

**DESARROLLO DE LA JURISPRUDENCIA DEL CONSEJO DE ESTADO
COLOMBIANO DESDE 2000 HASTA 2015 SOBRE LA FALLA EN EL SERVICIO
MÉDICO PROFESIONAL EN EL MARCO DE LA CULPA.**

Tatiana Lucia Restrepo Londoño

Camilo Valencia Velásquez

Clara Elena Pastrana Sena

Corporación Universitaria Remington

Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas

Programa de Derecho

2025

Tabla de contenido

	Pág.
Resumen.....	3
Introducción	4
Marco teórico	5
Planteamiento del problema.....	12
Justificación	14
Objetivos	16
Objetivo General.....	16
Objetivos Específicos.....	16
Metodología	17
Resultados y discusión.....	18
Capítulo I	20
Conceptos jurisprudenciales utilizados por el Consejo de Estado en la determinación de la responsabilidad del Estado colombiano por la falla medica desde el año de 2000-2015.	20
Capitulo II.....	29
Aspectos que se presentan en la responsabilidad por falla médica, como la falta de recursos y deficiencias en el sistema de salud	29
Capitulo III.....	35
Deficiencias en la interpretación y aplicación de la jurisprudencia relacionada con la responsabilidad médica del Estado por falla médica, en el marco de la culpa, durante el periodo comprendido entre el año 2000- 2015.	35
Conclusiones	41
Referencias bibliográficas.....	43

Resumen

El presente trabajo, examina la evolución jurisprudencial del Consejo de Estado (En adelante C.E) colombiano entre los años 2000 y 2015 en torno a la falla en el servicio médico profesional desde la óptica de la culpa ya que durante este periodo la Sección Tercera consolidó criterios sobre la responsabilidad extracontractual del Estado por actos u omisiones del personal médico vinculado a entidades públicas de salud de modo que se evidenció un tránsito desde una visión objetiva hacia un enfoque basado en la evaluación de la conducta del agente estatal en relación con la observancia de sus deberes profesionales y protocolos médicos por lo tanto, el Consejo de Estado, fijó estándares probatorios rigurosos para establecer la existencia de una falla diferenciando los riesgos propios del acto médico de aquellos atribuibles a negligencias evitables y en consecuencia se reconoció la responsabilidad estatal cuando se demostrara una actuación imperita negligente o imprudente asimismo se definió la importancia de la teoría de la carga dinámica de la prueba como instrumento para equilibrar las posiciones procesales entre las partes y finalmente este desarrollo jurisprudencial reforzó la protección del derecho a la salud y a la dignidad humana en el marco de una administración pública que debe actuar con eficiencia responsabilidad y calidad en la prestación de los servicios médicos.

Palabras claves: Consejo de estado, falla en el servicio, responsabilidad, prestación del servicio, culpa.

Introducción

El derecho a la salud constituye uno de los pilares fundamentales en cualquier sociedad moderna y en Colombia adquiere un carácter de especial relevancia dentro del marco del Estado Social de Derecho al ser considerado un derecho fundamental que debe ser garantizado por el Estado por medio de una adecuada prestación de los servicios de salud y su accesibilidad para todos los ciudadanos en condiciones de equidad y calidad.

En ese sentido, la responsabilidad del Estado (En adelante R.E) frente a la falla en el servicio médico profesional es un tema que ha generado amplio debate en la jurisprudencia del C.E desde el año 2000 hasta el 2015, especialmente en cuanto a la forma en que se debe establecer la culpa en la prestación del servicio médico y cómo se debe determinar la responsabilidad estatal por los daños causados a los pacientes (Mahecha & Pedraza, 2020).

Este periodo de tiempo ha sido testigo de un desarrollo gradual de la jurisprudencia que ha transformado los criterios utilizados para abordar la responsabilidad estatal por las fallas en el servicio médico, de manera que el C.E ha adaptado sus pronunciamientos conforme a los retos que presenta el sistema de salud colombiano y a la necesidad de garantizar la protección de los derechos fundamentales de los ciudadanos al acceso a servicios médicos de calidad.

Dentro de este contexto, el C.E ha venido redefiniendo su postura frente a la R.E en términos de la culpa, estableciendo que la misma no debe depender exclusivamente de la negligencia o la impericia del prestador del servicio, sino también de factores estructurales y sistémicos que puedan generar fallas en la prestación del servicio.

Este enfoque ha permitido una mayor equidad en la protección de los derechos de los pacientes, ya que reconoce que el Estado tiene una responsabilidad integral no solo por la acción

de los profesionales médicos, sino también por la gestión del sistema de salud y las condiciones que éste ofrece a la población en general.

Así, el análisis de la jurisprudencia del Consejo de Estado entre 2000 y 2015 resulta esencial para comprender cómo ha evolucionado la interpretación de la falla en el servicio médico y cómo esta evolución ha incidido en la forma en que se R.E por las deficiencias en la atención médica y la calidad del servicio prestado a los ciudadanos.

Marco teórico

Según Noriega (2009), la evolución de las decisiones judiciales respecto a la R.E en Colombia por fallos en la atención médica se sitúa dentro de un entramado jurídico multifacético que articula principios del derecho público la normatividad sanitaria y los criterios que regulan la actuación estatal en el ámbito de la salud.

Según Athié (2020), la R.E por equivocaciones en el ámbito médico se sustenta en la noción de que toda entidad pública debe reparar los perjuicios ocasionados de manera ilegítima por su conducta activa o pasiva en este contexto dicha responsabilidad se enmarca dentro de un modelo de falla en la función pública donde la deficiencia en la atención sanitaria evidencia la actuación negligente de la administración.

La Ley 1438 de 2011 reconoce que el profesional de la salud tiene la facultad de expresar su criterio técnico de manera autónoma guiado por los fundamentos éticos y normativos propios de su disciplina, por otro lado, la Ley 23 de 1981 concibe la labor médica como un compromiso orientado al esfuerzo y no a la obtención de un desenlace determinado limitando así su responsabilidad a la competencia y cuidado desplegados durante la atención sin exigir la consecución de un efecto concreto (Guzman et al., 1996).

Las decisiones emitidas por el C.E han sido fundamentales en la construcción de las directrices que orientan esta forma de responsabilidad al definir lineamientos sobre el incumplimiento en la atención médica la presencia de un perjuicio que no debe ser soportado por el afectado y el nexo entre ese perjuicio y el funcionamiento inadecuado del servicio prestado.

De esta manera la línea jurisprudencial ha transitado de centrar la atención en la conducta del profesional hacia una visión integral que contempla la obligación del Estado frente a las deficiencias estructurales y operativas del sistema de atención sanitaria. Las sentencias del C.E han definido cómo debe probarse la falla del servicio, qué elementos se deben considerar para determinar el daño antijurídico y cómo debe evaluarse la relación de causalidad en los casos de errores médicos.

Según Uribe (2004) la teoría de la responsabilidad subjetiva, que se basa en la culpa del PS, se combina con la teoría de la responsabilidad objetiva en algunos casos, lo que refleja una tendencia hacia una mayor protección de los derechos de los pacientes. La evolución de la jurisprudencia refleja un intento por adaptar la normativa a las realidades del sistema de salud y asegurar una compensación justa para las víctimas de errores médicos.

La responsabilidad subjetiva, también conocida como culpa probada establece que es el paciente quien debe demostrar que el profesional de la salud actuó con negligencia o descuido en la prestación del servicio médico debido a que la responsabilidad médica en este contexto tiene un carácter contractual lo que implica que existe una relación jurídica previa entre el paciente y el médico basada en un contrato de servicios profesionales.

Dentro de este contrato no se garantiza la curación del paciente sino la aplicación de cuidados diligentes y atentos de acuerdo con los conocimientos médicos aceptados y vigentes. Este criterio fue establecido en el histórico fallo Mercier emitido en Francia en el año 1936, donde se reconoce que el médico no se obliga a obtener un resultado específico como la recuperación total del paciente sino a prestar su conocimiento y habilidades conforme a la ciencia médica en forma prudente cuidadosa y con la debida atención (Lopez y Jaramillo, 2007).

Por su parte, la Corte Suprema de Justicia de Colombia, reafirmó esta posición a través del magistrado ponente Liborio Escallón, indicando que el contrato médico obliga al profesional de la salud a proporcionar atenciones esmeradas cuidadosas y científicamente fundamentadas y no necesariamente a garantizar una cura definitiva del paciente.

Por tanto, en los casos en que el resultado no es el esperado el paciente deberá demostrar que hubo falta de diligencia impericia imprudencia o negligencia por parte del profesional lo que configura la culpa probada como base para una reclamación legal.

La responsabilidad objetiva se configura en situaciones donde no es necesario demostrar la culpa del causante del daño ya que, la obligación de indemnizar surge de la sola existencia del daño y de ciertas condiciones establecidas por la ley que hacen innecesaria la demostración de un comportamiento culposo.

Esta modalidad se aplica especialmente en eventos como los accidentes de trabajo y las infecciones nosocomiales también conocidas como infecciones intra hospitalarias en estos casos se presume la responsabilidad de quien tiene el control del objeto o la situación que causó el daño.

Para que se configure la responsabilidad objetiva deben cumplirse tres requisitos fundamentales, primero, que el objeto o cosa que causó el daño esté bajo el control exclusivo del demandado o de una persona por la cual deba responder, segundo, que el hecho que generó el daño sea desconocido es decir que no se pueda determinar con certeza cómo ocurrió y tercero, que las circunstancias en las que se produjo el daño sean tales que normalmente no podrían haber ocurrido sin una falta atribuible al demandado.

Todos estos conceptos apuntan a establecer una presunción de culpa en casos donde el control del riesgo corresponde a una de las partes y el daño se produce en condiciones que difícilmente podrían explicarse de otro modo que no sea por una omisión o negligencia de esa parte lo que permite proteger a la víctima facilitando su derecho a ser reparada.

La responsabilidad médica se considera uno de los aspectos más complejos dentro de la responsabilidad civil, debido a que involucra no solo intereses patrimoniales sino también derechos fundamentales del paciente por ello, la atención se ha centrado principalmente en la culpa médica y el consentimiento informado, este último también llamado voluntad jurídica del paciente o consentimiento aclarado, resalta la importancia de reconocer al paciente como sujeto de derechos y no como objeto pasivo en la atención en salud el paciente, es una persona con su propia historia contexto y valores y sus decisiones aunque parezcan poco racionales pueden ser el resultado legítimo de su autonomía sin embargo esta autonomía no autoriza a imponer al profesional de la salud acciones que contravengan su ética o conocimiento científico.

Según León et al. (2009), el consentimiento no se limita a una simple aprobación verbal del paciente sino que requiere una información suficiente para que pueda ejercer su derecho a decidir lo que se debe informar genera debate ya que la Ley 23 de 1981, en su artículo 11 ordena evitar causar preocupación innecesaria al paciente mientras que en sus artículos 15 y 16 obliga a advertir los riesgos previstos, por tanto, el médico debe encontrar un equilibrio entre no alarmar y cumplir con su deber de informar de forma clara honesta prudente y comprensible.

El derecho a recibir esta información, es del paciente exclusivamente salvo que esté en condiciones que le impidan comprender o decidir como ocurre con la inconsciencia en tales casos se recurre a representantes, sin embargo, no todos los familiares están legitimados para tomar decisiones y divulgar indiscriminadamente la información de salud vulnera derechos fundamentales y puede violar el secreto profesional, el consentimiento informado implica tres momentos esenciales, el consentimiento inicial que es la autorización al iniciar la atención, el asentimiento para aceptar procedimientos específicos posteriores y el disentimiento cuando el paciente rechaza algún tratamiento.

El consentimiento debe dejar constancia en la historia clínica especialmente en situaciones de urgencia en las que el médico deberá actuar sin consentimiento solo si el paciente está incapacitado y no hay familiares presentes en estos casos el médico asume los riesgos del procedimiento aún sin culpa en el daño si el consentimiento no fue obtenido; el consentimiento es válido si el paciente es legalmente capaz entendiendo que son absolutamente incapaces los infantes menores de siete años los sordomudos y los dementes y relativamente incapaces los menores adultos sin habilitación legal (Carrasco, 2016).

Para que un paciente otorgue consentimiento válido debe poseer autonomía entendida como la capacidad cognitiva y volitiva adecuada un estado psicológico emocional y espiritual estable y encontrarse en condiciones que permitan esperar una recuperación para recibir la información adecuada no puede darse consentimiento válido en casos como intervenciones quirúrgicas estéticas puramente voluntarias en menores o incapaces de hecho es decir aquellos que aun siendo legalmente capaces se encuentran temporalmente imposibilitados como los inconscientes

En caso de pacientes religiosos que rechacen tratamientos como transfusiones de sangre debe respetarse su decisión si ha sido previamente expresada por escrito, luego de recibir información clara sobre los riesgos en todo momento debe garantizarse que la información proporcionada sea veraz prudente inteligible oportuna y adecuada a las condiciones del paciente informarle a una persona no autorizada puede constituir violación al secreto profesional y el incumplimiento de la obligación de informar puede originar responsabilidad médica incluso si no hubo culpa directa en el resultado.

La historia clínica es el documento central en la relación médico paciente ya que en ella se registran todos los actos sanitarios desde la primera consulta hasta el final del proceso asistencial su elaboración tiene como fin principal facilitar la atención médica permitiendo al personal de salud conocer el estado general del paciente y tomar decisiones informadas a lo largo del tiempo (Guzman y Arias, 2012).

Sin embargo, su utilidad no se limita al ámbito asistencial también tiene funciones docentes al permitir el estudio de enfermedades y procesos médicos para la formación académica y científica, es un instrumento de evaluación de calidad asistencial ya que refleja fielmente la actuación del profesional de la salud también cumple una función administrativa al servir como herramienta de control gestión y planificación institucional

Desde el punto de vista legal, la historia clínica es un documento médico legal esencial ya que constituye prueba principal en casos de responsabilidad médica sirve como registro de lo informado y realizado por el profesional y permite verificar si se cumplieron las obligaciones de informar y de actuar con diligencia su ausencia o elaboración deficiente puede tener graves consecuencias jurídicas como mal praxis defectos en la gestión clínica y pérdida de elementos probatorios en procesos judiciales (Castro et al., 2018).

La historia clínica debe cumplir con características específicas; debe ser confidencial, asegurando la privacidad de los datos médicos del paciente especialmente en el contexto actual donde el acceso digital puede facilitar violaciones a la intimidad debe contar con seguridad al identificar correctamente al paciente y a los profesionales intervinientes debe estar disponible en los términos legales, permitiendo el acceso cuando corresponde sin vulnerar derechos; debe

ser única por paciente, lo que facilita una atención continua integral y económica, además, debe ser legible ya que una historia mal escrita puede generar errores en la atención.

La historia clínica debe cumplir con requisitos fundamentales como la veracidad de la información registrada, cualquier dato falso o alterado puede perjudicar gravemente al paciente y comprometer la responsabilidad profesional en los procesos legales es el documento clave para que peritos médicos valoren las actuaciones del profesional sanitario en cuanto a diagnóstico tratamiento y comunicación de riesgos al paciente su adecuada elaboración y conservación es una obligación ética y legal cuyo incumplimiento puede derivar en sanciones y responsabilidades para los profesionales de la salud y las instituciones que los respaldan.

Planteamiento del problema

El desarrollo de la jurisprudencia del C.E sobre la responsabilidad del Estado colombiano por errores médicos presenta varias dificultades. Aunque la prestación de servicios de salud es una función esencial del Estado, las fallas en este ámbito pueden tener graves consecuencias para los ciudadanos.

En el contexto colombiano la atribución de responsabilidad en casos médicos exige demostrar tanto la culpa del profesional de la salud como el nexo entre su conducta y el perjuicio ocasionado no obstante esta tarea se dificulta debido a que los estándares médicos pueden interpretarse de manera diversa y porque la jurisprudencia del C.E no ha mantenido un desarrollo completamente uniforme además las deficiencias administrativas que afectan al sistema de salud generan dificultades adicionales al momento de distinguir entre fallos personales y errores derivados de la estructura institucional (Prieto & Martínez, 2015).

A medida que la tecnología y los métodos médicos avanzan, surgen nuevas modalidades de tratamiento que, aunque prometedoras, también introducen riesgos adicionales. La legislación y la jurisprudencia deben adaptarse rápidamente para abordar estas nuevas circunstancias y asegurar que los estándares de atención médica se mantengan actualizados. La falta de claridad y consistencia en las decisiones judiciales puede resultar en una incertidumbre jurídica que perjudica tanto a los pacientes como a los PS. Asimismo, la percepción pública de la justicia y la eficacia del sistema judicial puede verse afectada negativamente, lo que a su vez podría disminuir la confianza en las instituciones de salud y en el propio sistema legal.

Pregunta problema, ¿Cuáles han sido los desafíos que se han venido superando con el desarrollo de la jurisprudencia del Consejo de estado en Colombia por errores médicos frente a la falla en el servicio médico profesional, en los años 2000-2015 en el marco de la culpa?

Justificación

La investigación acerca de la evolución de la jurisprudencia en materia de RE colombiano por la falla medica es esencial al analizar como estos temas se han abordado y como se deben seguir abordando debido a que tienen implicaciones en la sociedad, el error médico, es en su mayoría demuestran deficiencias sistemáticas que perjudica a un amplio sector de la población en especial aquellos que por su condición dependen de los servicios de la salud (Cortés et al., 2016).

Investigar el desarrollo jurisprudencial del Consejo de Estado desde 2000 hasta 2015 permite analizar la coherencia y efectividad de las decisiones judiciales en la protección de los derechos de los pacientes y la correcta aplicación de las normas legales.

Socialmente, las personas dan su confianza al sistema de salud para que les salvaguarde su bienestar y el de sus seres querido, por lo tanto, cuando se genera una falla médica, no solo afecta a la persona como tal si no a todo el núcleo familiar, lo que los pone en controversia con el sistema de salud en Colombia, debido a que estamos en un Estado Social del Derecho y el Estado es el garante de que proteger los derechos.

Es de relevancia que la jurisprudencia sea coherente con la normatividad legal vigente así mismo en su aplicación, asegurando que los fallos se den a través de decisiones justas para que los afectados puedan ejercer sus derechos, debido a que, si un pronunciamiento judicial es poco claro o ambiguo genera incertidumbre para los pacientes.

Al comprender los motivos por los cuales estas problemáticas en la jurisprudencia se han dado, se logra un análisis integral con el finde proponer vías para la mejora, así mismo, la revisión crítica de la jurisprudencia del CE en relación con la culpa en el servicio médico es un paso crucial hacia la construcción de un sistema de salud más robusto, donde los errores médicos sean adecuadamente reconocidos y sancionados, y donde las víctimas reciban el apoyo y la compensación que merecen.

Objetivos

Objetivo General

Analizar los desafíos que se han venido superando en el desarrollo de la jurisprudencia del Consejo de estado en Colombia por errores médicos frente a la falla en el servicio médico profesional, en los años 2000-2015 en el marco de la culpa.

Objetivos Específicos

Indagar la emisión de conceptos jurisprudenciales utilizados por el CE en la determinación de la RE colombiano por la falla medica desde el año de 2000-2015.

Identificar los principales aspectos que se presentan en la responsabilidad por falla médica, como la falta de recursos y deficiencias en el sistema de salud.

Establecer las deficiencias en la interpretación y aplicación de la jurisprudencia relacionada con la responsabilidad médica del Estado por falla médica, en el marco de la culpa, durante el periodo comprendido entre el año 2000- 2015.

Metodología

Esta investigación se enmarca dentro del ámbito jurídico y adopta una metodología con un enfoque cualitativo, dado que busca comprender e interpretar los contextos asociados con la R.E error médico. Este enfoque permite analizar la evolución de la jurisprudencia y los elementos teóricos y prácticos que han influido en esta temática, brindando una perspectiva integral que facilite la identificación de patrones, tendencias y desafíos en la interpretación del derecho.

El estudio se sustenta en la recopilación de fuentes de información secundaria, obtenidas principalmente a través de sentencias judiciales relevantes, análisis del Consejo de Estado, textos doctrinales, libros, artículos académicos, y estudios previos sobre el tema. Estas fuentes

permiten explorar el desarrollo normativo y jurisprudencial, así como las posturas doctrinales que han moldeado el tratamiento de la responsabilidad médica del Estado en Colombia.

Para el análisis, se emplea el método hermenéutico, este método permite desentrañar el significado subyacente de los textos, comprender los contextos históricos y sociales que enmarcan las decisiones judiciales, y analizar cómo estos han impactado la práctica jurídica y la garantía de derechos.

Resultados y discusión

A medida que pasaron los años el enfoque inicialmente centrado en la responsabilidad subjetiva del prestador del servicio fue dando paso a una interpretación más amplia y objetiva que abarca no solo la actuación del médico sino también las fallas estructurales en el sistema de salud. En este sentido el C.E comenzó a reconocer la R.E por deficiencias en la organización gestión y prestación de los servicios de salud independientemente de si se podía probar la culpa directa del profesional médico involucrado.

La jurisprudencia también evidenció una creciente preocupación por la calidad de la infraestructura del sistema de salud y la disponibilidad de los recursos necesarios para ofrecer una atención adecuada. Esto llevó a la Corte a identificar que la R.E no podía limitarse únicamente al comportamiento del médico, sino que también debía extenderse a la falta de

recursos materiales y humanos en las instituciones de salud. Además, la falta de acceso oportuno a tratamientos adecuados y la deficiencia en la administración de los servicios fueron aspectos clave dentro de los fallos emitidos.

En términos de la evolución de la teoría de la falla en el servicio el C.E adoptó una postura más centrada en la responsabilidad objetiva del Estado lo que implicó que los ciudadanos no necesitaran probar la culpa específica de los médicos o prestadores del servicio. En su lugar el Estado asumió la responsabilidad de garantizar la correcta prestación del servicio médico y la protección de los derechos fundamentales de los pacientes. Esta transformación permitió que las víctimas de fallas en la atención médica pudieran obtener reparaciones sin la necesidad de demostrar el grado de negligencia de los profesionales involucrados.

Asimismo, se observó una ampliación en el concepto de falla en el servicio el cual comenzó a incluir no solo las omisiones o deficiencias inmediatas de los médicos sino también las que tenían que ver con la planificación y organización del sistema de salud. El análisis de la jurisprudencia muestra que el C.E empezó a considerar más allá del acto médico individual para involucrar al Estado como responsable por el mantenimiento y supervisión del sistema de salud en su conjunto.

Finalmente, uno de los resultados más relevantes de este periodo es la consolidación de la idea de que el derecho a la salud es un derecho fundamental que el Estado debe garantizar de manera efectiva. Esto se traduce en la necesidad de que el sistema de salud esté dotado de mecanismos adecuados que aseguren la calidad de la atención médica y la responsabilidad por la atención de los ciudadanos

Capítulo I

Conceptos jurisprudenciales utilizados por el Consejo de Estado en la determinación de la responsabilidad del Estado colombiano por la falla medica desde el año de 2000-2015.

Desde el año 2000 hasta el 2015 el C.E colombiano consolidó una línea jurisprudencial en torno a la R.E por fallas en la prestación del servicio médico al interior de entidades públicas del sector salud, este período fue crucial para el desarrollo de una interpretación más amplia y protectora de los derechos fundamentales de los usuarios del sistema de salud especialmente en lo que respecta a los principios de dignidad humana acceso efectivo a los servicios médicos y garantía del derecho a la vida.

La Sala de lo Contencioso Administrativo y en particular la Sección Tercera fueron escenarios centrales en la construcción de criterios para determinar cuándo una actuación u omisión del personal médico adscrito a entidades estatales daba lugar a la declaratoria de responsabilidad patrimonial del Estado (Consejo de estado , 2014).

A partir del año 2000 el C.E enfrentó una creciente judicialización de conflictos derivados de presuntas negligencias médicas por parte de instituciones públicas de salud, lo cual obligó a la alta corporación a precisar conceptos como el de falla probada del servicio, daño

antijurídico, imputación objetiva y carga dinámica de la prueba. Estos conceptos se convirtieron en pilares interpretativos para resolver los litigios en los que se alegaban daños ocasionados por la inadecuada prestación de servicios médicos diagnósticos tardíos procedimientos quirúrgicos fallidos y omisiones en la atención oportuna.

Así las decisiones del C.E no solo configuraron una doctrina judicial coherente, sino que también incidieron en la adopción de prácticas institucionales orientadas a mejorar los estándares de calidad en la atención en salud promoviendo una cultura de responsabilidad y de prevención del daño.

Uno de los conceptos centrales utilizados por el C.E de la sala contencioso administrativo sección tercera subsección C en sus sentencias identificada con el número de radicado (Rdo 25000-23-26-000-2001-01792-01(30166), 2014), sobre falla médica fue el de falla probada del servicio, este criterio parte del entendimiento de que el Estado debe responder cuando se acredita que la prestación del servicio médico fue inadecuada ineficiente o inoportuna generando un daño antijurídico al paciente.

El análisis probatorio en estos casos exige demostrar que existió una conducta activa u omisiva contraria a los protocolos médicos generalmente aceptados. La Corte adoptó una posición según la cual no basta con que el resultado del procedimiento haya sido adverso para que se configure la falla, sino que se requiere probar que el actuar del personal médico fue negligente imprudente o ignorante de los estándares técnicos aplicables.

De manera complementaria el C.E incorporó el concepto de daño antijurídico como un presupuesto esencial de la R.E, este daño se configura cuando el paciente o sus familiares sufren una afectación a sus derechos fundamentales que no estaban obligados a soportar en un Estado

Social de Derecho en donde la atención médica debe observar los principios de eficiencia y humanidad. En la sentencia del C.E, identificada, con el número de radicado (Rdo 73001-23-31-000-1999-00539-01(22464), 2012), se reiteró que el daño antijurídico no implica únicamente un perjuicio físico o económico sino también puede comprender daños morales psicológicos o afectaciones a la vida de relación cuando estos resultan de una atención médica deficiente o negligente.

Asimismo, resultó clave en la evolución jurisprudencial la aplicación del criterio de imputación objetiva a través del cual, el C.E, buscó establecer cuándo el daño podía atribuirse jurídicamente al Estado aun cuando no hubiera una conducta dolosa de los agentes involucrados, en este sentido se, consideró que la relación de dependencia funcional entre los profesionales de la salud y la entidad pública bastaba para que esta última fuera considerada responsable si se demostraba que el actuar médico no se adecuó a los parámetros de razonabilidad técnica y cuidado exigible, de esta manera, el criterio de imputación objetiva permitió atribuir la R.E sin necesidad de demostrar la intención o el dolo por parte del agente médico.

En varias sentencias, la Sección Tercera del C.E ha delineado los criterios para atribuir R.E por fallas en la prestación del servicio médico, abordando especialmente el tema de la carga probatoria dinámica como una herramienta para valorar la prueba de la falla del servicio.

(Sentencia del 10 de febrero de 2000 – Exp. 11878)

El C.E revisó un caso en el que se declaró responsable al Estado por la muerte de un ciudadano, aplicando el principio de carga dinámica de la prueba. Este principio permite distribuir la carga probatoria de forma más equitativa, asignándola a la parte que esté en mejores condiciones de demostrar los hechos. Se señaló que no siempre debe aplicarse una presunción

de falla del servicio, sino que el juez debe valorar caso por caso qué parte puede probar con mayor facilidad los elementos relevantes.

(Sentencia del 22 de mayo de 2004 – Exp. 14212)

En esta decisión, el C.E exoneró de responsabilidad a la entidad médica, al no demostrarse un nexo causal entre el daño (muerte por paro cardiorrespiratorio) y una posible falla médica. La sentencia reafirmó que la prueba del nexo de causalidad corresponde al demandante, y que solo excepcionalmente puede admitirse una inversión de la carga cuando esta sea excesivamente difícil o imposible. Sin embargo, aceptó el uso de indicios como medio válido cuando la prueba directa no sea viable.

(Sentencia del 11 de mayo de 2006 – Exp. 14400)

En este caso, el C.E distinguió entre dos contextos para aplicar la responsabilidad médica. En los casos de atención básica y hospitalaria, se mantiene la exigencia de falla probada del servicio. Por el contrario, cuando el procedimiento implique un alto componente técnico o científico, se puede aplicar la carga dinámica de la prueba. Además, reiteró que la relación de causalidad puede probarse indirectamente cuando resulte muy difícil hacerlo de forma directa.

(Sentencia del 20 de octubre de 2014 – Exp. 30166)

Esta providencia consolidó la posición jurisprudencial de retornar a la falla probada del servicio como regla general en materia de responsabilidad médica. El fallo enfatizó que se deben probar todos los elementos de la responsabilidad —daño, falla del servicio y relación de causalidad—, y que la prueba indiciaria adquiere especial importancia, sobre todo cuando la

causalidad no puede establecerse directamente. La decisión también cuestionó la presunción automática de falla, pues podría resultar inequitativa en contextos médicos complejos.

Decisión del Consejo de Estado proferida por la Sección Tercera el 3 de octubre de 2016 en el expediente 31159A con ponencia del magistrado Ramiro Pazos Guerrero

En la sentencia del 3 de octubre de 2016 proferida por la Sección Tercera del C.E bajo la ponencia del magistrado Ramiro Pazos Guerrero,, se resolvió un recurso de apelación interpuesto contra la decisión emitida en primera instancia por la Sala de Descongestión para los Tribunales Administrativos de Atlántico Córdoba Magdalena Sucre y Bolívar, en donde se revocó el fallo inicial y se declaró la responsabilidad patrimonial y extracontractual del Estado por una falla en la prestación del servicio médico a la demandante; tras analizar la configuración de los tres elementos de la responsabilidad, se determinó que el daño antijurídico fue demostrado de manera suficiente por la parte demandante.

En cuanto a la imputación, se estableció que la falla del servicio médico se materializó en la tardanza en el diagnóstico e intervención quirúrgica requerida, lo que permitió al Alto Tribunal reafirmar la línea jurisprudencial que retoma la tesis de la falla probada del servicio en materia de responsabilidad médica, respecto al nexo causal se precisó que en los casos de omisión por parte del Estado este elemento no resulta esencial ya que la imputación se basa en argumentos jurídicos más que en pruebas fácticas haciendo innecesario exigir su demostración plena a la parte actora.

Además, se definieron criterios relevantes sobre la carga de la prueba en estos casos señalando que en principio corresponde al demandante probar la existencia de la falla pero se contempla la flexibilización de este deber cuando resulte excesivamente difícil o casi imposible

hacerlo, también se indicó que la relación causal puede inferirse a partir de indicios especialmente cuando no sea viable la prueba directa sobre los hechos y que la conducta de la entidad demandada adquiere importancia en la valoración de esos indicios sin exigirse que aclare de forma absoluta la causa del daño se advirtió que la apreciación de los indicios debe ser particularmente rigurosa considerando que los procedimientos médicos se aplican a personas con condiciones de salud ya alteradas finalmente se estableció que el estudio del vínculo causal debe anteceder al análisis de la falla en el servicio (Sentencia del 28 de mayo de 2014 Expe. 28178).

Línea jurisprudencial sobre la responsabilidad extracontractual del estado en Colombia.

En un primer momento el C.E señaló que desde la entrada en vigencia de la Constitución de 1991 la responsabilidad extracontractual del Estado se consolidaba como una responsabilidad objetiva en donde no era necesario demostrar la existencia de una falla en el servicio sino únicamente un daño antijurídico en tanto el artículo 90 de la Constitución Política reconocía que toda persona que sufriera un daño antijurídico por la acción u omisión del Estado debía ser indemnizada por este así lo reiteró la (Sentencia del 31 de octubre de 1991 expediente 6515) en la cual se sostuvo que la responsabilidad no se limitaba a la existencia de una culpa sino al carácter antijurídico del daño causado.

Posteriormente, la jurisprudencia avanzó hacia una visión integradora al reconocer que el artículo 90 permitía la coexistencia de todos los regímenes de responsabilidad previamente desarrollados por la jurisprudencia incluyendo la falla en el servicio la responsabilidad objetiva y otros regímenes especiales como el de actividad peligrosa, lo que fue expresado en la

Sentencia del 26 de noviembre de 1992 expediente 7310 en la cual, se enfatizó que la finalidad de la R.E era reparar el daño causado más allá de la culpa del agente y se entendía que la culpa era solo uno de los criterios de imputación posibles (Garces & Vega, 2015).

En concordancia con lo anterior, (la Sentencia del 25 de febrero de 1993 expediente 7742), reafirmó que el concepto de daño antijurídico no implicaba la eliminación del análisis de la falla del servicio ni exoneraba al demandante de probar la conducta irregular del Estado cuando fuera aplicable el régimen subjetivo.

Este razonamiento fue aplicado de manera consistente en el ámbito de la responsabilidad médica donde se estableció que la administración debía responder cuando se configurara una falla del servicio entendida como la prestación deficiente inoportuna o inadecuada de un servicio público de salud, lo cual, fue ratificado en la Sentencia del 11 de mayo de 2006 expediente 14400 consejero ponente Ramiro Saavedra Becerra donde se reiteró que la falla del servicio era el principal régimen de imputación de la responsabilidad extracontractual del Estado.

Régimen subjetivo: falla en el servicio

1. Fundamento doctrinal y jurisprudencial

La responsabilidad extracontractual del Estado por falla en el servicio tiene su origen en la responsabilidad subjetiva, la cual requiere demostrar culpa o dolo por parte de los funcionarios públicos. Según esta teoría, el Estado responde por los daños causados a los particulares cuando:

- Existe un acto u omisión constitutivo de falla en el servicio.

- Hay un daño antijurídico.
- Se acredita un nexo causal entre el daño y la falla.

2. Caracterización de la falla

La falla en el servicio se presenta cuando la administración actúa de manera inadecuada, ya sea por acción u omisión. No basta con el simple acaecimiento del daño: debe demostrarse que el daño es consecuencia directa de una actuación culposa o negligente del Estado, de lo contrario, no surge responsabilidad.

3. Falla por omisión

La omisión se configura cuando el Estado, teniendo medios y conocimiento para evitar el daño, no actúa de forma oportuna. Esto implica una actuación falente o irregular, como señala la jurisprudencia del 18 de marzo de 2004 (Exp. 13318, C.P. María Elena Giraldo Gómez).

Falla presunta del servicio

1. Noción y aplicación

La figura de la falla presunta se desarrolló con mayor fuerza en los años 90, especialmente en el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria del Estado. Aunque sigue siendo responsabilidad subjetiva, se invierte la carga de la prueba: el demandante no debe demostrar la falla, sino que es el Estado quien debe probar que actuó con diligencia.

2. Justificación de la presunción

Esta presunción responde a la asimetría probatoria entre la víctima y la administración pública, especialmente en contextos técnicos como la medicina. De allí que el Consejo de Estado haya considerado razonable esta carga inversa.

3. Efectos procesales

El funcionario o la entidad de salud deben demostrar que actuaron conforme al deber de cuidado, atendiendo al principio de confianza legítima del ciudadano. Esto nivela la relación entre el Estado y el ciudadano afectado, de forma similar al principio *in dubio pro operario* en el derecho laboral.

Cuando se configuran los elementos de la falla (ya sea probada directamente o presumida), la vía procesal idónea para reclamar la reparación del daño es la acción de reparación directa, conforme al Artículo 86 del CPACA.

Entre los años 2000 y 2015, el C.E consolidó una línea jurisprudencial coherente sobre la R.E por fallas en la prestación del servicio médico, destacando el uso de conceptos como la falla probada del servicio, el daño antijurídico, la imputación objetiva y la carga dinámica de la prueba. Estas herramientas interpretativas permitieron proteger de manera más efectiva los derechos fundamentales de los usuarios del sistema de salud, reafirmando la obligación estatal de garantizar una atención médica eficiente, oportuna y digna, conforme a los principios del Estado Social de Derecho.

Capítulo II

Aspectos que se presentan en la responsabilidad por falla médica, como la falta de recursos y deficiencias en el sistema de salud

Desde una perspectiva jurídica, resulta fundamental analizar la responsabilidad patrimonial del Estado, por fallas en la prestación del servicio de salud bajo el marco normativo que consagra el artículo 90 de la Constitución Política de Colombia, el cual, establece que el Estado debe responder por los daños antijurídicos que le sean imputables causados por la acción u omisión de las autoridades públicas en el ejercicio de sus funciones, por tanto, la falla médica constituye un escenario típico donde puede surgir la responsabilidad estatal, toda vez que, involucra la vulneración de derechos fundamentales como la vida, la integridad personal y la salud en condiciones de igualdad, dignidad y oportunidad.

Así mismo, el análisis de la responsabilidad por falla médica debe considerar no solo los errores individuales de los profesionales de la salud sino también las fallas estructurales y administrativas del sistema lo que incluye la insuficiencia de recursos la desorganización institucional y la ausencia de políticas públicas efectivas que garanticen la adecuada prestación del servicio.

En primer lugar, es imprescindible señalar que la jurisprudencia del Consejo de Estado ha definido la falla del servicio en materia de salud como la prestación inadecuada o la omisión en la atención médica que genera un daño antijurídico al usuario que acude a las instituciones públicas en busca de atención oportuna adecuada y eficiente en este contexto la responsabilidad no solo se activa cuando se cometen errores técnicos en los diagnósticos tratamientos o intervenciones quirúrgicas sino también cuando las entidades encargadas del sistema de salud

omiten su deber de garantizar los elementos mínimos para la atención médica, lo cual, incluye infraestructura personal capacitado disponibilidad de medicamentos acceso a tecnologías clínicas y administrativos competentes (Perez y Bareño, 2020).

Ahora bien, es necesario subrayar que la falla médica estructural se presenta de manera recurrente en regiones apartadas y en zonas con alta vulnerabilidad, donde el sistema de salud no dispone de los elementos básicos para prestar atención integral, lo que implica que muchos centros hospitalarios funcionan en condiciones precarias, carezcan de personal suficiente, enfrenten desabastecimiento crónico de insumos, medicamentos y no cuentan con equipos médicos actualizados ni con mecanismos de referencia y contrarreferencia eficientes; por consiguiente, esta situación genera barreras infranqueables para el acceso a servicios de salud y configura un incumplimiento del deber estatal de proteger y garantizar derechos fundamentales.

Asimismo, debe considerarse que la Corte Constitucional ha advertido en múltiples pronunciamientos, que la ineficiencia del sistema de salud constituye una amenaza constante al goce efectivo de los derechos fundamentales, especialmente cuando se traducen en demoras injustificadas en la asignación de citas, en la práctica de exámenes diagnósticos, en la autorización de tratamientos y en la entrega de medicamentos esenciales; frente a estas circunstancias se configura una omisión institucional que rompe el principio de continuidad en la atención médica y compromete la R.E debido a que, el servicio público de salud debe prestarse de manera regular permanente e ininterrumpida.

En efecto la responsabilidad estatal por fallas en la atención médica no solo debe ser analizada desde la perspectiva individual del profesional tratante sino que, debe extenderse a la entidad pública que no garantiza los medios logísticos, financieros y humanos necesarios para

la prestación del servicio, esto implica que, cuando un hospital no puede atender una urgencia por falta de insumos o cuando una EPS no autoriza un tratamiento vital por trámites burocráticos se configura una falla del servicio que hace procedente el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial del Estado toda vez que se ha generado un daño que el ciudadano no está obligado a soportar.

Adicionalmente, el análisis de la responsabilidad debe tener en cuenta que la Corte Constitucional ha señalado que los derechos fundamentales tienen aplicación inmediata lo que significa que el Estado no puede excusarse en limitaciones presupuestales para no cumplir sus deberes constitucionales por tanto, cuando una persona fallece o sufre una afectación grave a su salud por falta de atención médica oportuna se vulneran derechos fundamentales lo que activa la R.E sin que sea necesario demostrar culpa o dolo por parte del personal médico.

En consecuencia, la responsabilidad por falla médica también debe abordarse desde un enfoque de prevención lo que significa que el Estado debe adoptar medidas estructurales orientadas a evitar que estas fallas ocurran, para ello, es indispensable mejorar la planeación presupuestal fortalecer la infraestructura hospitalaria asegurar la dotación adecuada de medicamentos capacitar al personal de salud y establecer mecanismos de control y vigilancia eficaces que permitan corregir fallas antes de que causen perjuicios irreparables.

Cabe resaltar que, el sistema de salud se encuentra regulado por un conjunto de normas que imponen deberes específicos a las entidades encargadas de su prestación entre ellas se encuentra la Ley 100 de 1993 y sus reformas posteriores así como la Ley Estatutaria de Salud la cual reconoce este servicio como un derecho fundamental autónomo que debe prestarse bajo los principios de universalidad solidaridad integralidad eficiencia calidad y oportunidad por

tanto la vulneración de estos principios por omisión negligencia o desorganización institucional configura una falla del servicio que hace procedente la indemnización de los daños ocasionados.

Igualmente, debe tenerse en cuenta que el nexo de causalidad entre la falla y el daño debe ser probado dentro del proceso judicial lo que implica demostrar que la ausencia de recursos humanos o técnicos fue determinante en la producción del daño y que este no se habría producido si la administración hubiera cumplido con sus deberes legales y constitucionales, en este punto, resulta clave el uso de pruebas periciales testimoniales y documentales que acrediten la existencia de la falla su imputabilidad a la administración y la relación directa con el perjuicio.

Por otro lado, la responsabilidad por falla médica estructural también debe evaluarse a la luz del principio de igualdad toda vez que los efectos de las deficiencias del sistema recaen de manera desproporcionada sobre los grupos más vulnerables incluyendo niños, mujeres embarazadas, adultos mayores, personas en condición de discapacidad y comunidades rurales o étnicas, por consiguiente, el Estado tiene un deber reforzado de garantizar la prestación efectiva del servicio de salud en estos contextos lo cual implica adoptar medidas diferenciadas de política pública que corrijan las inequidades estructurales.

En suma, la R.E por falla médica no puede restringirse al análisis de errores puntuales cometidos por profesionales de la salud, sino que, debe abordarse desde una perspectiva integral que contemple las fallas estructurales y sistémicas que afectan la prestación del servicio lo que, incluye la falta de recursos, la ausencia de políticas públicas eficientes, la desorganización institucional y la omisión en el cumplimiento de los deberes constitucionales y legales.

En esta medida el Estado, está obligado a garantizar la atención médica en condiciones de dignidad oportunidad eficiencia y continuidad, sin que puedan alegarse limitaciones

presupuestales o administrativas como justificación para incumplir este deber, de ahí que toda falla atribuible a la administración que cause un daño antijurídico a un usuario del sistema debe ser reparada en los términos previstos por la Constitución y la jurisprudencia del Consejo de Estado y de la Corte Constitucional (Hernández & Moreno, 2020).

Cómo la falta de recursos y deficiencias del sistema pueden influir en la responsabilidad por falla médica:

- Limitaciones en la atención: La escasez de personal médico, equipos, medicamentos o insumos puede obligar a los profesionales de la salud a tomar decisiones difíciles o a no poder brindar la atención óptima que un paciente requeriría en condiciones ideales. Esto podría resultar en diagnósticos tardíos, tratamientos incompletos o inadecuados.
- Sobrecarga laboral: La falta de personal puede generar una sobrecarga de trabajo para los profesionales de la salud, aumentando el riesgo de errores por fatiga, estrés o falta de tiempo para una evaluación exhaustiva del paciente.
- Falta de capacitación o actualización: Un sistema con recursos limitados podría no invertir lo suficiente en la capacitación continua del personal médico, lo que podría llevar a la aplicación de prácticas desactualizadas o a la falta de conocimiento sobre los últimos avances médicos.
- Demoras en la atención: La insuficiencia de infraestructura o la mala gestión del sistema pueden generar largas listas de espera para consultas, exámenes o procedimientos, lo que podría agravar la condición de un paciente.
- Deficiencias en el seguimiento y la continuidad de la atención: La falta de coordinación entre diferentes niveles de atención o la ausencia de sistemas de

seguimiento eficientes pueden comprometer la calidad y la seguridad de la atención al paciente.

Implicaciones prácticas de las decisiones para pacientes y organismos de salud

La evolución jurisprudencial del Consejo de Estado sobre la falla en el servicio médico ha generado implicaciones significativas una para pacientes y organismos de salud. Para los pacientes se observa un panorama más favorable en la búsqueda de reparación por daños sufridos una vez la responsabilidad ya no depende exclusivamente de probar una conducta culposa individual sino de la antijuricidad del daño mismo. Esto se traduce en una mayor protección de sus derechos a la salud y a la integridad personal.

Los organismos de salud por su parte enfrentan un entorno más exigente en la prestación de servicios una vez la posibilidad de responsabilidad objetiva los impulsa a optimizar sus protocolos de atención a fortalecer la supervisión de sus profesionales y a invertir en sistemas de gestión de riesgos. Esta presión no solo busca evitar condenas sino también mejorar la calidad general del servicio médico público. La atención se ha desplazado hacia la víctima y su derecho a la reparación lo que exige de las instituciones una mayor diligencia y una adaptación constante a los estándares de cuidado esperados por la sociedad y la jurisprudencia.

Efecto de la carga dinámica de la prueba en la defensa del Estado

La implementación de la carga dinámica de la prueba ha transformado la estrategia defensiva del Estado en casos de responsabilidad médica. Antes de esta figura la parte demandante cargaba con el peso exclusivo de probar la falla del servicio lo que a menudo resultaba complejo debido a la asimetría de información y el conocimiento técnico especializado.

Con la carga dinámica el juez puede asignar la responsabilidad de probar ciertos hechos a la parte que se encuentra en mejores condiciones de hacerlo generalmente la entidad de salud una vez posee la documentación los registros clínicos y el personal calificado, esto obliga al Estado a ser más transparente a documentar exhaustivamente sus procesos y a presentar pruebas contundentes de su diligencia y apego a la *lex artis*.

La defensa del Estado ya no puede limitarse a la negación genérica o a la falta de prueba por parte del demandante, sino que debe demostrar activamente que el daño no fue antijurídico o que existió una causa extraña. Este cambio fomenta una gestión más proactiva del riesgo médico y una mayor rendición de cuentas por parte de las instituciones estatales.

Capítulo III

Deficiencias en la interpretación y aplicación de la jurisprudencia relacionada con la responsabilidad médica del Estado por falla médica, en el marco de la culpa, durante el periodo comprendido entre el año 2000- 2015.

Desde el año 2000 hasta el año 2015 el desarrollo jurisprudencial de la responsabilidad médica del Estado en Colombia presentó avances significativos, sin embargo, en ese mismo periodo se evidenciaron vacíos e inconsistencias en la forma en que se interpretaron y aplicaron los conceptos fundamentales relacionados con la imputación subjetiva de la culpa y la carga de

la prueba en los procesos judiciales en materia de salud pública, por esta razón, resulta necesario analizar cómo la evolución doctrinal y legal no siempre fue acompañada por una correcta y uniforme apropiación por parte de los operadores jurídicos.

En primer lugar, aunque el C.E reconoció tempranamente la figura de la carga dinámica de la prueba como un mecanismo para equilibrar las condiciones procesales entre las partes este principio no fue siempre bien comprendido ni correctamente invocado por los jueces, lo anterior se reflejó en decisiones que aplicaban de forma rígida la regla tradicional del onus probandi exigiendo a las víctimas que probaran elementos que por su naturaleza técnica o institucional solo podían estar en poder de las entidades demandadas por tanto la jurisprudencia osciló entre posturas conservadoras y aproximaciones progresistas sin consolidar una línea jurisprudencial clara y coherente sobre el uso de este criterio de distribución probatoria.

En segundo lugar, si bien la incorporación del artículo 167 del Código General del Proceso en el año 2012 ofreció un respaldo normativo al principio de carga dinámica ello no garantizó su aplicación sistemática en el ámbito contencioso administrativo en efecto aunque el precepto faculta expresamente al juez para ordenar la carga de la prueba a la parte en mejores condiciones de demostrar los hechos muchas decisiones omitieron valorar adecuadamente esta posibilidad lo cual generó resultados contrarios al principio de equidad procesal y a la búsqueda de la verdad material como fines del proceso judicial (Restrepo, 2015).

Además, se debe señalar que durante este periodo se mantuvo una marcada dependencia de los operadores jurídicos a la noción tradicional de culpa lo que llevó a confundir la exigencia de la prueba de la culpa médica con una interpretación excesivamente estricta de los elementos que configuran la falla del servicio, por lo tanto, en lugar de analizar integralmente la conducta

del profesional de la salud en el marco institucional y técnico se centró la atención en la prueba de un error individual sin considerar los factores estructurales que podían incidir en la prestación inadecuada del servicio de salud.

Igualmente, se advierte que no se logró establecer un criterio unificado sobre la delimitación entre el riesgo inherente a la actividad médica y la verdadera falla del servicio lo que produjo una dispersión interpretativa que generó inseguridad jurídica tanto para los pacientes como para las instituciones prestadoras del servicio de salud debido a ello hubo casos en los que se exoneró de responsabilidad al Estado argumentando la existencia de un riesgo propio del acto médico sin analizar en profundidad si se habían cumplido los estándares mínimos de calidad oportunidad y diligencia exigibles a la administración pública.

Por otra parte, debe resaltarse que la ausencia de una línea jurisprudencial consolidada sobre la interpretación de la culpa generó dificultades probatorias para las víctimas que a pesar de invocar la aplicación de la carga dinámica no siempre recibieron una respuesta judicial acorde con las particularidades del caso concreto ya que en múltiples ocasiones se les exigieron niveles de prueba que resultaban desproporcionados frente a sus posibilidades reales de acceder a documentos registros clínicos o peritajes técnicos lo cual vulneró su derecho de acceso efectivo a la justicia y debilitó la eficacia del control judicial sobre las actuaciones del Estado en el ámbito de la salud.

En consecuencia, puede concluirse que entre los años 2000 y 2015 persistieron deficiencias sustanciales en la forma en que se interpretaron y aplicaron las reglas relacionadas con la culpa y la carga de la prueba en los casos de responsabilidad médica del Estado dado que aunque existieron avances normativos y jurisprudenciales, estos no se tradujeron en una práctica

judicial uniforme que garantizara plenamente los derechos de las víctimas ni que ofreciera seguridad jurídica a las partes involucradas.

Por ello, resulta indispensable fortalecer la formación de jueces y abogados en torno a los principios de flexibilidad probatoria y responsabilidad estatal, así como promover el desarrollo de una jurisprudencia constante que articule de manera clara los elementos de la imputación subjetiva y la distribución dinámica de la carga probatoria conforme a los estándares constitucionales e internacionales de protección judicial efectiva.

De acuerdo con la evolución jurisprudencial en Colombia la Corte Suprema de Justicia ha configurado los títulos de imputación en la responsabilidad médica a partir de su Sala de Casación Civil y Penal adoptando como eje estructural el concepto de culpa bajo un enfoque subjetivo lo cual ha sido constante desde la década de 1940 en adelante en concordancia con influencias doctrinales provenientes del derecho francés donde se destacaba la gravedad como atributo esencial de la culpa (Guarín, 2016).

Así mismo, esta perspectiva subjetiva ha predominado incluso cuando se han esbozado elementos de responsabilidad objetiva especialmente en casos donde la actividad médica puede catalogarse como peligrosa y por tanto susceptible de generar daño independientemente de la intención del agente

Sin embargo, la Corte ha mostrado reticencia a asumir una postura plenamente objetiva en la atribución de responsabilidad médica debido a la necesidad de valorar el desvalor de la acción y la omisión del deber objetivo de cuidado

En este sentido la jurisprudencia ha considerado que no basta con la existencia de un riesgo inherente a la actividad médica para imputar responsabilidad, sino que se requiere un

juicio sobre la conducta del agente valorando si este actuó con imprudencia negligencia o impericia de acuerdo con estándares previamente conocidos y predecibles

En consecuencia, la Corte ha reiterado que el eje de la imputación sigue siendo la culpa ya sea entendida como infracción al deber objetivo de cuidado desde la perspectiva penal o como violación a los deberes de prudencia y diligencia desde el ámbito civil.

La falta de claridad y consistencia en las decisiones judiciales en el ámbito del derecho a la salud tiene consecuencias significativas, tanto para los pacientes como para el sistema de salud en general.

Consecuencias para los pacientes:

Inseguridad jurídica:

Los pacientes no pueden prever si sus derechos serán protegidos de manera uniforme, lo que genera incertidumbre sobre el acceso a tratamientos, medicamentos o procedimientos médicos.

Desigualdad en el acceso a la salud:

Decisiones contradictorias pueden llevar a que unos pacientes obtengan beneficios (como tratamientos o procedimientos) que a otros se les niegan en circunstancias similares, lo cual vulnera el principio de igualdad.

Retrasos en el tratamiento:

Cuando las decisiones judiciales no son claras, pueden generarse conflictos adicionales o demoras administrativas, afectando directamente el acceso oportuno a servicios de salud.

Afectación del derecho a la salud y la vida:

En casos donde el acceso a servicios médicos es urgente, la ambigüedad judicial puede poner en riesgo la vida y la integridad física de los pacientes.

Consecuencias para el sistema de salud:

Inseguridad institucional:

Las entidades prestadoras y administradoras de salud (EPS e IPS) enfrentan dificultades para planificar y presupuestar recursos si las decisiones judiciales no establecen criterios consistentes.

Aumento de litigiosidad:

La falta de criterios unificados incentiva la judicialización del derecho a la salud, incrementando la carga procesal en los tribunales y generando costos adicionales para el sistema.

Desorganización y pérdida de eficiencia:

El sistema puede verse obligado a cumplir fallos contradictorios, lo que afecta la coordinación y distribución de recursos humanos, tecnológicos y financieros.

Desconfianza en las instituciones:

Los vacíos o ambigüedades en la jurisprudencia pueden erosionar la credibilidad tanto del sistema judicial como del sistema de salud, afectando la legitimidad de ambos ante la ciudadanía.

Conclusiones

La evolución jurisprudencial del Consejo de Estado colombiano entre 2000 y 2015 en relación con la falla en el servicio médico profesional ha mostrado una tendencia hacia la consolidación de criterios sobre la responsabilidad del Estado en casos de negligencia médica, sin embargo, las decisiones no siempre han sido coherentes ni uniformes, lo que ha generado incertidumbre en la interpretación de la responsabilidad. El concepto de culpa ha sido el principal título de imputación en los casos de responsabilidad médica, aunque en algunos fallos se ha evidenciado una falta de claridad en la aplicación de este concepto, particularmente en cuanto a la distinción entre la culpa profesional y el riesgo inherente a la actividad médica.

A lo largo de este periodo, el Consejo de Estado ha integrado herramientas como la carga dinámica de la prueba, permitiendo un enfoque más flexible en cuanto a la distribución de las pruebas y promoviendo la equidad entre las partes, pero su aplicación no siempre ha sido

consistente ni suficientemente justificada, lo que ha generado discrepancias en las decisiones judiciales. Este enfoque ha buscado equilibrar el acceso a la justicia, pero en ciertos casos no ha logrado garantizar un tratamiento equitativo para las víctimas de fallas en el servicio médico.

La jurisprudencia también ha transitado de una visión estrictamente formalista hacia una más orientada a la búsqueda de la verdad material, sin embargo, la aplicación de este enfoque no ha sido homogénea, dejando vacíos interpretativos y situaciones en las que no se ha valorado adecuadamente el principio de equidad en el proceso. Además, la falta de una línea jurisprudencial clara y coherente ha dificultado la consolidación de un marco jurisprudencial sólido que facilite la resolución de los casos de responsabilidad médica.

Recomendaciones

Para superar las deficiencias identificadas y avanzar hacia una mejora sustancial en la responsabilidad médica estatal, se proponen las siguientes vías:

Fortalecer los sistemas de gestión de calidad y riesgo en las instituciones de salud públicas: Esto implica no solo la implementación de protocolos basados en la *lex artis*, sino también la creación de mecanismos robustos para la auditoría interna, el seguimiento de eventos adversos y la retroalimentación constante al personal médico. Una mejor documentación y registro de cada actuación facilitará la defensa del Estado y ofrecerá mayor claridad en caso de reclamaciones.

Capacitación continua del personal médico y administrativo en el marco jurídico de la responsabilidad estatal: Es crucial que los profesionales de la salud comprendan a cabalidad las implicaciones del daño antijurídico y la carga dinámica de la prueba. Asimismo, el personal

administrativo encargado de la gestión de reclamaciones debe estar actualizado sobre los criterios jurisprudenciales para una respuesta más eficaz y justa.

Promover mecanismos de resolución alterna de conflictos: La mediación y la conciliación podrían ser herramientas valiosas para agilizar la resolución de controversias por falla médica, reduciendo la congestión judicial y ofreciendo a las víctimas una reparación más oportuna. Esto requeriría un compromiso institucional para negociar de buena fe y reconocer la responsabilidad cuando sea evidente.

Referencias bibliográficas

Arias, C. G. (2012). La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. *Rev Colomb Cir*, 15-24.

Athié. (2020). Valoración ética de los errores médicos y la seguridad del paciente. *Cirugía y cirujanos*, 219-232.

Carrasco, O. V. (2016). EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE EN LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL MÉDICA. *Revista Medica La Paz*. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582016000100010

Castro, M. F., & León, M. (2018). *Factores que Influyen en la Calidad del Registro de la Historia Clínica*. Obtenido de <https://www.google.com/search?q=La+historia+cl%C3%ADnica+es+el+documento+c>

entral+&sca_esv=36ac96dba69ebed1&hl=es&sxsrf=AE3TifOy9xa4rKa3jGomyGTba
sjbfwhuhg%3A1748383385645&ei=mTY2aKuPJ7eJwbkP9buGmAY&ved=0ahUKE
wjrv4fV08SNaxW3RDABHfWdAWMQ4dUDCBA&uact=5&oq=La+

Congreso de la republica. (18 de febrero de 1981). *Ley 23 de 1981*. Gaceta .

Congreso de la republica. (2011, 19 de enero). *1438 de 2011*. Gaceta.

Consejo de Estado . (2012). *Rdo 73001-23-31-000-1999-00539-01(22464)*. Sala de lo
Contencioso Administrativo . Obtenido de
[https://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/99/S3/73001-23-31-000-
1999-00539-01\(22464\).pdf](https://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/99/S3/73001-23-31-000-1999-00539-01(22464).pdf)

Consejo de estado . (2014). *05001-23-31-000-1999-03218-01(31182)*. Sala de lo contencioso
administrativo seccion tercera .

Consejo de Estado . (2014). *Rdo 25000-23-26-000-2001-01792-01(30166)*. Sala de lo
Contencioso Administrativo .

Consejo de Estado . (s.f.). *la Sentencia del 25 de febrero de 1993 expediente 7742*. Sala de lo
Contencioso Administrativo .

Consejo de Estado . (s.f.). *Sentencia del 10 de febrero de 2000 – Exp. 11878*. Sala de lo
Contencioso Administrativo.

Consejo de Estado . (s.f.). *Sentencia del 11 de mayo de 2006 – Exp. 14400*. Sala de lo
Contencioso Administrativo .

Consejo de Estado . (s.f.). *Sentencia del 22 de mayo de 2004 – Exp. 14212*. Sala de lo Contencioso Administrativo.

Consejo de Estado . (s.f.). *Sentencia del 28 de mayo de 2014 Expe. 28178*. Sala de lo Contencioso Administrativo .

Consejo de Estado . (s.f.). *Sentencia del 31 de octubre de 1991 expediente 6515* . Sala de lo contencioso administrativo .

Consejo de Estado. (s.f.). *Sentencia del 20 de octubre de 2014 – Exp. 30166*. Sala de lo Contencioso Administrativo .

Cortés González, F. A., Cortés Espitia, J. S., & Mogollón Rangel, T. (2016). *Responsabilidad médica: un estudio desde la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, la Corte Constitucional y el Consejo de Estado*. Obtenido de http://derecho.bogota.unal.edu.co/fileadmin/publicaciones/Semilleros/LibrosSemilleros/2016/Semilleros_2016-11.pdf

Garces, A. R., & Vega, N. Y. (2015). *LA FALLA EN EL SERVICIO MÉDICO Y LA RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO*. Obtenido de <https://repository.ugc.edu.co/server/api/core/bitstreams/35561716-6392-4fc9-9589-a2a542b4caef/content>

Garcia, S. U. (2004). La responsabilidad por riesgo. *Ratio juris*, 29-50.

Guarín, .: M. (2016). *Los títulos de imputación jurídica en la responsabilidad patrimonial del Estado colombiano por el control sanitario de medicamentos a nivel central*. Obtenido

de <https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/5ff835ea-0202-4468-aa84-b2697a185b6a/content>

Hernández, A. T., & Moreno, L. A. (2020). *Criterios jurídicos determinantes de la responsabilidad del estado por falla en el servicio médico de las empresas sociales del estado*. Obtenido de

<https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/20466/Articulo%20Criterios%20jur%C3%ADdicos%20determinantes%20de%20la%20responsabilidad%20del%20estado%20por%20falla%20en%20el%20servicio%20m%C3%A9dico%20de%20las%20empresas%20sociales%20del%20Esta>

León, F. J., Buratti, C., & Schwartzmann, J. (2009). EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: ESTUDIO CUALITATIVO EN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE. *Revista Eleuthera*, 221-237. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/5859/585961832011.pdf>

Mora, F. G., & Jaramillo, E. F. (1996). El deber de cuidado en medicina. *Revista Colombiana de Cirugía*, 194-201.

Moreno, A. T. (2020). *Criterios jurídicos determinantes de la responsabilidad del estado por falla en el servicio médico de las empresas sociales del estado*. Obtenido de <https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/20466/Articulo%20Criterios%20jur%C3%ADdicos%20determinantes%20de%20la%20responsabilidad%20del%20estado%20por%20falla%20en%20el%20servicio%20m%C3%A9dico%20de%20las%20empresas%20sociales%20del%20Esta>

Noriega. (2009). Responsabilidad del Estado en Colombia: Responsabilidad por el hecho de las leyes. *Revista UIS Humanidades*, 37.

Perez, L. G., & Bareño, J. A. (2020). *LA RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO COLOMBIANO POR FALLA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO DE ENTIDADES DE SALUD DEL ESTADO*. Obtenido de <https://repository.ucatolica.edu.co/server/api/core/bitstreams/d3378c3a-d020-4dc8-b7e1-4d4f486cf110/content>

Prieto, D. A., & Martinez Caraballo, D. (2015). *LA CARGA DE LA PRUEBA EN RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA EN COLOMBIA*. Obtenido de <https://repository.unimilitar.edu.co/server/api/core/bitstreams/1373f8d4-7956-497e-8e2a-463182547222/content>

Restrepo, J. C. (2015). La carga dinámica de la prueba como modalidad de carga probatoria aplicada en el ordenamiento jurídico colombiano. Vulneración a la igualdad constitucional. *Entramado*.

Rios, J. M., & Rendon, J. A. (2007). *La responsabilidad Medica* . Obtenido de <https://repository.ces.edu.co/server/api/core/bitstreams/24a0fbf4-e356-40bc-98f0-15fbb95fc569/content>