista **ORTEGA VALENCIA** a lo largo de su testimonio:*"cuando llegó al servicio de urgencias lo recibí, estaba en turno". La* colelitiasis sin colecistitis quiere decir que son cálculos en la vesícula pero la vesicula no esta inflamada, y es diferente a lo de la cirugía de la hernia, *"probablemente esos cálculos ya los traía tiempo atrás"* , la hidronefrosis derecha sin dilatación pielocalicial, son cálculos en el riñón derecho *"que también es probable que eso lo haya traido tiempo atrás, eso en ocasiones también es causa de dolor en el abdomen"*, que tampoco tienen que ver con la cirugía de herniorrafia practicada, la otra circunstancia son los quistes corticales que también son congénitos y que no tienen relación con la cirugía, el hematoma en la fosa iliaca izquierda por delante de la malla si podría ser consecuencia de la cirugía, no visualiza hernia eso quiere decir que la cirugía estuvo bien hecha pues no hubo recidiva de la hernia. Y también hizo la aclaración de que *"(...) en el momento no había criterios para reintervenir, no tenía signos de abdomen agudo además se comenta cálculos en la vesícula y en el riñón derecho por lo que se lo deja en observación y se le indicó radiografía de abdomen".*

También se encuentra probado con la historia clínica, los testimonios recibidos y los conceptos que se encuentran en el expediente que la obstrucción intestinal sufrida por el señor **LOPEZ CAMILO** no fue ocasionada ni como consecuencia de la cirugía de herniorrafia que le fue practicada, pues esta se dio con ocasión de las adherencias producidas por su organismo o síndrome adherencial, una condición biológica propia de cada paciente, razon por la que tuvo que ser intervenido quirúrgicamente.

Al respecto el doctor **ORTEGA VALENCIA** trajo a colación en su testimonio un apartado de la literatura médica del doctor galindo, un cirujano argentino, autor de un libro de cirugía digestiva donde el explica sobre el síndrome adherencial:

> *"la experiencia clínica muestra que hay pacientes con tendencia a formar adherencias en mayor proporción que otros ante una misma agresión quirúrgica, se ha sugerido alteraciones genéticas de los fibroblastos entre los que hacen adherencias y los que no",* es decir, *"hay pacientes que son formadores de adherencias, hay unos más que otros, las causas de este comportamiento son desconocidas pero actualmente en las investigaciones hay una influencia genética, por los que unos forman adherencias y otros no, y con cada cirugía aumenta la formación de adherencias".*

En el presente caso, el Dr. PASTAS previo la posibilidad de que hubieran adherencias desde la primera vez que atendió al señor **LOPEZ CAMILO** en consulta externa el 30 de enero de 2014[7].

Analisis y Plan

SS PARACLINICOS: TURNO Y CONSENTIMIENTO PARA HERNIORRAFIA INGUINAL IZQUIERDA Y HERNIA UMBILICAL, POSIBLE SECCION DE ADHERENCIAS PERITONEALES. PUES EL DOLOR ABDOIMAL DIFUSO LAS SUGIERE .

El señor **LOPEZ CAMILO** presentaba antecedentes de haber sido sometido anteriormente a una cirugía de laparotomía por una herida por arma cortopunzante a nivel de abdomen y una herida en cuello, por lo que es posible que desde esa misma cirugía el paciente ya tenía una formación de adherencias, toda vez que en las cirugías por trauma la generación de adherencias es mayor.

En este sentido la misma judicatura preguntó textualmente al **Dr. OMAR ALEJANDRO VALENCIA** "Según lo detallado, se puede establecer que en el momento en que el señor **FABIAN ANDRES LOPEZ CAMILO** se presentó al HSLV él ya presentaba un cuadro médico? a lo que el galeano responde:

> *"si, el ya presentaba un cuadro de síndrome adherencial, las adherencias se forman por la cirugía previa de trauma, es probable que el dolor haya estado relacionado con ello asociado con lo de la hernia".*

Lo dicho anteriormente también puede comprobarse con los hallazgos encontrados en la cirugía de LAPAROTOMÍA para la LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS, DRENAJE DEL HEMATOMA INTRAABDOMINAL Y OMENTECTOMÍA, la cual le fue practicada el 17 de marzo de 2014 con ocasión a que el paciente persistía con dolor y distensión abdominal e incluso la presencia de signos de abdomen agudo quirúrgico, hallazgos que se encuentran consignados en la descripción operatoria que reposa en la historia clínica así:

DESCRIPCIÓN DE LOS "HALLAZGOS OPERATORIOS Y DEL PROCEDIMIENTO"

HALLAZGO
ADHERENCIAS OMENTOPARITALES GRADO III QUE ATRAPAN ASAS DELGADAS,
HEMATOMA EN FOSA ILIACA IZQUIERDA ENVULEVE EL RECTO SIGMOIDES (300 CC)
NO HERNIAS

Al respecto el Dr. **ORTEGA VALENCIA** ilustró:

[7] Vease, página 8/291 - Historia clínica - Consulta externa

> *"la cirugía de liberación de adherencias, es una reintervención que le hicieron por laparotomía, el abordaje fue diferente al de la hernia (el de la hernia fue en la ingle) esta ya es una herida grande en la línea media del abdomen donde le encontraron unas adherencias y un coágulo/hematoma en la fosa iliaca que envuelve al recto y al sigmoides de 300 cm3 aproximadamente, ese sangrado posiblemente SÍ ES PROBABLEMENTE CONSECUENCIA DE LA HERNIORRAFIA PERO LAS ADHERENCIAS NO, es probable que tuviera estas desde antes".*

De la misma manera explicó a la judicatura:

> *"cuando las adherencias son recientes son adherencias laxas, se separan y se liberan fácilmente, y la historia clínica dice que son unas adherencias omento parietales grado III. Hay una clasificación de las adherencias, las grado III ya son unas adherencias firmes que hay que diseccionar con tijera para poder liberar el intestino, eso indica que las adherencias ya se habían formado tiempo atrás".*

No es dable entonces endilgar una responsabilidad por una mala praxis médica, pues como se puede evidenciar con la historia clínica, los testimonios recibidos de los especialistas en el área, la literatura médica presentada, el señor **FABIAN ANDRES LOPEZ CAMILO** padece de un síndrome adherencial, el cual no fue producto de la cirugía de herniorrafia realizada como mal aduce la parte actora, sino que es meramente genético y el cual estuvo previsto desde el principio como una de las posibles causas del dolor abdominal que padecia el paciente en conjunto con las hernias inguinal y umbilical que presentaba.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, es claro que las únicas secuelas producidas por la cirugía de herniorrafia a la que fue sometido el paciente fueron el dolor y el hematoma en fosa iliaca izquierda por delante de malla, los cuales están previstos como riesgos postquirúrgicos, y que son informados al paciente en el momento en que este da su consentimiento para la realización del procedimiento.

Es menester poner de presente que el hematoma fue descubierto en la ecografía abdominal practicada el 17 de marzo de 2014 y que de acuerdo con el concepto del especialista en ese momento la vida del señor LOPEZ CAMILO no se encontraba en riesgo y no había en ese momento motivo para reintervenir quirúrgicamente.

También es importante señalar que en el momento en que el paciente fue llevado por segunda vez al quirófano el hematoma le fue drenado, conforme con la manera prevista por los protocolos médicos y la lex artis.

Por otro lado, debe verse que debido a las particularidades presentadas por el señor **FABIAN ANDRES LOPEZ CAMILO** fue necesario someterlo en múltiples ocasiones a procedimientos quirúrgicos, en su mayoría para la liberación de adherencias , y que en uno de estos fue necesario dejarlo un tiempo con el abdomen abierto, por presentarse un edema de asas intestinales que no permite un cierre adecuado de la pared abdominal. Esto también puede constatarse en la descripción operatoria del 25 de marzo de 2014.

liquido sero hematico y seroso claro en cavidad abdominal
Adherencias fibrosas firmes entre asas de intestino delgado, que provocan obstruccion intestinal parcial en varios segmentos, con abdomen congelado.
Paciente formador de adherencias tempranas tiene pronostico incierto y alto riesgo de obstruccion intestinal, se reacomodaron asas intestinales en sentido anatomico normal del intestino y se reintroducen a cavidad abdominal, hay retraccion de pared abdominal y asas intestinales dilatadas que impide el cierre completo de pared abdominal.
Nueva reintervencion a demanda una vez se haya desedematizado completamente las asas intestinales para ver posbilidad de cierre total de pared abdominal.

conforme los registros médicos, el paciente estaba hospitalizado y por parte de cirugia general se le pasaba revista en la mañana, en la que se revisa al paciente y se toman conductas y decisiones, el servicio de cirugía tiene revista los 365 en las mañanas y si hay necesidad de revisarlo en la tarde también se hace, por lo que a pesar de tener el abdomen abierto, el señor **LOPEZ CAMILO** estuvo todo el tiempo supervisado por los especialistas, los médicos generales y las enfermeras.

Además de esto debe verse que durante su estancia en el HSLV no hubo problemas con sus heridas, estas nunca se infectaron, tal como puede constatarse en las anotaciones a lo largo de la historia clínica.

Al paciente se le hizo un manejo integral completo, en la parte quirúrgica, la parte médica, con manejo psicológico debido a su actitud apática, también fue manejado por nutrición pues pese a todo el manejo dado no tuvo buena tolerancia a la dieta.

Otro punto para tener en cuenta es que el paciente fue valorado por la nutricionista del hospital, la cual ordenó que el señor **FABIAN ANDRES LOPEZ CAMILO** debía recibir nutrición enteral y parenteral, es decir que el paciente debía ser alimentado mediante sonda, nutrición que en ese tiempo no estaba establecida en el HSLV, por lo que se dio la orden de que el paciente debía ser remitido como urgencia vital a una institución de mayor nivel.

En este momento el señor **LOPEZ CAMILO** fue enviado como urgencia vital al HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN, no obstante no fue admitido por no tener contratación con la EPS COOMEVA, por lo que fue devuelto a las instalaciones del HSLV donde se le ingresó nuevamente y se continuó con el tratamiento que requería. Es de anotar que se insistió en múltiples ocasiones la necesidad de que el paciente fuera atendido en un tercer nivel, sin embargo no fue posible su remisión.

Debe resaltarse que a pesar de estar en un hospital de segundo nivel, ante la desnutricióN subsecuente del ayuno prolongado en el que estaba el señor **LOPEZ CAMILO** por su resistencia a la dieta, los médicos del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA, hicieron todo a su alcance para brindarle al paciente la nutrición que requería, en palabras del doctor **ORTEGA VALENCIA** *" se hizo todo lo posible y se le suministro un tipo de nutrición enteral que no era la ideal pero se le dio, lo ideal era que se hubiera ido a un tercer nivel donde se le garantizaran otro tipo de nutrientes para mejorar el estado nutricional"* para ello *"la nutricionista del hospital le adecuo una fórmula y se le dio por sonda nasogástrica y después por vía oral"*, lo que permitió poco a poco su mejoría.

Con lo anterior, claro es que la entidad no incurrió en falla en el servicio ni en la atención que se le brindó al paciente a partir del hallazgo ni en la decisión de someterlo a múltiples procedimientos médico quirúrgicos, con el ánimo de atender la patología y preservar su salud, recordando que si bien la profesión médica supone una obligación de medio, que

comporta deberes de cuidado y observación de las reglas de la ciencia médica en cada uno de los procedimientos, en el caso concreto, tenemos que en la atención dada al paciente no se presentó falla en el servicio, toda vez que la atención brindada por el personal médico fue prudente, diligente, llevada a cabo con pericia y atendiendo a los protocolos correspondiente.

1.4. APRECIACIONES SOBRE OTRAS DECLARACIONES

Es importante indicar lo pertinente en relación con las declaraciones de **MÓNICA PATRICIA MONCADA, DIANA PATRICIA MONCADA**, **RODRIGO DE JESUS CUERVO GIRALDO** pues de ello se deduce su total desconocimiento sobre la situación de salud y sobre el tratamiento y procedimientos realizados al señor **LOPEZ CAMILO** en el **HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA.**

Respecto del doctor **OMAR ALEJANDRO ORTEGA VALENCIA** en su declaración indicó que la atención brindada al paciente fue de parte de un amplio equipo médico, pues no solo fue un médico que lo atendió sino varios de distintas áreas y especialidades, siendo atendido entonces por un equipo interdisciplinario, también indico:

- También señaló que el veía con una hernia inguinal izquierda y una hernia umbilical, y siguiendo con la lex artis se le programó una cirugía para la colocación de la malla y la corrección de la hernia, siendo esta exitosa y brindando un adecuado cuidado postoperatorio.

- Señaló que en los consentimientos informados, le debieron manifestar el riesgo de dolor pues es una consecuencia de la intervención quirúrgica.

- indicó que el paciente manifestaba tener dolor, y en su atención se le documentó unos exámenes y atenciones para el caso, es intervenido con una laparotomía para su manejo.

- Habló también del antecedente de laparotomía, de la intervención abdominal a causa de la herida por arma cortopunzante y que desde esa cirugía el presentaba adherencias, como una secuela normal de las cirugías y de las condiciones biológicas de cada paciente, pues en algunos se desarrollan más que en otros y que entre más cirugías se hayan practicado más aumenta la posibilidad de desarrollarlas.

- indicó que respecto de la operación con abdomen abierto, el hospital tenía la posibilidad de manejar pacientes con este tipo de cirugías y procedimientos.

- El señor **LOPEZ CAMILO** tenía síndrome adherencial.

- indicó que la técnica utilizada referente a la colocación de la malla era acorde y adecuada, además de pertinente para el cuadro médico pues lo que se busca es evitar la formación de recidivas y es el manejo que se le da a nivel global.

- además dijo que la primera intervención quirúrgica se relacionaba con el manejo de las hernias y que esta es ambulatoria explicando la dada de alta al paciente, sin embargo ya que el paciente presentó dolor se dejó en el hospital en observación.

- También se refirió a las remisiones del personal a un centro médico de nivel III, que aunque no se concretaron por la falta de contratación se siguió dando una atención

adecuada al paciente y con los insumos con los que se contaba dentro del **HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA.**

- resaltó que el paciente no volvió a consultar por hernia inguinal o hernia umbilical, y esto se debe al adecuado tratamiento del mismo.

- En consecuencia, señala que la atención fue integral y adecuada dentro de la lex artis, protocolos médicos, guías del ministerio de salud, con prácticas realizadas a nivel mundial.

En el mismo sentido declaró el médico **ORTEGA VALENCIA.**

1.5. SUSTENTO JURISPRUDENCIAL

Frente a la responsabilidad del Estado cuando hay un daño, se ha establecido que el mismo le es imitable cuando el sujeto que lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar el perjuicio; sobre los daños causados por agentes al servicio del Estado, el Consejo de Estado en sentencia de la Sala De lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C del 8 de mayo de 2013, radicado 25000- 23-26-000-2000-01293-01(27522), ha establecido:

> *(...) Atribuir el daño causado por un agente al servicio del Estado significa que éste se hace responsable de su reparación, pero esta atribución sólo es posible cuando el daño ha tenido vínculo con el servicio. Es decir, que las actuaciones de los funcionarios sólo comprometen el patrimonio de las entidades públicas cuando las mismas tienen algún nexo o vínculo con el servicio público.*

De igual forma, el Consejo de Estado en sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C, Consejero Ponente: Guillermo Sánchez Luque, radicado 05001-23-31-000-2002-02798-01(50954) del 7 de diciembre de 2021, indica que el título de imputación de la responsabilidad del Estado en la prestación del servicio médico, radica en la falla probada; al respecto:

> *[L]a jurisprudencia retomó la regla probatoria del artículo 177 CPC, según el cual incumbe a las partes demostrar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que persiguen. El demandante debe, pues, demostrar el daño, la falla por una omisión o una acción negligente o irregular de la entidad estatal y el nexo de causalidad, es decir, que la falla médica fue la causa eficiente del daño sufrido. A pesar de que la carga probatoria es del demandante, la entidad estatal puede exonerar su responsabilidad si acredita la diligencia y cuidado, o que el daño sobrevino como consecuencia de una causa externa, como la culpa de la víctima o el hecho de un tercero, o que fue el desenlace natural de la patología del paciente. (...)*
>
> *(...)*
>
> *El juicio de responsabilidad supone el estudio del nexo causal entre la conducta del demandado y el efecto adverso que de ella se deriva para el demandante, de ahí que la acción o la omisión de las autoridades debe ser la causa del daño que se reclama en la demanda para imputar responsabilidad al Estado. Este presupuesto de la responsabilidad debe estar debidamente acreditado en el proceso, porque el ordenamiento jurídico no ha establecido presunciones legales*

> *frente al nexo de causalidad. Si no se prueba la causa que desencadenó el hecho dañoso, no es posible atribuir responsabilidad al demandado. Por ello, para que la pretensión de responsabilidad prospere es necesario que el demandante acredite que la conducta que se le imputa al demandado fue la causa directa y adecuada del daño. O lo que es igual, debe demostrar la relación de causalidad entre el hecho ilícito y el perjuicio alegado.*

Asimismo, el Consejo de Estado, frente a la falla del servicio médico, en la anterior sentencia citada, indica:

> *La importancia del diagnóstico radica en que a partir del mismo se plantea el tratamiento a seguir, de manera que una equivocación cometida en esta etapa, la mayoría de las veces tiene como consecuencia también un error en el tratamiento, por lo tanto, se incurre en falla del servicio cuando la entidad no agota los recursos científicos y técnicos a su alcance para establecer un diagnóstico definitivo, comoquiera que en algunos casos el diagnóstico no puede arrojar resultados exactos, se hace necesario practicar estudios y exámenes complementarios, (...)*
>
> *(...) las actuaciones de los funcionarios sólo comprometen el patrimonio de las entidades públicas cuando las mismas tienen algún nexo o vínculo con el servicio público.*

De igual forma, en sentencia del Consejo de Estado se establece que la mayor relevancia del servicio médico es el diagnóstico, aspecto sobre el cual señala:

> *Uno de los momentos de mayor relevancia en la prestación del servicio médico es el diagnóstico, pues sus resultados permiten elaborar toda la actividad que corresponde al tratamiento médico. El error de diagnóstico, que conlleva a un error en el tratamiento, ocurre (i) por indebida interpretación de los síntomas del paciente; (ii) por la omisión de practicar los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto; (iii) cuando no se agotan los recursos científicos y técnicos al alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente; y (iv) por no hacer el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, bien para modificar el diagnóstico o el tratamiento.*

Conforme a lo anterior, se puede evidenciar que para que, a los agentes del Estado, que en este caso son los galenos que prestan el servicio médico al señor **FABIAN ANDRES LOPEZ CAMILO** en las accionadas, se les endilga responsabilidad por falla en el servicio, la parte demandante debe demostrar que el daño que alega fue efectivamente causado por la acción u omisión de quienes prestaron el servicio, siendo en ese sentido, el daño antijurídico atribuible a los mismos, carga que no fue cumplida ya que con lo recolectado en el proceso se demostró que las actuaciones del personal médico fueron acordes a la lex artis.

2. CONCLUSIONES

De lo dicho en la demanda, las contestaciones y el acervo probatorio practicado se debe resolver abstenerse de declarar algún tipo de responsabilidad al **HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA** y en consecuencia de la **ASOCIACION DE MEDICOS ESPECIALISTAS DEL CAUCA - SINDESCA** lo anterior en cuanto que no se logró demostrar que existiese algun actuar negligente, omisivo o reprochable por parte del

personal médico, pues todas las atenciones fueron oportunas y acordes a lo que el señor **LOPEZ CAMILO** necesitaba al momento de las consultas, además, no se puede atribuir consecuencias cuando los procedimientos y tratamientos han sido acordes y que algunos pueden ser causas de las condiciones de presanidad, pues las anteriores intervenciones del paciente no fueron realizadas en el centro médico sin embargo pueden influir en la evolución de las personas.

Así las cosas, en calidad de demandada y de llamada en garantía se insiste en que se realizaron todos los procedimientos médicos especializados de acuerdo a los distintos cuadros médicos del señor FABIAN ANDRES LOPEZ CAMILO, siendo que la actuación del personal médico fue adecuada y conforme, garantizando una atención continua, permanente e integral.

También, nunca se le negaron los servicios, siempre fue atendido con todo el profesionalismo del grupo de cirujanos como del personal de enfermería, tanto que el paciente que debía haberse manejado en tercer nivel fue manejado en el HSLV hasta que fue egresado por mejoría de su condición de salud, se lo atendió con todas las normas y protocolos disponibles para la época y que todavía están vigentes en la actualidad

en consecuencia, al no existir elementos que demuestren una supuesta negligencia médica por no configurarse los elementos de responsabilidad por falla en el servicio debe entonces absolverse de cualquier sanción al HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA y a SINDESCA, y de esta manera se señala que no habría lugar a una reclamación de perjuicios que no logran ser demostrados.

3. SOLICITUD

En consecuencia, solicito de manera muy respetuosa a su Despacho, **NO** acceder a las pretensiones de la demanda, en tanto no se evidencia una conducta negligente u omisiva por parte de la **ASOCIACIÓN SINDICAL - SINDICATO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS - SINDESCA**, pues es claro que su actuar fue acorde con la lex artis y los elementos a su alcance, en esa medida se prestó un adecuado servicio médico al paciente **FABIAN ANDRES LOPEZ CAMILO,** dándole un óptimo tratamiento y procedimiento a sus padecimientos, por lo tanto, no se encuentran configurados los elementos con los cuales se pueda endilgar la responsabilidad administrativa que haga viable la imposición de una obligación indemnizatoria a cargo de mi representada.

Cordialmente

MAICOL ANDRES RODRIGUEZ BOLAÑOZ
C.C. No. 1.083.889.104 expedida en Pitalito.
T.P. No. 245.711 del C.S. de la J.