San Andrés Isla, treinta y uno (31) de marzo de dos mil veinte (2020)

Sentencia No.065

Medio de Control	Reparación Directa
Radicado	76-111-33-31-001-2011-00206-01
Demandante	Angie Nathaly Colorado Lozano y otros
Demandado	Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe y otros
Magistrado Ponente	Noemí Carreño Corpus

I. OBJETO DE LA DECISIÓN

Procedente del Tribunal Contencioso Administrativo del Valle del Cauca, en desarrollo de lo dispuesto en materia de descongestión en el artículo 3º del Acuerdo No. PCSJA19-11276 del 17 de mayo de 2019, prorrogado mediante el artículo 2º del Acuerdo PCSJA19-11444 del 14 de noviembre de 2019 y el Acuerdo PCSJA20-11507 del 21 de febrero de 2020, proferidos por el Consejo Superior de la Judicatura, se encuentra el proceso de la referencia en estado de dictar sentencia, a lo cual procede la Sala de Decisión de esta Corporación.

Decide la Sala los recursos de apelación formulados por la parte demandada contra la sentencia del 28 de junio 2018, proferida por el Juzgado Tercero Administrativo Oral del Circuito Judicial de Guadalajara de Buga, Valle del Cauca[1], que resolvió:

> "***PRIMERO: TENER*** *como sucesora procesal de la señora Ángela María Lozano Burbano, a la joven Angie Nathaly Colorado Lozano, su hija, de conformidad con lo expuesto en la parte considerativa del presente proveído.*
>
> ***SEGUNDO: DECLARAR NO PROBADAS LAS EXCEPCIONES*** *propuestas por las entidades demandadas, Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de*

[1] Folios 874-886, cuaderno de apelación.

Tuluá y Fundación Hospital San José de Buga conforme a lo expuesto en la parte motiva del presente proveído.

***TERCERO: DECLARAR** administrativamente responsables al Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá y a la Fundación Hospital San José de Buga, por la muerte del señor Luis Gerardo Colorado Sierra, ocurrida el 29 de diciembre de 2008, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.*

***CUARTO: CONDENAR** al Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá y a la Fundación Hospital San José de Buga, a reconocer a la joven Angie Nathaly Colorado Lozano como reclamante directa y como sucesora procesal de su progenitora, en proporción al 50% por cada una de las entidades de salud, las siguientes sumas de dinero:*
> Por concepto de perjuicios materiales a título de lucro cesante (consolidado y futuro), la suma total de trescientos setenta y ocho millones doscientos sesenta y tres mil quinientos sesenta y seis pesos con 13 centavos, moneda legal colombiana ($378.263.566,13)
> Por concepto de perjuicios morales, el equivalente a Doscientos (200) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes.

***QUINTO: ABSOLVER** a los doctores Eduardo Antonio Cruz Garrido y Álvaro López Figueroa, así como también a las aseguradoras La Previsora S.A. y Liberty Seguros S.A., como llamados en garantía, por las razones expuestas en la parte considerativa del presente proveído.*

***SEXTO: NEGAR** las demás pretensiones de la demanda.*

***SEPTIMO: CONDENAR EN COSTAS** a las instituciones demandadas, para lo cual se fijan las agencias en derecho en el 1% de las pretensiones concedidas en esta sentencia.*
(…)".

II. ANTECEDENTES

- DEMANDA

La señora Ángela María Lozano Burbano, actuando en nombre propio y en representación de su hija Angie Nathaly Colorado Lozano, instauró demanda de reparación directa contra el Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe E.S.E., y a la Fundación Hospital San José de Buga, con el objeto que se acceda a las siguientes declaraciones[2]:

[2] Folios 1-20 del cuaderno principal.

"

1. *Declárese Administrativa y Patrimonialmente responsable a las Instituciones hospitalarias Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe E.S.E. y a la Fundación Hospital San José de Buga, de los daños y perjuicios causados a las actoras por la muerte del señor Luis Gerardo Colorado Sierra, dentro del marco de hechos y circunstancias aquí narradas.*

2. *Como consecuencia de la anterior declaración se condene a las Entidades demandadas a pagar a los actores los perjuicios que se detallan a continuación y en la cuantía que se determina:*

LUCRO CESANTE

Determinable de acuerdo con las bases y la cuantía que resulte del acervo probatorio demostrado en el proceso, por la imposibilidad de continuar percibiendo los ingresos devengados por el fallecido Luis Gerardo Colorado Sierra, producto de su actividad laboral, con los cuales velaba por el sustento de su familia esposa e hija, a favor de quienes se reconocerá y pagará.

LUCRO CESANTE CONSOLIDADO O VENCIDO — INDEMNIZACIÓN DEBIDA.
Se estimará desde la fecha de la ocurrencia de los hechos imputables a las Entidades demandadas hasta la fecha de la sentencia.

LUCRO CESANTE FUTURO O ANTICIPADO — INDEMNIZACIÓN FUTURA

Se liquidará desde la fecha de la sentencia hasta el término de vida probable de la víctima.

MORALES

Se pagarán a los actores o a quien o quienes los representen en sus derechos para la fecha de la sentencia en el equivalente a salarios mínimos, de la siguiente manera:

ANGELA MARIA LOZANO BURBANO 100 Salarios mínimos legales mensuales vigentes.
ANGIE NATHALY COLORADO LOZANO 100 Salarios mínimos legales mensuales vigentes.

PERJUICIOS POR DAÑO A LA VIDA EN RELACIÓN

Se pagarán a los actores o a quien o quienes los representen en sus derechos para la fecha de la sentencia en el equivalente a salarios mínimos, de la siguiente manera:

ANGELA MARIA LOZANO BURBANO 100 Salarios mínimos legales mensuales vigentes.

ANGIE NATHALY COLORADO LOZANO 100 Salarios mínimos legales mensuales vigentes.

3. *La condena respectiva será actualizada de conformidad con lo previsto en el artículo 178 de C.C.A., aplicando en la liquidación la variación promedio mensual del Índice de Precios al Consumidor, desde la fecha de ocurrencia de los hechos hasta la de ejecutoria del correspondiente fallo definitivo.*

4. *La parte demandada dará cumplimiento a la sentencia en los términos de los artículos 176 y 177 del C.C.A."*

- **HECHOS**

La señora Ángela María Lozano Burbano fundamentó su demanda en los hechos que a continuación se resumen:

1. El día 22 de diciembre de 2008, a las 11:50 pm, el señor Luis Gerardo Colorado Sierra, ingresó por el servicio de urgencias al Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe, E.S.E., con sede en el municipio de Tuluá, Valle del Cauca, remitido del Hospital Departamental San Antonio E.S.E de Roldanillo, Valle del Cauca, con un cuadro clínico de 13 días de evolución, consistente en cefalea occipital irradiada a región frontal, visión borrosa, dolor ocular, náuseas, con una intensidad de 7/10 en la escala de dolor cuando es leve y cuando es máximo, una intensidad de 10/10.

2. El 23 de diciembre de 2008, una vez ordenada la hospitalización del señor Colorado Sierra, por la gravedad de su estado, se le practicaron entre otros exámenes una tomografía realizada por el médico radiólogo Jorge Isaac Salazar Serna, quien en un aparte de su informe consignó: "*se observa aumento en la densidad de las arterias a nivel Polígono de Willis por angioesclerosis (…) Se demuestra la extensa área hipodensa occipito-parietal derecha que hacia el vertex presenta un tamaño de 37 mm x 47 mm en sus dos diámetros principales con un índice de absorción de + 29 UH, lo que indica presencia de tejido blando hipodenso*", para concluir *"gran infarto isquémico parieto-occipital derecho angioesclerosis."*

3. Refiere que a pesar de la contundencia de los resultados arrojados, el día 24 de diciembre de 2008, el Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe, E.S.E., de

Tuluá, "*debido a la estabilidad del paciente, que no tiene déficit neurológico y por las fiestas navideñas, decide dar de alta por medicina interna"* decisión que se lee en la historia clínica distinguida con el No. 80276980.

4. Afirma que el día 25 de diciembre de 2008, el señor Luis Gerardo Colorado Sierra, nuevamente acudió al Hospital Departamental San Antonio E.S.E de Roldanillo, Valle, siendo trasladado a las 10:20 pm a la Fundación Hospital San José E.S.E. de Buga, centro médico al que ingresó a la 01:46 am del 26 de diciembre de 2008, recibiendo atención y valoración de la médico general Olga Vanessa Benítez y del neurocirujano Francisco Muñoz Roldán, quienes no revisaron los resultados de la tomografía practicada días antes, pues de ello no existe anotación en la historia clínica.

5. Señala que dicha atención se prolongó hasta las 9:50 am del 27 de diciembre de 2008 al ser dado de alta con el siguiente diagnóstico de egreso: *"paciente con infarto isquémico parieto-occipital derecho*"; sin anotaciones en el cuadro de complicaciones o de incapacidad y con recomendaciones ilegibles que contraviene la orden de remisión a un centro médico de mayor nivel de complejidad tal como correspondía dada la gravedad de su estado de salud.

6. El 29 de diciembre de 2008 a las 9:05 am, el señor Luis Gerardo Colorado Sierra, se presentó una vez más al Hospital Departamental San Antonio E.S.E de Roldanillo, Valle del Cauca. Se registró como motivo de consulta que: *"se puso muy mal, no reconoce, no responde y como con temblor, como convulsionando*".

7. Precisa que luego de ser estabilizado, el señor Colorado Sierra fue remitido al Hospital Universitario del Valle Evaristo García con sede en la ciudad de Cali, Valle del Cauca, ingresando sobre las 2:00 pm, "*(…) en muy malas condiciones generales, inconsciente con tubo traqueal por el cual le pasan 02 por ambuterapia, con sonda nasogástrica a drenaje con líquido chocolatoso con sonda vesical a bolsa, con vena canalizada en MSD (…)*" (Sic).

8. Sostiene que a las 23:00 horas del 29 de diciembre de 2008, luego de presentar un cuadro de cefalea intensa el señor Colorado Sierra, fue conducido a la unidad

de cuidados intensivos de urgencias donde fue valorado por el especialista del área de H.U.V. Alex Echeverry, quien concluyó que el paciente presentaba un deterioro clínico progresivo, que de conformidad con la valoración del especialista en neurocirugía culminó en muerte cerebral.

9. Finalmente, indica que el señor Luis Gerardo Colorado Sierra era el proveedor económico del hogar conformado con su compañera permanente Angela María Lozano Burbano y su hija Angie Nathaly Colorado Lozano, cuyos ingresos equivalían a dos salarios mínimos percibidos por el ejercicio de la labor artística que realizaba como músico en el arpa e interpretando acordes del folclore colombiano en español, inglés, italiano y francés.

- **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

Con el fin de demostrar que la muerte del señor Luis Gerardo Colorado Sierra, es imputable a las instituciones hospitalarias Tomás Uribe Uribe E.S.E. de Tuluá y San José E.S.E. de Buga, a título de falla del servicio por incumplimiento del deber de diligencia del equipo médico, el apoderado de la parte demandante señala lo siguiente: explica que el infarto cerebral ya había sido determinado con los resultados arrojados por la tomografía realizada por el radiólogo de Proinsalud IPS, de acuerdo a las valoraciones que dejó consignadas en su informe. Advierte que los médicos de las instituciones hospitalarias demandadas en forma imprudente, negligente, hicieron caso omiso a este diagnóstico y, en su lugar, le daban de alta, ante la leve mejoría que presentaba por los efectos de los analgésicos conduciéndolo a la muerte por el infarto no tratado.

Sugiere que ante el diagnóstico previo de infarto cerebral, se debió solicitar valoración por medicina interna para efectos de otorgársele todas las condiciones acordes para la verificación de su evolución y si el diagnóstico se confirmaba, el internista o los médicos debían remitirlo a una unidad de cuidados intensivos o un centro médico de alta complejidad para un manejo intervencionista y de monitoría.

- **CONTESTACIÓN**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMÁS URIBE URIBE[3]

El apoderado judicial de esta entidad se pronunció sobre los hechos refiriendo que unos hechos son ciertos, otros parcialmente ciertos o no le constan por lo que se atiene a lo que se pruebe dentro del proceso, y, de otros, manifiesta que no constituyen hechos de la demanda sino afirmaciones subjetivas.

En relación con las pretensiones, manifiesta su oposición alegando que la institución hospitalaria no tiene ninguna responsabilidad en la falla del servicio endilgada, por lo que solicita abstenerse de declarar responsable a la entidad que representa por los diversos perjuicios de orden material y moral por las siguientes razones: expone que el Hospital Tomás Uribe Uribe atendió al señor Luis Gerardo Colorado Sierra desde el 22 de diciembre de 2008 hasta el 24 de diciembre de 2008. Explica que en esa fecha fue dado de alta por el servicio de medicina interna a petición de la familia y del mismo paciente, no sin antes recomendar los medicamentos antihipertensivos y antiagregantes plaquetarios necesarios, al igual que los exámenes complementarios tales como ecocardiograma transesofágico y Eco Doppler de vasos carotideos que el hospital no podía proveer.

Asevera que durante los dos días de hospitalización el señor Colorado Sierra fue valorado por un médico internista quien ordenó se le practicara un TAC cerebral cuyos resultados mostraron que el paciente había sufrido un infarto isquémico parieto-occipital derecho (anglioesclerosis), condición con la que ingresó al centro médico y que no garantizaba la mejor evolución de su estado de salud. Asegura que al paciente se le prestó el servicio de acuerdo al nivel de atención adecuado a su patología agotando los procedimientos y tratamientos médicos de acuerdo a los lineamientos técnicos y científicos avalados.

Propuso como excepción de fondo la denominada *"inexistencia de la falla del servicio"*. Efectuó llamamiento en garantía al Dr. Omar Ramírez Solís - médico

[3] Folios 107 al 112 del cuaderno principal

internista -[4] el cual fue declarado sin efecto vinculante mediante auto de sustanciación No. 773 del 14 septiembre de 2015.[5]

FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA[6]

La apoderada judicial de la entidad hospitalaria descorrió el traslado contestando la demanda en los siguientes términos: respecto a las pretensiones, se opuso a todas y cada una de las invocadas en la demanda dirigidas contra la fundación Hospital San José de Buga, afirmando que la atención médico-asistencial y hospitalaria dispensada al señor Luis Gerardo Colorado Sierra fue adecuada, correcta, oportuna y recomendada por la ciencia médica actual.

Sobre los hechos precisó que no le constan los procedimientos agotados en otros centros médicos. Reconoció como ciertos los hechos tercero, cuarto, quinto y sexto, en tanto consta en la historia clínica allegada al proceso, enfatizando en que el alta emitida por el Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe si bien es cierto estuvo motivado tal como se indica en la demanda, "*debido a la estabilidad del paciente, que no tiene déficit neurológico y por las fiestas navideñas, se decide dar de alta por medicina interna (…)",* no es menos cierto que a renglón seguido se lee lo siguiente : *" con recomendación y Tto., con antiagregantes plaquetarios con ASA y Clopidrogel. Además, por solicitud del paciente y de la familiar."*

En cuanto al hecho séptimo contestó que es parcialmente cierto. Indica que es cierto lo manifestado por la demandante en relación con las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que el paciente arribó al hospital de la demandada, pero niega que al paciente se le hubiera ordenado el alta sin realizarle tratamiento médico alguno. En términos similares se pronunció respecto a los hechos octavo y décimo segundo, negando que los especialistas pasaran por alto los resultados del TAC realizado al señor Colorado Sierra días antes, toda vez que en la historia clínica quedaron consignadas las anotaciones de los doctores Álvaro López y Eduardo Antonio Cruz haciendo referencia a dichos resultados.

[4] Folios 1 a 3 del cuaderno No. 2.
[5] Folio 633, cuaderno No. 1B
[6] Folios 113 al 148 del cuaderno principal del expediente.

Agrega que el señor Luis Gerardo Colorado Sierra no era candidato para la realización de una intervención quirúrgica tales como endarterectomía o tratamiento endovascular pues tal como lo revela la tomografía cerebral, la lesión se ubicaba al nivel del polígono de Willis *"que es el área de la unión de varias arterias en la parte inferior del cerebro, en donde en él, las arterias carótidas internas se ramifican en arterias más pequeñas que se encargan de suministrar sangre oxigenada a más del 80% del cerebro*" siendo un área de difícil acceso quirúrgico por encontrarse en la base del cráneo. Así pues explicó que "*solo era viable el tratamiento farmacológico bajo las características, condiciones y forma en que se le suministró*".

Precisó que la falla de servicio se encuentra constituida por tres elementos entre los cuales se encuentran una falta o falla de servicio que debe ser plenamente acreditada, un daño y una relación de causalidad entre la falla y el daño. La esencialidad de estos tres elementos llega al extremo de que faltando uno de ellos no se configura la responsabilidad administrativa. Advierte que corresponde al interesado, probar la falla del servicio, la existencia del daño con todas las características que lo hacen indemnizable y la relación de causalidad.

Frente al problema jurídico planteado insistió en que al paciente se le brindó el tratamiento terapéutico adecuado y necesario para el manejo de las tres patologías que presentaba: hipertensión arterial, infarto isquémico cerebral y cefalea secundaria a las dos primeras patologías. Agrega que el alta era una conducta recomendable en el caso pues el paciente se encontraba hemodinámica y neurológicamente estable, y no presentaba compromiso cerebral que ameritara hospitalización.

Finalmente propuso las siguientes excepciones de fondo que denominó: "*inexistencia del nexo causal y cumplimiento de la obligación de medio; inexistencia de responsabilidad por ausencia de los elementos estructurales de la culpa; pericia, diligencia y cuidado en la prestación del servicio médico."* A su vez, llamó en garantía al médico internista Eduardo Antonio Cruz Garrido y al neurocirujano Álvaro López Figueroa[7].

[7] Folios 6 a 9 y 18 a 21 del cuaderno No. 2

ÁLVARO LÓPEZ FIGUEROA[8]

En calidad de llamado en garantía y por intermedio de su apoderado judicial el doctor Álvaro López Figueroa presentó escrito de contestación al llamamiento en garantía formulado en su contra. Afirma que en su condición de neurocirujano trató al paciente Luis Gerardo Colorado Sierra durante su permanencia en la Fundación Hospital San José de Buga, que para ello desplegó toda la atención, experiencia y conocimiento científico, en procura de la recuperación de su salud, ordenando el tratamiento que de acuerdo a los protocolos médico científicos y su experiencia era procedente.

Formula como excepciones las que denominó como *"inexistencia de falla del servicio médico por parte del doctor Álvaro López Figueroa ni por el Hospital San José de Buga", "falta de interés jurídico de la Fundación Hospital San José de Buga para llamar en garantía al doctor Álvaro López Figueroa" e "inexistencia de nexo causal".*

A su vez, llamó en garantía a la aseguradora Liberty Seguros S.A.

LIBERTY SEGUROS S.A.[9]

En escrito de contestación al llamamiento en garantía formulado por el Dr. Álvaro López Figueroa, la aseguradora indicó que el manejo dado al paciente por el Hospital San José de Buga y por el especialista fue adecuado, oportuno, diligente y plenamente ajustado a los cánones de la *lex artis*, y por ende no existe nexo de causalidad entre la atención brindada al paciente y su lamentable fallecimiento. Dice que el médico cumplió cabalmente con sus obligaciones de medio, no incurrió en falla, error u omisión de ningún tipo y satisfizo plenamente su deber profesional.

Propone como excepciones la *"inexistencia de responsabilidad y/o obligación alguna a cargo del médico convocante", "tratamiento adecuado, diligente, cuidadoso, carente de culpa y realizado conforme a los protocolos", "carencia de*

[8] Folios 47 a 55 del cuaderno No. 2,
[9] Folios 604 a 614 del cuaderno 1-B

prueba del supuesto perjuicio", "falta de legitimación en la causa por activa" y "enriquecimiento sin justa causa".

Respecto a la Póliza de Responsabilidad Civil Profesiones Médicas No. LB 242740 vigente del 30 de octubre de 2008 al 30 de octubre de 2009, propuso las excepciones de "*caducidad de la acción frente al llamamiento en garantía", "prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro", "inexistencia de cobertura y consecuentemente, de obligación a cargo de mi representada", "límites máximos de responsabilidad", "condiciones del seguro y disponibilidad del valor asegurado", "el contrato es ley para las partes", "exclusiones de amparo expresamente previstas en las condiciones generales de la póliza invocada como fundamento del llamamiento en garantía".*

EDUARDO ANTONIO CRUZ GARRIDO[10]

El apoderado judicial del doctor Eduardo Antonio Cruz Garrido contestó el llamamiento en garantía oponiéndose a todas y cada una de las pretensiones de la demanda por considerarlas infundadas, por no existir causa, nexo causal, culpa o conducta ilícita y no existir obligación alguna pendiente, pues su actuar profesional fue el adecuado, correcto y aceptado por la ciencia médica actual, y se dispensó la atención necesaria.

Propone como excepciones las que denominó: "falta de legitimación en la causa por activa", "inexistencia de responsabilidad por ausencia de las formas de la culpa", "ausencia de presunción de falla en la atención médica según el Consejo de Estado", "aplicación del artículo 177 del C.P.C. obligando a la parte demandante a probar todos los elementos de la responsabilidad", "obrar de acuerdo a la lex artis", "inexistencia de la obligación de indemnizar", "discrecionalidad científica" y "caducidad de la acción".

Finalmente hizo llamamiento en garantía a la Previsora S.A. Compañía de Seguros.

COMPAÑÍA DE SEGUROS LA PREVISORA S.A. SUCURSAL CALI[11]

[10] Folios 275 a 290 del cuaderno principal

El apoderado de la compañía de seguros procedió a contestar la demanda alegando que no se estructuran los elementos axiológicos requeridos para imputar responsabilidad a título de falla médica. Señala que no se presentó una conducta culposa entendida como un retardo, omisión, acción, mala praxis, error de diagnóstico, etc. En cuanto al daño y la relación de causalidad entre estos dos elementos explica que el nexo causal no se encuentra demostrado ya que la causa de los daños reclamados no es atribuible al galeno.

Formula como excepciones las de *"inexistencia de responsabilidad del llamado en garantía", "exoneración por cumplimiento de la obligación de medio", "ilegitimidad en la causa por pasiva", "carga de la prueba de los perjuicios sufridos", "carga de la prueba de los perjuicios reclamados", "inexistencia de prueba de la responsabilidad del asegurado", "aplicación de los protocolos"* y *"juramento estimatorio".*

En cuanto a la póliza de seguros profesionales médicos No. 1008093 con vigencia desde el 23 de julio de 2008 hasta el 23 de julio de 2009, propuso las excepciones de *"inexistencia de siniestro", "aplicación del deducible pactado para todos los amparos contratados", "inexistencia de cobertura y consecuentemente, de obligación a cargo de Previsora S.A.", "aplicación del valor asegurado", "inexistencia de obligación por pago total de la suma asegurada en responsabilidad civil artículo 1979 del Código de Comercio", "condiciones, amparos, límites y exclusiones de la póliza", "cuantía máxima de la indemnización", e "inexistencia de la obligación de indemnizar intereses o sanciones moratorias."*

- **SENTENCIA RECURRIDA**

[11] Folios 343 a 392 del cuaderno principal

En sentencia de fecha 28 de junio 2018 proferida por el Juzgado Tercero Administrativo Oral del Circuito Judicial de Guadalajara de Buga, Valle del Cauca, se accedió parcialmente a las pretensiones de la demanda.

El A quo consideró acreditado el daño antijurídico configurado con la muerte del señor Luis Eduardo Colorado Sierra, a partir de la lectura de las historias clínicas y de los testimonios recepcionados al personal médico que lo atendió, pruebas que valoradas en conjunto evidencian cada uno de los episodios que vivió en los Hospitales de San Antonio de Roldanillo, Tomás Uribe Uribe de Tuluá, Fundación San José de Buga y finalmente en el Hospital Universitario del Valle en la ciudad de Cali, del que se desprende una trama de insuficiente atención médica que con el pasar de los días no tuvo un desenlace distinto a la muerte del paciente.

En razón de ello, imputó a título de falla del servicio médico el actuar negligente de las entidades demandadas, por cuanto, conscientes del accidente cerebrovascular que agobiaba al señor Colorado Sierra, se limitaron a ofrecer medicamentos paliativos que disminuyeran la presión arterial impidiendo un nuevo ACV, cuando el paciente requería medidas eficaces que condujeran a reversar su situación actual, real y cierta, que no era otra, que el infarto isquémico parieto-occipital derecho que lo aquejaba, para lo cual, era de vital importancia la realización de sendos exámenes que permitieran descartar la procedencia de una intervención quirúrgica u otro procedimiento que corrigiera el funcionamiento de su sistema cerebrovascular.

El juez resalta que los galenos Eduardo Alberto Cruz Garrido y Álvaro López Figueroa, especialistas en medicina interna y neurocirugía, respectivamente, durante la hospitalización del señor Colorado Sierra en el Hospital San José de Buga, prescribieron el eco doppler cardíaco, doppler de carótidas y vertebrales, asi como un nuevo TAC. Precisa que a pesar que tales exámenes eran necesarios para complementar el diagnóstico que hasta ese momento se tenía del paciente, estos nunca se realizaron bajo el argumento de que la situación no revestía mayor gravedad y que su patología no presentaba ninguna complicación. En consideración del juez la falta de insistencia por parte de los médicos exigiendo la práctica de esas ayudas diagnósticas, constituye una prueba de la negligencia con

la que actuaron. O, en todo caso, mínimamente se acredita que hubo un descuido digno de reproche en cabeza de la entidad hospitalaria, pues a pesar de haberse ordenado la serie de exámenes como complemento para conocer el estado real de salud del paciente, y si era procedente o no realizarle un procedimiento quirúrgico a fin de corregir el infarto cerebral que ya padecía, simplemente optaron por darle salida.

El Despacho se cuestionó sobre (i) la razón por la cual no se practicaron los exámenes prescritos por los médicos especialistas, (ii) el motivo por el cual no se realizó un nuevo TAC cerebral a pesar de haber sido ordenado, y, (iii) la razón por la cual, a sabiendas que se trataba de un paciente con un ACV declarado, quien era "reconsultante" con cefalea intensa de más de 20 días, siempre se le dio de alta con simples recomendaciones médicas. A juicio del a quo, la conclusión es que se configuró una violación al contenido obligacional consagrado en la Constitución y la ley en cabeza de las entidades hospitalarias que prestaron el servicio público de salud al señor Colorado Sierra, que hoy fungen como demandadas.

En este punto, llama la atención sobre una de las anotaciones realizadas por el personal médico del Hospital Tomás Uribe Uribe de Tuluá, en la historia clínica dejando constancia que por la presunta estabilidad del paciente, la ausencia de déficit neurológico*, "las fiestas navideñas y por solicitud del paciente y la familia",* se daba el alta. A ese respecto, el operador judicial indicó que el conocimiento del estado de salud del paciente era del dominio de la entidad hospitalaria y el equipo médico que lo atendían. Por ello debieron efectuar los procedimientos necesarios para lograr su recuperación o al menos, propender por la estabilización de su cuadro de crisis, máxime a un paciente con las patologías que aquel presentaba.

Sobre la responsabilidad de los médicos llamados en garantía, el a quo los absolvió teniendo en cuenta que no se demostró dolo o culpa grave en su conducta. Precisó que la realización de los exámenes médicos hace parte de la atención médica propiamente dicha, y a su vez envuelve un grado de complejidad tal que resulta necesaria la participación de un equipo multidisciplinario. Este equipo se encuentra conformado por enfermeros, instrumentadores, auxiliares, incluso personal administrativo, que tienen a su cargo diversas competencias,

personal en el que pudo haberse diluido la orden dada por los médicos, dando así al traste con la realización de dichos exámenes.

El a quo reconoció como sucesora procesal[12] de Angela María Lozano Burbano a Angie Nathaly Colorado Lozano, con motivo precisamente del deceso de aquella.

Finalmente, los hospitales Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá y la Fundación Hospital San José de Buga, fueron condenados por los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales ocasionados con la muerte del señor Luis Gerardo Colorado Sierra, el 29 de diciembre de 2008 en el Hospital Universitario del Valle Evaristo García. Se negó la indemnización por daños a la vida en relación al no encontrar probados los presupuestos para su reconocimiento.

- **RECURSO DE APELACIÓN**

Fundación Hospital San José de Buga[13]

Inconforme con la sentencia de primera instancia, la entidad hospitalaria interpuso recurso de apelación solicitando se revoque la decisión proferida y, en su lugar, se nieguen todas las pretensiones de la demanda condenando en costas a la parte demandante.

Alega que el Juez en su sentencia se aleja de la sana crítica, pues desconoció el abundante material probatorio aportado al proceso por la parte demandada y solo basó su fallo en la conclusión del porque no se practicaron los exámenes prescritos por los médicos especialistas, dejando por fuera de su análisis que fueron los mismos médicos tratantes del paciente quienes decidieron ordenar su alta médica, tal como obra en la Historia Clínica de la Fundación Hospital San José de Buga.

Agrega que la decisión judicial desconoce que la actuación de la Fundación Hospital San José de Buga, a través de sus médicos adscritos, no revistió desde

[12] Folio 848 del cuaderno 1B
[13] Folios 888 al 896 del cuaderno apelaciones

ningún punto de vista mala fe, imprudencia, negligencia, impericia o que con la decisión tomada por los médicos tratantes de ordenar el alta del paciente se le hubiere ocasionado un daño.

Aduce que el Juez de primera instancia consideró que el hecho de no haber practicado los exámenes de ecodoppler y el TAC cerebral al señor Luis Gerardo Colorado Sierra, incidió en la posterior muerte del paciente, sin embargo, olvida que los exámenes ordenados son de carácter diagnóstico y no terapéutico, por lo que la condición clínica del paciente no hubiera cambiado de ninguna manera y bajo ninguna circunstancia a pesar que se hubieren practicado. Enfatiza que la evolución de la enfermedad que padecía el señor Luis Gerardo Colorado Sierra era totalmente imprevisible, que no se podía determinar a ciencia cierta cuándo iba a sufrir un nuevo infarto, ya que eso depende de la respuesta y adherencia al tratamiento farmacológico por parte del paciente.

Afirma que el daño en sentido estricto ya existía, como quiera que se trataba de un paciente que antes de ingresar a la Fundación Hospital San José de Buga, ya había sufrido un gran infarto isquémico parieto-occipital derecho y angioesclerosis. También se le había ordenado manejo farmacológico en la otra institución hospitalaria en donde había consultado, y cuya única causa de consulta en su institución fue presentar cefalea (dolor de cabeza). Esta sintomatología fue tratada y además se le ajustó el esquema farmacológico instaurado con la finalidad de disminuir el riesgo de un nuevo evento vascular, lo cual no sucedió durante su estancia en el centro médico.

Sostiene que no existe ni una sola prueba técnica ni médico-científica que sirva de fundamento a las acusaciones presentadas por la parte demandante. Por el contrario, cita las declaraciones de los doctores Pedro Arturo Cogollo, médico neurocirujano y Omar Ramiro Solís, médico general, quienes manifestaron que el manejo dado al señor Luis Gerardo Colorado Sierra en la Fundación Hospital San José de Buga fue adecuado, acertado y totalmente pertinente para un paciente que ha sufrido un infarto isquémico cerebral. En este sentido argumenta que el manejo de los factores de riesgo es lo más importante tras un episodio de infarto isquémico. Para ello, se requiere la administración del tratamiento farmacológico

adecuado y necesario, tal y como efectivamente se realizó. Precisa que también quedó demostrado que el paciente no se beneficiaba de un manejo quirúrgico debido a la localización de la lesión, por lo que el manejo adoptado era el recomendado.

Empresa Social del Estado Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe[14]

El apoderado judicial de la E.S.E Tomás Uribe Uribe de Tuluá presentó recurso de apelación oponiéndose a que se declare administrativamente responsable a la institución de salud que representa, en virtud de la inexistencia de título de culpa en la atención brindada a Luis Gerardo Colorado Sierra.

Como primer argumento de la apelación expone que el equipo humano del centro médico cumplió con la prestación del servicio de una forma eficiente y conforme a la lex artis. Agrega que en la misma sentencia se reconoce que no fue posible agotar la totalidad de las pruebas, omitiendo una prueba trascendental para la resolución del caso bajo estudio, reemplazándola por una lectura de las historias clínicas y de cada uno de sus episodios. Por consiguiente, reitera que no le es atribuible a la Empresa Social del Estado Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe el reconocimiento y pago de los perjuicios pretendidos por los demandantes.

- **ALEGACIONES**

Eduardo Antonio Cruz Garrido[15]**.**

El apoderado judicial del llamado en garantía inicia su intervención trayendo a colación el artículo 328 del C.G.P., solicitando que el estudio de los recursos de apelación se resuelva en torno a los motivos de inconformidad propuestos por los apelantes, excluyendo los aspectos relacionados con el llamamiento en garantía, al no ser objeto de impugnación. Sumado a lo anterior, expone su inconformidad por la responsabilidad imputada al Hospital San José de Buga por la muerte del

[14] Folio 898 del cuaderno de apelación.
[15] Folios 914 al 919 del cuaderno de apelaciones.

señor Luis Gerardo Colorado Sierra ya que con las pruebas allegadas al expediente se encuentra probado que al paciente se le brindó el manejo terapéutico adecuado y requerido para las patologías que presentaba. Precisa que debido a la mejoría en la cefalea, que las cifras tensionales bajaron a niveles adecuados y a que no hubo compromiso cerebral, según se evidencia en la tabla neurológica, el día 27 de diciembre de 2008 se ordenó la salida a las 9:00 am.
Cuestiona lo manifestado por el juez de primera instancia respecto a la necesidad de remitir al paciente a otro nivel de complejidad ante la gravedad de su estado de salud, debido a que la condición del paciente al momento del alta era estable y sus signos vitales eran normales como quedó consignado en la historia clínica.

Cita apartes de la declaración rendida por el testigo técnico Pedro Arturo Cogollo que en su sentir convalida cada uno de los procedimientos desarrollados en el paciente y que no fue apreciada por el fallador al momento de tomar la decisión, aclarando que la muerte del señor Colorado Sierra fue producto de un evento súbito impredecible, que escapa del manejo médico.

La parte demandante[16]

La parte demandante solicitó la confirmación de la sentencia impugnada, por cuanto los argumentos esbozados en el recurso de apelación son los mismos que condensan la defensa de las demandadas, sin que ello implique en concreto un reparo al fallo.

La Previsora S.A. [17]

A través de su apoderada judicial la entidad aseguradora también descorrió el traslado solicitando se confirme la sentencia de primera instancia y para ello ratificó lo dicho en el contradictorio al contestar el llamamiento en garantía.

- **ACTUACIÓN PROCESAL**

[16] Folio 921 al 925 del cuaderno de apelaciones
[17] Folios 927 al 939 del cuaderno de apelaciones

El Juzgado Tercero Administrativo Oral del Circuito Judicial de Guadalajara de Buga, Valle del Cauca, profirió sentencia del 28 de junio 2018 accediendo parcialmente a las pretensiones de la demanda.[18]

El Hospital de San José de Buga y el Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá, Valle, interpusieron dentro de la oportunidad procesal recurso de apelación contra la sentencia proferida, el cual fue concedido mediante auto de fecha 03 de septiembre de 2018.[19]

Por auto No. 480 fechado 17 de septiembre de 2018, el Tribunal Contencioso Administrativo del Valle del Cauca, admitió el recurso de apelación interpuesto por la parte demandada,[20] y por medio de auto No. 519 del 12 de octubre de 2018, [21] corrió traslado a las partes por el término de 10 días para alegar de conclusión, oportunidad en la cual alegaron la parte demandante, el doctor Eduardo Antonio Cruz y la Previsora S.A. Las demás partes demandadas y el Ministerio Público guardaron silencio.

En cumplimiento a lo ordenado en el Acuerdo No. PCSJA19-11276 del 17 de mayo de 2019, prorrogado mediante el artículo 2 del acuerdo PCSJA19-11444 del 14 de noviembre de 2019 y el Acuerdo PCSJA20-11507 del 21 de febrero de 2020, proferidos por el Consejo Superior de la Judicatura, se remitió el presente proceso al H. Tribunal Administrativo del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina para proferir la sentencia correspondiente.

Mediante auto No. 0138 de fecha 02 de julio de 2019, esta Corporación avocó conocimiento del proceso.[22]

III. CONSIDERACIONES

[18] Folios 874-886, cuaderno de apelación.
[19] Folio 909 del cuaderno de apelaciones
[20] Folio 911 cuaderno de apelaciones
[21] Folio 914 del cuaderno de apelaciones
[22] Folio 942 del cuaderno de apelaciones.

Procede la Sala a resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte demandada contra la sentencia que dictó el Juzgado Tercero Administrativo Oral del Circuito Judicial de Guadalajara de Buga, Valle del Cauca, el 28 de junio 2018, de conformidad con la competencia del superior según lo establecido en el artículo 328 del Código General del Proceso.[23]

- **COMPETENCIA**

El Tribunal Administrativo es competente para conocer en segunda instancia de las apelaciones de sentencias dictadas en primera instancia por los Jueces Administrativos, de conformidad con el numeral 1º del artículo 133 del C.C.A., modificado por la Ley 446 de 1998 artículo 41.

Ahora bien, el Tribunal Contencioso Administrativo del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina es competente, en atención a lo dispuesto en materia de descongestión en el Acuerdo No. PCSJA19-11276 del 17 de mayo de 2019, prorrogado mediante el artículo 2º del Acuerdo PCSJA19-11444 del 14 de noviembre de 2019 y el Acuerdo PCSJA20-11507 del 21 de febrero de 2020, proferidos por el Consejo Superior de la Judicatura

- **CADUCIDAD Y PROCEDIBILIDAD DE LA ACCIÓN**

Según el artículo 136 del Código Contencioso Administrativo, aplicable para la época de los hechos[24], la acción de reparación directa caduca al cabo de dos (2) años, contados a partir del día siguiente al acaecimiento del hecho, omisión u operación administrativa o de ocurrida la ocupación temporal o permanente del

[23] **ARTÍCULO 328. COMPETENCIA DEL SUPERIOR**. El juez de segunda instancia deberá pronunciarse solamente sobre los argumentos expuestos por el apelante, sin perjuicio de las decisiones que deba adoptar de oficio, en los casos previstos por la ley.
Sin embargo, cuando ambas partes hayan apelado toda la sentencia o la que no apeló hubiere adherido al recurso, el superior resolverá sin limitaciones.
En la apelación de autos, el superior sólo tendrá competencia para tramitar y decidir el recurso, condenar en costas y ordenar copias.
El juez no podrá hacer más desfavorable la situación del apelante único, salvo que en razón de la modificación fuera indispensable reformar puntos íntimamente relacionados con ella.
En el trámite de la apelación no se podrán promover incidentes, salvo el de recusación. Las nulidades procesales deberán alegarse durante la audiencia.

[24] Ley 446 de 1998.

inmueble de propiedad ajena, por causa de trabajo público o por cualquier otra causa.

En el *sub examine*, se demanda por una falla en la prestación del servicio de salud que habría provocado que el señor Luis Gerardo Colorado Sierra sufriera lesiones neurológicas irreversibles que lo condujeron a la muerte. Al respecto, está acreditado mediante el registro civil de defunción visible a folio 25 del cuaderno principal del expediente que la muerte del Sr. Luis Gerardo Colorado Sierra se produjo el día 29 de diciembre de 2008, por lo que en principio el término de los dos años corrían desde el 30 de diciembre de 2008 al 30 de diciembre de 2010. En el expediente reposa el acta de conciliación prejudicial declarada fallida por la Procuraduría 60 judicial I para asuntos administrativos ante los Juzgados Administrativos de Cali, con fecha del **24 de febrero de 2011**, por medio de la cual se deja constancia que el día **14 de diciembre de 2010**, el apoderado de la parte actora presentó solicitud de conciliación ante su despacho. Es decir que la petición de conciliación fue presentada 16 días antes del vencimiento del término de caducidad. Como se observa, la demanda fue radicada el 11 de marzo de 2011[25], habiendo transcurrido 15 días de los 16 que tenía la parte para presentar de manera oportuna la acción de reparación directa. Así pues, es claro que se demandó dentro de la oportunidad legal.

- **LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA**

La legitimación en la causa tiene dos dimensiones, la de hecho y la material. La primera surge de la formulación de los hechos y de las pretensiones de la demanda, de modo que quien presenta el escrito inicial se encuentra legitimado por activa, mientras que el sujeto a quien se le imputa el daño se encuentra legitimado en la causa por pasiva.

A su vez, la legitimación material es condición necesaria para, según corresponda, obtener decisión favorable a las pretensiones y/o a las excepciones, punto que se

[25] Folio 91 del cuaderno principal

define al momento de estudiar el fondo del asunto, con fundamento en el material probatorio debidamente incorporado a la actuación.

Así, en relación con el extremo pasivo, la legitimación en la causa de hecho se vislumbra a partir de la imputación que la demandante hace al extremo demandado, mientras que la legitimación material únicamente puede verificarse como consecuencia del estudio probatorio, dirigido a establecer si se configuró la responsabilidad endilgada desde el libelo inicial.

Legitimación en la causa de los demandantes

La señora Ángela María Lozano Burbano, actuando en nombre propio y en representación de su hija Angie Nathaly Colorado Lozano, a través de apoderado judicial, compareció a este asunto como demandante, de modo que se encuentra acreditada su legitimación de hecho en la causa[26]. Se encuentra demostrado, asimismo, que la señora Ángela María Lozano Burbano compareció al proceso como cónyuge de la víctima directa del daño, al igual que se demostró la calidad de hija de Angie Nathaly Colorado Lozano con la victima directa, conformando así su núcleo familiar, de suerte que se encuentra demostrada su legitimación de hecho en la causa.

Legitimación en la causa de las demandadas

Los demandantes formularon las imputaciones contra el Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe E.S.E., y a la Fundación Hospital San José de Buga de modo que se encuentran legitimados de hecho en la causa por pasiva, pues a ellos se les imputa el daño que los actores alegaron haber sufrido.

En relación con la legitimación material, precisa la Sala que el tema no se analizará *ab initio*, sino cuando se estudie el fondo del asunto y resulte posible establecer si existió o no una participación efectiva de las demandadas en la causación del daño que se alega y si ello resulta imputable como condición necesaria para que proceda la declaratoria de responsabilidad pretendida.

[26] Folios 18 y 19 del cuaderno principal.

- **PROBLEMA JURÍDICO**

Le corresponde a esta Corporación determinar si las entidades demandadas son administrativamente responsables por los perjuicios ocasionados a los demandantes en razón de la muerte del señor Luis Gerardo Colorado Sierra, daño que la parte demandante imputa alegando falla en el servicio médico-asistencial.

Para resolver el problema jurídico, la Sala deberá revisar de manera separada la atención brindada al paciente en cada uno de los centros hospitalarios condenados, ya que la responsabilidad solo puede ser analizada de manera individual. Además se hace necesario estudiar la figura de la pérdida de oportunidad para determinar si las demandadas están llamadas a responder pero por ese título de imputación, esto es, por la pérdida de oportunidad de sobrevida del paciente.

- **TESIS**

La Sala de Decisión de esta Corporación modificará la sentencia apelada reduciendo el monto condenatorio dado que se configuró la pérdida de oportunidad de sobrevida del paciente quien padecía una enfermedad de alta mortalidad y su estado de salud era precario desde que ingresó por primera vez al hospital departamental Tomás Uribe Uribe ESE. En el proceso se demostró que el paciente sufrió un gran infarto isquémico el cual no le puede ser imputado jurídicamente a las entidades demandadas. De esta manera, en la medida en que en este caso no se logra demostrar fehacientemente que la falla en la prestación del servicio de salud fue causa directa de la muerte del paciente la responsabilidad imputable es a título de pérdida de oportunidad.

- **MARCO NORMATIVO Y JURISPRUDENCIAL**

El artículo 90 de la Constitución Política de 1991, estableció de manera expresa la cláusula general de responsabilidad patrimonial del Estado "*por los daños*

antijurídicos ocasionados por la acción u omisión de las autoridades públicas". Por tanto, la existencia de un daño antijurídico sufrido por la víctima y su imputabilidad a un órgano del Estado son los dos los elementos sustanciales necesarios para declarar la responsabilidad del Estado.

El daño antijurídico consiste en el perjuicio que el damnificado no está en el deber de soportar. La imputabilidad consiste en la atribución del daño a la demandada, basada en uno de los siguientes factores de imputación: (i) El funcionamiento anormal de la administración (falla del servicio), (ii) el funcionamiento normal de la administración que produce un desequilibrio en las cargas públicas (daño especial); (iii) la teoría del riesgo creado (actividades peligrosas); (iv) el enriquecimiento injustificado de la administración. (Actio in rem verso).

Respecto del régimen de imputación de la actividad médica, el H. Consejo de Estado, tiene abundante jurisprudencia que ilustra el tema, razón por la cual esta Corporación trae a colación el análisis efectuado por la misma, por cuanto deberá ser tenido en cuenta para resolver el asunto sub judice[27]:

"(…)

Régimen de imputación derivado de la actividad médica

Ahora bien, en cuanto al régimen de responsabilidad derivado de la actividad médica, en casos como el presente la Sección ha establecido que el régimen aplicable es el ***de falla del servicio,*** *realizando una transición entre los conceptos de falla presunta y falla probada, en la actualidad la posición consolidada de la Sala en esta materia la constituye aquella según la cual es la* ***falla probada del servicio*** *el título de fundamento bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria[28].*

En el mismo sentido, partiendo del análisis del caso en el marco de la falla probada del servicio como título de imputación[29], "… en la medida en que el demandante alega que existió una falla del servicio médico asistencial que produjo el daño antijurídico por el cual reclama indemnización…"[30].

[27] CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCIÓN TERCERA. SUBSECCIÓN C. Consejero ponente: JAIME ORLANDO SANTOFIMIO GAMBOA. Bogotá D.C., veintisiete (27) de noviembre de dos mil diecisiete (2017). Radicación número: 66001-23-33-000-2013-00147-01(52993). Actor: RUBIEL MONSALVE CARDONA Y OTROS. Demandado: E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA.
[28] Consejo de Estado – Sección Tercera, sentencia de 12 de mayo de 2011, Exp. 19.835.
[29] Sentencias de agosto 31 de 2006. Exp. 15772; octubre 3 de 2007. Exp. 16.402; 23 de abril de 2008, Exp.15.750; 1 de octubre de 2008, Exp. 16843 y 16933; 15 de octubre de 2008, Exp. 16270; 28 de enero de 2009, Exp. 16700; 19 de febrero de 2009, Exp. 16080; 18 de febrero de 2010, Exp. 20536; 9 de junio de 2010, Exp. 18.683.
[30] Sentencia de 23 de septiembre de 2009, Exp. 17.986.

Dicho título de imputación opera, como lo señala la jurisprudencia de la Sección Tercera no sólo respecto de los daños indemnizables derivados de la muerte o de las lesiones corporales causadas, sino que también comprende:

"… los que se constituyen por la vulneración del derecho a ser informado; por la lesión del derecho a la seguridad y protección dentro del centro médico hospitalario y, como en este caso, por lesión del derecho a recibir atención oportuna y eficaz"[31].

Cuando la falla probada en la prestación del servicio médico y hospitalario se funda en la "lesión al derecho a recibir atención oportuna y eficaz", se debe observar que esta produce como efecto la vulneración de la garantía constitucional que recubre el derecho a la salud, especialmente en lo que hace referencia al respeto del principio de integridad en la prestación de dicho servicio, el cual según el precedente jurisprudencial constitucional:

*"**La protección al derecho fundamental a la salud no se limita simplemente al reconocimiento de los servicios que se requieren con necesidad; sino que comprende también su acceso de manera oportuna, eficiente y de calidad. La prestación del servicio de salud es oportuna cuando la persona lo recibe en el momento que corresponde para recuperar su salud sin sufrir mayores dolores y deterioros. En forma similar, el servicio de salud se considera eficiente cuando los trámites administrativos a los que se somete al paciente para acceder a una prestación requerida son razonables, no demoran excesivamente el acceso y no imponen al interesado una carga que no le corresponde asumir.** Por otro lado, el servicio de salud es de calidad cuando las entidades obligadas a prestarlo actúan de manera tal "que los usuarios del servicio no resulten víctimas de imponderables o de hechos que los conduzcan a la desgracia y que, aplicando con razonabilidad los recursos estatales disponibles, pueden ser evitados, o su impacto negativo reducido de manera significativa para la persona eventualmente afectada"[32].(Negrilla de la Sala)*

Dicho principio de integralidad del servicio exige considerar, según el precedente jurisprudencial constitucional, que

"Todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud"[33].

A lo que se agrega, según el precedente jurisprudencial constitucional:

"Se considera por tanto que hay un daño, cuando se produce un dolor intenso, cuando se padece la incertidumbre y cuando se vive una larga e injustificada espera, en relación con la prestación de servicios médicos, la aplicación de medicamentos o la ejecución de procedimientos que no llegan o que se realizan de manera tardía o incómoda.

[31] Sentencia de 7 de octubre de 2009. Exp. 35656.
[32] Corte Constitucional, sentencia T-104 de 2010.
[33] Corte Constitucional, sentencia T-1059 de 2006.

"Al respecto cabe destacar que el derecho a la salud de conformidad con la jurisprudencia de la Corte Constitucional:

-Debe ser integral:

"(…) la atención y el tratamiento a que tienen derecho los pertenecientes al sistema de seguridad social en salud cuyo estado de enfermedad esté afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas, son integrales; es decir, deben contener todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento[34], así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente[35] o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud"[36].

En ese sentido, la Sala ha manifestado en decisiones precedentes que dicha falla se circunscribe a una consideración básica:

"La obligación de prestar asistencia médica es compleja, es una relación jurídica total, compuesta por una pluralidad de deberes de conducta (deber de ejecución, deber de diligencia en la ejecución, deber de información, deber de guardar secreto médico, etc.). Ese conjunto de deberes conforma una trama, un tejido, una urdimbre de la vida social responde a la idea de organización –más que de organismos- en punto a la susodicha relación jurídico total (…) Por tanto, aquel deber jurídico principal supone la presencia de otros deberes secundarios de conducta, como los de diagnóstico, información, recepción de la voluntad jurídica del enfermo –llamada comúnmente consentimiento del paciente-, prescripción, guarda del secreto profesional, satisfacción del plan de prestación en su integridad (actividad que supone no abandonar al enfermo y cuidar de él hasta darlo de alta)"[37] (subrayado fuera de texto).

(…)

Sobre la pérdida de oportunidad, el Consejo de Estado ha enseñado:

7.- Oportunidad de sanar como parte del derecho a la salud – pérdida de la oportunidad[38]

[34] Que comprende, a su vez, diversas obligaciones: a) de habilidad y diligencia, referida la primera a aquellos supuestos en los que produzca un daño antijurídico como consecuencia de un diagnóstico, intervención o atención médica en un campo para el que el profesional, o la institución médica no tenga la aptitud o el personal idóneo en la especialidad necesaria, o de no consultar con un especialista, o de incumplirse el deber de aconsejar la remisión del paciente; b) obligación de medio técnicos, consistente en la existencia del material adecuado "para que el trabajo a realizar pueda efectuarse en condiciones normales de diagnóstico y tratamiento"; así como en el "mantenimiento en correcto estado de funcionamiento de los aparatos", ámbito en el que cabe incluir la profilaxis necesaria, y; c) obligación de continuidad en el tratamiento". FERNANDEZ HIERRO, José Manuel. Sistema de responsabilidad médica., ob., cit., pp.257 a 269.
[35] En este sentido se ha pronunciado la Corporación, entre otras, en la sentencia T- 136 de 2004 MP Manuel José Cepeda Espinosa
[36] Corte Constitucional, sentencias T- 1059 de 2006; T- 062 de 2006; T- 730 de 2007; T- 536 de 2007; T- 421 de 2007.
[37] Sección Tercera, sentencia de 18 de febrero de 2010. Exp. 17655.
[38] Consejo de Estado, Sección Tercera – Subsección C, sentencia de 18 de mayo de 2017, Exp. 37.504.

Debe preverse que la prestación del servicio de salud protege, principalmente, el derecho a la vida y a la integridad psicofísica del paciente, así como el mismo derecho a la salud y a su recuperación, lo cual quedó ampliamente conceptualizado en los acápites precedentes.

En este entendido deben observarse los derechos a la salud y a la recuperación de la salud, que bajo las voces del artículo 49 constitucional[39] se promocionan y protegen mediante la garantía del servicio público de salud, que a su vez resguardan los derechos a la vida y la integridad psicofísica del paciente.

De manera que en aquellos casos en que no logre acreditarse, fehacientemente, que la falla en la prestación del servicio de salud fue causa directa de la muerte del paciente, porque éste ya se encontraba en una precaria condición de salud, lo importante será determinar que el servicio de salud a que dicho paciente tenía derecho se prestó en condiciones de integralidad para garantizar los derechos adicionales de protección y recuperación de la salud, contenidos en el artículo 49 constitucional.

En este sentido, la Sala ha considerado:

"No es de recibo el criterio de la entidad apelante, según el cual "no puede afirmarse que la falla del servicio en la que se presume que incurrió la entidad DEMANDADA tenga incidencia en el resultado (…) porque no se acreditó por la parte DEMANDANTE el vínculo causal entre la falla (actividad de la administración por acción u omisión) y el hecho dañoso de la muerte". Nótese que la hipótesis así ***planteada refiere la muerte[40], esto es, la afectación del derecho a la vida, como el único daño antijurídico que sufrió la víctima, pero pierde de vista que éste devino de la vulneración de su derecho a recuperar la salud mediante la prestación del servicio público de salud, ya que como bien lo sostuvo la misma apelante el paciente se encontraba en una "precaria condición de salud" y, se itera, fue privado de la oportunidad de recuperarla, pues es claro, que el paciente tenía derecho a recibir la atención médica tendiente a restaurar su salud pero, inconscientemente, la entidad demandada lo privó de ella y sólo lo atendió cuando lo vio "en estado crítico", momento en el cual su reanimación se hizo imposible."[41]***

En aquella oportunidad, para desatar el caso que allí ocupó su atención, la Sala citó un pronunciamiento reciente de la Subsección A, en el cual se dijo:

Así las cosas, si bien es cierto que en este asunto no puede concluirse con la fuerza de convicción necesaria que la actuación –o mejor– la omisión de la entidad demandada en haber retardado por dos horas la intervención quirúrgica que necesitaba el paciente o, en no haber suministrado la cantidad de sangre que se requería, pudieran erigirse en las causas determinantes del deceso del señor Jhon Fernando Urueña García, no es menos cierto que

[39] **Artículo 49.** Modificado por el Acto Legislativo No 02 de 2009. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.
[40] Copia auténtica del certificado de defunción expedido por la Notaría Sexta del Círculo de Pereira – Risaralda, en el que consta que bajo el folio No. 3510219, se halla inscrita la muerte del señor Gildardo Antonio López Ramírez, el 27 de enero de 2000 en el Municipio de Pereira – Risaralda (Fls 10 del C.1)
[41] Consejo de Estado, Sección Tercera – Subsección C, sentencia de 26 de marzo de 2014, Exp. 26.924, M.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

dichas omisiones excluyen la diligencia y cuidado con que debió actuar la entidad para dispensar una eficaz prestación del servicio público. Así pues, si el Hospital EL Tunal III Nivel hubiera dado cumplimiento a dichos requerimientos para recobrar la salud del paciente, no le habría hecho perder al aludido paciente el "chance" o la oportunidad de recuperarse.

Así las cosas, para el sub examine, resulta evidente la pérdida de la oportunidad de recobrar la salud del paciente, toda vez que la omisión de la entidad demandada le restó oportunidades a la víctima de sobrevivir, puesto que -bueno es reiterarlo-, le dejó de brindar atención durante las dos primeras horas, así como no realizó la trasfusión que necesitaba el paciente -pues no contaba con la suficiente cantidad de sangre- y, cuando finalmente se dio cumplimiento a dicho requerimiento, éste no pudo recobrar su salud y falleció horas después, por manera que ante un hecho evidente, como lo era la progresiva hemorragia del señor Urueña García, la entidad demandada debió, en un primer momento, brindar la atención durante esas dos primeras horas de evolución de su cuadro clínico y, en segundo término, disponer de la cantidad necesaria de sangre para transfundirlo antes de que su estado hubiere empeorado al punto de ser irreversible. Por lo tanto, la Sala declarará la responsabilidad del Hospital El Tunal III Nivel por la pérdida de la oportunidad de curación y de sobrevivir, la cual tiene relación y/o nexo directo con la actuación de dicha entidad.

En casos como el presente, en los cuales se ha declarado la responsabilidad del Estado con fundamento en la denominada pérdida de oportunidad, la Jurisprudencia de esta Sección ha razonado de la siguiente forma:

"(…)Debe señalarse que la mayor parte de los desarrollos relacionados con este tópico han tenido lugar, siguiendo la línea que se evidencia en otras latitudes ─a lo cual se hizo alusión precedentemente─ en el derecho de daños y, más puntualmente, en el ámbito de la responsabilidad médica; es, entonces, en este terreno, aquél en el cual principalmente puede referirse la existencia de pronunciamientos en los cuales la Sala ha reconocido algunos de los elementos de la figura de la pérdida de chance, como la combinación de elementos de certeza y de incertidumbre que comporta[42]*, su aparente*

[42] Así, en pronunciamiento en el cual condenó a la entidad demandada ─Hospital Militar Central─ por entender que incurrió en una falla en la prestación del servicio a su cargo al incurrir en una omisión en el deber de información al paciente que le impidió a éste optar por someterse o rehusar la intervención médica, con lo cual se le privó de "la oportunidad de no resultar afectado por una intervención que podía aceptar o no", la Sala expresó lo siguiente en relación con el contenido de la noción de "pérdida de oportunidad" que invocó como sustento de la condena:
"Así ocurre en materia de pérdida de oportunidad y en cada caso se impone el examen de los hechos que permita calificar el daño. La pérdida de oportunidad en ocasiones es un perjuicio actual y en otras un perjuicio futuro. Invocada la posibilidad de un perjuicio cuya realización no puede constatarse, la incertidumbre subsistirá por siempre pero la oportunidad existía, se perdió y en forma definitiva. Hipótesis en el terreno judicial suelen concebirse como la del abogado que no apeló y por ello se perdió la oportunidad de éxito en el recurso. Si la oportunidad aparece como nula o prácticamente nula el perjuicio se limita a los gastos resultantes para el cliente por el error cometido por el responsable.(…)
La pérdida de la oportunidad de curarse o de sobrevivir se toma en consideración cuando es virtual y atribuible al accidente, en tanto que si ella es apenas eventual no será tenida como reparable: "Si la víctima o sus causahabientes pueden establecer que sus oportunidades de curación hubiesen sido más grandes si el médico le hubiera dispensado cuidados más atentos, ella podría obtener por ese concepto indemnización de daños y perjuicios"" ─La Responsabilité Civile, Philippe Le Tourneau, Dalloz, 1972, p. 112 ─.(…)
Se recuerda que la falla no consistió en la atención médica propiamente dicha, la cual fue diligente y oportuna (ver su copiosa historia clínica contenida en el c. 3), sino en la pérdida de oportunidad del paciente, ampliamente comentada. Esto nos conduce necesariamente a reflexionar sobre el monto de la condena.(…)

proximidad —que no identificación— con la antes mencionada causalidad probabilística, así como la distinción —también referida previamente en este proveído— entre la relación causal del hecho considerado dañino con la ventaja finalmente perdida o con el detrimento a la postre padecido por la víctima, de un lado y con la desaparición de la probabilidad de alcanzar dicho provecho o de evitar el deterioro patrimonial, de otro, como modalidades de daño claramente diferenciables:

*"**Ahora bien, la Sala se pregunta: ¿ese cúmulo de deficiencias, fue la causa exclusiva del deceso del paciente ? o fue causa de la pérdida del chance para la recuperación del paciente?.***

- En cuanto al primer punto: "la muerte" del paciente tiene su causa en la negligencia administrativa?.

*Al respecto no existe prueba que conduzca a la Sala a afirmar lo uno o lo otro y, en esa medida, no puede sostenerse por ejemplo, que la falta de valoración oportuna por un especialista de neurología haya sido la causa que concurrió con la patología del enfermo al desenlace fatal. Tampoco puede concluirse que la no práctica oportuna del scanner tenga la suficiente eficacia causal para comprometer la responsabilidad demandada. **Pero lo que si resulta absolutamente claro, es que las omisiones en que incurrió el grupo médico o la organización institucional en la prestación del servicio de salud, excluyen la idea de diligencia y cuidado, de regularidad y eficaz prestación del servicio público**.*
(…).
En cuanto al otro punto: ¿la negligencia administrativa fue causa de la pérdida de "chance" u oportunidad para la recuperación del paciente?.

Para la Sala no es claro que aún si la Administración hubiera actuado con diligencia el señor Franklin habría recuperado su salud; pero sí le es claro, con criterio de justicia, que si el demandado hubiese obrado con diligencia y cuidado no le habría hecho perder al paciente el chance u oportunidad de recuperarse".

La jurisprudencia ya trató antes ese punto. En sentencia dictada el día 26 de abril de 1999 se dijo:

'Si bien es cierto que no existe certeza en cuanto a que de haberse realizado un tratamiento oportuno el paciente no hubiera muerto pues nunca se tuvo un diagnóstico definitivo de la enfermedad que padecía, sí lo es en cuanto a que el retardo de la entidad le restó oportunidades de sobrevivir. Se trata en este caso de lo que la doctrina ha considerado como una 'pérdida de una oportunidad'. Al respecto dice Ricardo de Ángel Yaguez:

'Es particularmente interesante el caso sobre el que tanto ha trabajado la doctrina francesa, esto es, el denominado la perte d'une chance, que se podría traducir como 'pérdida de una oportunidad'.

Entonces, tomando como referencia el ya deteriorado estado de salud presentado por LUIS ALFREDO SÁNCHEZ antes del 13 de mayo de 1993, y el dictamen médico laboral rendido con posterioridad, la Sala, en aplicación del principio de arbitrio judicial, considera justo y proporcional al 50% del perjuicio causado, reconocer a los demandantes las siguientes sumas: …" (énfasis añadido). Cfr. Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 24 de enero de 2002; Consejero Ponente: Jesús María Carrillo Ballesteros; Radicación número: 25000-23-26-000-1994-9875-01(12706).

'CHABAS ha hecho una reciente recapitulación del estado de la cuestión en este punto, poniendo, junto a ejemplos extraídos de la responsabilidad médica (donde esta figura encuentra su más frecuente manifestación), otros como los siguientes: un abogado, por negligencia no comparece en un recurso y pierde para su cliente las oportunidades que éste tenía de ganar el juicio; un automovilista, al causar lesiones por su culpa a una joven, le hace perder la ocasión que ésta tenía de participar en unas pruebas para la selección de azafatas.

'Este autor señala que en estos casos los rasgos comunes del problema son los siguientes: 1. Una culpa del agente. 2. Una ocasión perdida (ganar el juicio, obtención del puesto de azafata), que podía ser el perjuicio. 3. Una ausencia de prueba de la relación de causalidad entre la pérdida de la ocasión y la culpa, porque por definición la ocasión era aleatoria. La desaparición de esa oportunidad puede ser debida a causas naturales o favorecidas por terceros, si bien no se sabrá nunca si es la culpa del causante del daño la que ha hecho perderla: sin esa culpa, la ocasión podría haberse perdido también. Por tanto, la culpa del agente no es una condición sine qua non de la frustración del resultado esperado.

'En el terreno de la Medicina el autor cita el caso de una sentencia francesa. Una mujer sufría hemorragia de matriz. El médico consultado no diagnostica un cáncer, a pesar de datos clínicos bastante claros. Cuando la paciente, por fin, consulta a un especialista, es demasiado tarde; el cáncer de útero ha llegado a su estado final y la enferma muere. No se puede decir que el primer médico haya matado a la enferma. Podría, incluso tratada a tiempo, haber muerto igualmente. Si se considera que el perjuicio es la muerte, no se puede decir que la culpa del médico haya sido una condición sine qua non de la muerte. Pero si se observa que la paciente ha perdido ocasiones de sobrevivir, la culpa médica ha hecho perder esas ocasiones. El mismo razonamiento se puede aplicar a un individuo herido, al que una buena terapia habría impedido quedar inválido. El médico no aplica o aplica mal aquella terapéutica, por lo que la invalidez no puede evitarse. El médico no ha hecho que el paciente se invalide, sólo le ha hecho perder ocasiones de no serlo'. (RICARDO DE ANGEL YAGUEZ. Algunas previsiones sobre el futuro de la responsabilidad civil (con especial atención a la reparación del daño). Madrid, Ed. Civitas S.A., 1995, págs. 83-84).

En conclusión la falla del servicio de la entidad demandada que consistió en la falta de diligencia para realizar un diagnóstico oportuno de la enfermedad sufrida por el paciente e iniciar de manera temprana el tratamiento adecuado, implicó para éste la pérdida de la oportunidad de curación y de sobrevivir".

La pérdida por parte de Franklin, de esa oportunidad para recuperarse sí tiene nexo directo con la falencia administrativa.

El elemento de responsabilidad, nexo de causalidad, se estableció indiciariamente: …" (negrillas en el texto original).

En otra ocasión la Sala formuló consideraciones que mediante el presente pronunciamiento se reiteran en punto de la naturaleza jurídica de la noción de pérdida de oportunidad, de su ubicación en la estructura del juicio de responsabilidad por fuera del examen de la causalidad —de modo que la figura en cuestión mal podría considerarse como un sucedáneo de la acreditación del vínculo causal, mismo que, no obstante, se recalcó que puede probarse valiéndose de la demostración de una probabilidad

determinante o suficiente, con apoyo en prueba indiciaria[43]—, de la necesidad de cuantificar científica y estadísticamente la probabilidad de acceder a una ventaja o de evitar un perjuicio que desapareció como consecuencia de la acción o de la omisión del demandado y, especialmente, la insoslayable exigencia de que entre el hecho ***dañino y la pérdida de chance como daño a reparar se acredite ─como no podría ser de otro modo─ la existencia del correspondiente ligamen causal, por manera que si dicha relación entre la falla del servicio y la pérdida de oportunidad cuya reparación se procura no queda debidamente probada, deben denegarse las pretensiones de la demanda[44]****:*

"También ha señalado la Sala que para que haya lugar a la reparación no es necesario acreditar que una adecuada prestación del servicio médico asistencial hubiera impedido el daño, porque bastaría con establecer que la falla del servicio le restó al paciente oportunidades de sobrevivir o de curarse.

Se trata en este caso de lo que la doctrina ha considerado como la "pérdida de una oportunidad", cuya aplicación, a pesar de la simplicidad en su formulación ofrece grandes dificultades, pues el daño en tales eventos estaría en los límites entre el daño cierto y el eventual, dado que la oportunidad que puede tener un enfermo de recuperar su salud es aleatoria, regularmente difícil de establecer en términos porcentuales.

Se destaca que la determinación de la pérdida de la oportunidad no puede ser una mera especulación, es necesario que de manera científica

---

[43] En relación con este extremo la Sala sostuvo lo siguiente:

"En cuanto a la prueba del vínculo causal, ha considerado la Sala que cuando resulte imposible esperar certeza o exactitud en esta materia, no sólo por la complejidad de los conocimientos científicos y tecnológicos en ella involucrados sino también por la carencia de los materiales y documentos que prueben dicha relación, "el juez puede contentarse con la probabilidad de su existencia" ─ Cfr. RICARDO DE ANGEL YAGÜEZ. Algunas previsiones sobre el futuro de la responsabilidad civil (con especial atención a la reparación del daño), Ed. Civitas S.A., Madrid, 1995, p. 42.─, es decir, que la relación de causalidad queda probada "cuando los elementos de juicio suministrados conducen a 'un grado suficiente de probabilidad", que permita tenerlo por establecido.

De manera más reciente se precisó que la exigencia de "un grado suficiente de probabilidad", no implicaba la exoneración del deber de demostrar la existencia del vínculo causal entre el daño y la actuación médica, que hiciera posible imputar a la entidad que prestara el servicio, sino que esta era una regla de prueba, con fundamento en la cual el vínculo causal podía ser acreditado de manera indirecta, mediante indicios ─ Ver, por ejemplo, sentencias de 14 de julio de 2005, exps: 15.276 y 15.332.─. Cfr. Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 31 de agosto de 2006; Consejera ponente: Ruth Stella Correa Palacio; Radicación número: 68001-23-31-000-2000-09610-01(15.772).

[44] Como de hecho fueron denegadas en el caso concreto resuelto mediante el pronunciamiento en cita, en el cual el análisis se centró en establecer si existía, o no, vínculo causal entre la producción del paro cardiorrespiratorio que sufrió un menor de edad en fase de pos operatorio y la prestación del servicio médico que la parte demandante calificaba como negligente y errada en todas sus etapas; por el contrario, el Hospital demandado adujo en su defensa que el referido paro fue una consecuencia natural e inevitable de la grave enfermedad que aquejaba al paciente. La Sala consideró que si bien las pruebas testimonial y documental recaudadas en el proceso hacían evidente la ocurrencia de irregularidades en la prestación del servicio médico, no existía elemento acreditativo alguno que permitiera construir un indicio en torno de la existencia de nexo causal entre el paro cardiorrespiratorio que sufrió el menor en el pos operatorio y la irregular atención que se le brindó desde su llegada al Hospital y en el acto quirúrgico propiamente dicho. Al contrario, la Sala estimó que obraban pruebas en el expediente que confirmaban que el daño constituyó una secuela natural de la propia enfermedad, la cual no pudo ser evitada por los médicos que lo asistieron y, en consecuencia ─como se ha dicho─ fueron denegadas la pretensiones de la demanda, para lo cual se argumentó que la noción de pérdida de oportunidad no puede ser empleada como sucedáneo de la prueba del vínculo causal entre la falla y el daño a reparar.

> ***quede establecido cuál era la posibilidad real del paciente de recuperar su salud o preservar su vida, y que esa expectativa real haya sido frustrada por omisiones o erradas acciones en la actuación médica. En este aspecto hay que prestar la máxima atención y no resolver como pérdida de oportunidad eventos en los cuales lo que se presentan son dificultades al establecer el nexo causal***.
> *(…)*
> *Ahora bien, se afirma que el hecho de que no se hubiera realizado un diagnóstico más temprano de la enfermedad, o de que la cirugía no se le hubiera practicado, al menos, en la fecha en que lo recomendó el cardiólogo, hicieron perder al paciente la oportunidad de obtener el restablecimiento pleno de su salud. Sin embargo, esas afirmaciones se quedan en el marco de la mera especulación pues no existe ninguna prueba directa ni indiciaria que acredite que el paciente tenía posibilidades reales de recuperar su salud, sin que la enfermedad le dejara secuelas, siempre que la cirugía se le hubiera practicado en los primeros días de su ingreso al Hospital demandado,* ***y menos, que en el evento de existir tales posibilidades se pudiera establecer cuáles eran éstas en términos porcentuales***[45][46] [47].
>
> Así la cosas, de lo que se trata es de proteger la oportunidad que el paciente tiene de recuperar la salud y evitar la concreción del desenlace fatal – muerte, por lo cual la garantía constitucional que recubre el derecho a la salud, otorga a los pacientes el derecho a recibir atención oportuna y eficaz - integridad en la prestación del servicio – acceso de manera oportuna, eficiente y de calidad". (Negrillas de la Sala)

- **CASO CONCRETO**

Previo a descender al caso concreto, ha de recordarse que el juez de primera instancia, declaró la responsabilidad extracontractual de las entidades hospitalarias demandadas y en consecuencia, las condenó al pago de los perjuicios materiales y morales causados en favor de las demandantes con ocasión a la muerte del señor Luis Gerardo Colorado Sierra, negando las demás pretensiones y excepciones invocadas.

Inconforme el Hospital Departamental San José de Buga pretende que se revoque el fallo de primera instancia, por cuanto, en su opinión, el centro médico brindó al señor Colorado Sierra una atención médica adecuada y oportuna y que, no solo estabilizó la cefalea con la que ingresó el paciente, sino que dio continuidad al

[45] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 31 de agosto de 2006; Radicación número: 68001-23-31-000-2000-09610-01(15772).

[46] Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 7 de julio de 2011. Exp. 20.139.

[47] Consejo de Estado, sentencia de 14 de marzo de 2013, Exp. 23.632,

tratamiento farmacológico que trataba su patología de base, siendo su deceso un hecho imprevisible.

Por su parte, la Empresa Social del Estado Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá, también impugnó la decisión de primera instancia cuestionando la ausencia de prueba técnica pericial que soportara las conclusiones de la sentencia impugnada.

En este caso le corresponde a esta Corporación determinar si se reúnen los presupuestos para la declaración de la responsabilidad extracontractual en cabeza de las entidades demandadas, es decir, primeramente, el daño antijurídico, y en caso afirmativo, si el mismo resulta jurídicamente imputable a las entidades demandadas. Dado que la actora sostiene que el daño se causó como resultado del actuar negligente de las entidades de salud demandadas, afirmación que fue acogida por el a quo y que las entidades apelantes niegan es necesario determinar (i) si las consecuencias adversas en la salud del paciente efectivamente se derivan de la omisión en el cumplimiento de las obligaciones de los centros médicos demandados y de ser así (ii) establecer si dicha omisión está relacionada con un diagnóstico deficiente o una pérdida de oportunidad de sanar.

Para efectos de resolver el asunto sub lite, la Sala primero hará la revisión de las pruebas obrantes en el proceso y su estudio crítico, con el fin de resolver el problema jurídico.

- **ANALISIS PROBATORIO Y/O HECHOS PROBADOS**

Se aportaron al proceso, entre otras, las siguientes pruebas:

1. El registro civil de defunción por medio del cual se acredita la muerte del señor Luis Gerardo Colorado Sierra. [48]

2. Registro Civil de nacimiento de la joven Angie Nathaly Colorado Lozano [49]

[48] Fl. 25 cdno ppal.
[49] Fl. 26 cdno. Ppal.

3. Declaración extrajuicio rendida por los señores Rodolfo Escarda Marmolejo y Samuel Castro [50]

4. Historia Clínica del señor Luis Gerardo Colorado Sierra del Hospital Departamental San Antonio E.S.E. de Roldanillo, en la cual se consignó lo siguiente:[51]

"HOJA DE ATENCIÓN DE URGENCIAS
FECHA: XII.01/2008
COLORADO SIERRA LUIS GERARDO
(…)
MOTIVO DE CONSULTA: **Dolor de cabeza**
Estado al ingreso. - Alerta
ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente con cuadro de **12 días de cefalea** generalizada, manejado con múltiples analgésicos orales y multiconsultante por urgencias manejado con analgésicos venosos pero refiere que nunca ha desaparecido el dolor.
ANTECEDENTES PERSONALES: Refiere que esto es primer episodio y **afirma episodios de visión borrosa**. AP=Negativo Alérgico=Negativo
ANTECEDENTES FAMILIARES: Asma madre
Signos Vitales Peso: 81K PA: 120/80 Pulso FC:100 FR:16 T:36.6
Cab-cuello = mucosas rosadas y húmedas
ORC = normal
Car-pul = RsCsRs, murmullo vesicular limpio
Ab = blando, no doloroso
Neuro = sin déficit
Medicamentos suministrados en urgencias: Prescripción ambulatoria Tramadol amp x 100mg im 9 no se aplica Naproxeno Dipirona amp x 2gr iv diluida y TAC 15+50 9 paciente con mejoría de su cuadro.
Salida
Recomendaciones — sig alarma
Estado al egreso: Mejor 15+50"
(Negrillas son de la Sala)

FECHA: 18-12-2008 Hora: 20:20
COLORADO SIERRA LUIS GERARDO
MOTIVO DE CONSULTA: Paciente con cefalea intensa
ENFERMEDAD ACTUAL:
FECHA: DIC 22/08 Hora: 14+30
COLORADO SIERRA LUIS GERARDO
MOTIVO DE CONSULTA: Cefalea
ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente con cuadro de 1 unidad de evolución de **cefalea global asociada** (...) para lo cual ha consultado en múltiples ocasiones, ayer recibe tramal con mejoría parcial, **asociado a visión borrosa, pérdida de la memoria**, náuseas, vómito
(...)
Medicamentos suministrados en urgencias:
Remisión a Nivel MI— Hospital TUU — Tuluá." (Negrillas de la Sala)

[50] Fl. 29 cdno. Ppal.
[51] Fl. 30-33 cdno. Ppal.

5. Formato de traslado de pacientes, correspondiente al señor Luis Gerardo Colorado Sierra.[52]
6. TAC cerebral realizado por el Hospital Tomás Uribe Uribe de Tuluá al señor Luis Gerardo Colorado Sierra.[53]

7. Solicitud de examen de laboratorio suscrito por el Dr. Omar Ramírez Solís, Médico Internista del Hospital Tomas Uribe Uribe de Tuluá en el cual se lee:

   "Nombre: Luis Gerardo Colorado
   Servicio: Medicina Interna
   Diagnóstico: **1) ECV ISQ, Parietoccipital derecha** 2) HTA
   Examen(es) Solicitado(s): **Ecocardiograma Transesofagico.”**[54] (Negrillas de la Sala).

8. Solicitud examen de laboratorio suscrito por el Dr. Omar Ramírez Solís, Médico Internista del Hospital Tomás Uribe Uribe de Tuluá, en el cual se registra:

   "Nombre: Luis Gerardo Colorado
   Servicio: Medicina Interna
   Diagnóstico.- 1) **ECV Isquémico, Parietoccipital derecha** 2) HTA
   Examen(es) Solicitado(s): Eco doppler vasos carotideos.”[55] (Negrilllas de la Sala)

9. Fórmula médica suscrita por el Dr. Omar Ramírez Solís, Médico Internista del Hospital Tomas Uribe de Tuluá, que prescribió:[56]

   1) Losartan tab x 50 mg — tomar dos tab C/12 horas V. O.
   2) ASA x 100mg tab — tomar una tab C/dia y. O.
   3) Clopidogrel tab x 75 mg — tomar 1 tab C/dia V. O.
   4) Omeprazol x 20 mg cap — tomar 1 cap C/12 horas V. O.
   5) Lovastatina x 20 mg tab — tomar 2 tab C/noche V. O.
   6) Complejo B tab — tomar 1 tab diaria
      Hidrocloriotazida"

10. Análisis de TAC cerebral, realizado por el Dr. Jorge Isaac Salazar Serna,

[52] Fl. 34 del cdno. Ppal.
[53] Fl. 35 cdno. Ppal.
[54] Fl. 36 cdno. Ppal.
[55] Fl. 36 cdno. Ppal.
[56] Fl. 38 cdno. Ppal.

Médico Radiólogo, que indica:[57]

"Con tomógrafo multidetector se realizaron cortes axiales en fase simple de 5cm, desde la base del cráneo hasta la convexidad, imágenes de ventana para parénquima cerebral y para tejido óseo.
Se observa aumento en la densidad de las arterias a nivel del Polígono de Willis por angioesclerosis.
Se demuestra una extensa área hipodensa occipito-parietal derecha que hacia el vertex presente un tamaño de 37mmx47mm en sus dos diámetros principales con un índice de absorción de +29UH, lo que indica presencia de tejido blando hipodenso.
Cisternas infra y supra-tentoriales, ventrículos y demás estructuras visualizadas en general muestran un aspecto normal.
Calificaciones fisiológicas de los plejos coroideos y de la pineal sin relevancia patológica.

CONCLUSIÓN
Gran infarto isquémico parieto-occipi tal derecho.
Angioesclerosis." (Negrillas de la Sala)

11. Historia Clínica del señor Luis Gerardo Colorado Sierra, del Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe, de la cual se extrae:[58]

"22 Dic/08 Edad: 43 años
11:50 PM 0/P: Roldanillo
M. C: Remitido de Roldanillo por **cefalea de larga evolución sin mejoría**
E.A: Paciente con cuadro clínico 13 de evolución consistente en cefalea occipital irradiada a región frontal, **visión borrosa, dolor ocular, náuseas, cuando el dolor es leve tiene una intensidad de 7/10 en la escala del dolor, y cuando es máxima intensidad es 10/10 con.. y emesis**. Familiar refiere que está pálido. Refiere que hace 5 meses + agudeza visual
Antecedentes Patológicos.- hiperuricemia (hace 14 años)
Alérgicos: Negativos tóxicos: Niega tabaco, alcohol ocasional farmacológicos.- ...1 día, si dolor 1 tab c/12h y meloxicam 15mg c/6 horas.
Familiares: Negativos
Examen físico.
Paciente en aparente buen estado general
TA 120/100 FC 60 FC 20
ORI: mucosas húmedas rosadas.
C. P: Ruidos cardíacos rítmicos sincronizados con el pulso, murmullo vesicular presente, no.
Abdomen: blando, depresible, doloroso en hemiabdomen inferior a la palpación
Extremidades: No edemas, no déficit

[57] Fl. 39 cdno. Ppal.
[58] Fl. 41-42 cdno. Ppal.

23XII/08
Reporte de TAC que demuestra gran infarto isquémico parieto-occipital derecho
Por lo cual se dispone iniciar manejo antisquemico y se deja en hospitalización y observación neurológica.

24 XII/08
2do día de observación
Dx 1) ACV lsquémico parieto occipital der
HTA x HC
Tto losartan ASA clopidogrel, omeprazol HCTZ, lovastatina, tramadol. Refiere que pasó buena noche, no dolor, no fiebre, no otros síntomas (...)
Paciente en aparentes buenas condiciones generales, mucosas húmedas, alerta orientado
C. P. Ruidos cardíacos rítmicos con el pulso, pulmones adecuadamente ventilados no se auscultan ruidos sobreagregados. abd blando depresible no doloroso peristaltismo (-1-) ext no déficit motor o sensitivo sin alteraciones aparentes.
NOTA:

1) Cx: 1) De alta x med. Interna
2) Tto MD antihipertensivo x antiagregantes plaquetarios
3) **Ecocardiograma transesofágico**
4) **Eco doppler de vasos carotideos**
5) Recomendaciones" (Negrillas de la Sala)

12. Hoja de atención de urgencias del Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo, del 25 de diciembre de 2008, en el que aparece:

"FECHA: 25/12/08
COLORADO SIERRA LUIS GERARDO
MOTIVO DE CONSULTA: Consulta nuevamente x cefalea intensa
ENFERMEDAD ACTUAL: Hace 2 semanas consulta permanente. Fue valorado x MD Interna H. Tuluá TAC gran infarto isquémico parietooccipital derecho...dado de alta ayer
Hallazgos principales
Pte. **muy pálido, álgido, visión borrosa ojo derecho, aduce cefalea...**
(-..)"[59]

13. Epicrisis Urgencias — Fundación Hospital San José de Buga, en la que se anotó: [60]

"(…)
Fecha de ingreso: 26— 12— 08 Hora de ingreso: 2:00 a.m.

[59] Ver folio 43 cdno. Ppal.
[60] Ver folio 45 cdno. Ppal.

Ocupación: Independiente
Remitido de: Roldanillo
Motivo de consulta: **Cefalea con TAC con infarto cerebral**
Enfermedad actual: **Episodio de dolor parieto-occipital y dolor ocular de 3 días de evolución con tac cerebral día 23/12/08 sugestivo de infarto cerebral según tac con Glasgow 15/15, no vómito con movilidad conservada y cambios de conciencia aparentes referido para val x neurocirugía**
Antecedentes personales: HTA, losarían 2/d — clopidro gel 1/d — asa — lovastatina
Sistema
Cabeza: cefalea parietoccipital
Cuello negativo
tórax: pulmones ventilados
Abdomen: blando no distendido
Neurológico: disminución de fuerza muscular
Genitourinario: negativo
Orl: negativo
Diagnóstico de ingreso
Dx: 1. Infarto cerebral
2. HTA
OBSERVACIÓN:
General: X Dr. Tazama
Valoraciones — Interconsultas
Especialidad: Neurocirugía Dr. López
Especialidad. - Medicina Interna Dr. Cruz
Evolución:
Nota = paciente comentado verbalmente con Dr. Cruz. Médico internista de turno quien revisa examen (TAC cerebral simple) y considera val x neurocirujano y posible necesidad de TAC cerebral simple de control.
Nota = comento paciente con neurocirujano de turno quien vendrá a valorar paciente luego de terminar cirugías.
Tratamiento: V.O.M
Diagnóstico de egreso: infarto isquémico parieto occipital derecho
Complicaciones: ninguna
Plan de manejo ambulatorio: recomendación y señales de alarma, cita control con medicina interna y fórmula médica
Estado a la salida: Vivo
Fecha de salida: 27/12/08 Hora salida: 9:50 AM Días de incapacidad: Cero" (Negrillas de la Sala)

14. Hoja de atención de urgencias del Hospital Departamental San Antonio E.S.E de Roldanillo, del 29 de diciembre de 2008, en cuyas anotaciones se lee:[61]

"FECHA: 29-12-08 HORA 9:05
COLORADO SIERRA LUIS GERARDO
(…)

[61] Fl. 46 cdno ppal.

MOTIVO DE CONSULTA: "Se puso muy mal, no reconoce, no responde y como con un temblor, como convulsionando"
ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente con historia de infarto cerebral extensa parieto-occipital derecho — angioesclerosis
ANTECEDENTES PERSONALES: Ya fue valorado por medicina interna y neurocirujano hace 4 días
HTA de Nevo (sic) losartan 2 tab c/12 + asa + clopidogrel + omeprazol + lovastatina + complejo B
PA: 190/100 Pulso: 130 To: 38,5
Hallazgos principales
Ingresa con **Glasgow: 2-3/4** RV: 1/5 RM: 6/6 = 8/9/1
Muy regular estado...
(…)
11:18 Se remite HUV (...) Se advierte a la familia el mal pronóstico"

14. Notas de enfermería del Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" del 29 de diciembre de 2008 de las cuales se desprende:[62]

"Dic 29/008 2.pm. Pte que llega a sala en muy malas condiciones general.
Inconciente (sic) con tubo... por la cual le pasa 02 por ambuterapia. Con sonda nasogástrica a drenaje con liquido chocolatoso con sonda vesical a bolsa. Con vena canalizada en MSD x la cual le pasan lcv, pendiente resto de órdenes médicas.
Dic 29/08 5 pm Se toma Rx de torax portátil. Se hace glucometría dando 108.
Se sangra para hemograma, creatinina bun electrolitos se manda a pedir turno para Tac cerebral se deja con lev sin 500 para 4 horas
(…)
29 Dic/08 INGRESO A UCI URGENCIAS
23:00 Paciente con cuadro de cefalea intensa desde el 9 Dic/08 consulta en periferia donde realizan manejo ambulatorio. Reconsulta el 23 Dic/08 x cefalea + desorientación le realizan TAC cerebral evidencia de infarto cerebral extenso parieto occipital derecho valorado en NQX Buga indican tto ambulatorio con losartan asa clopidogrel, omeprazol, lovastatina, hoy reconsulta por cuadro convulsivo, ingresa en Glasgow 8/15 decorticando ingresa al HUV en malas condiciones grales con Glasgow 3/15 pupilas vidriaticas no reactivas sin reflejos de tallo, se hospitaliza, se inicia manejo en Md Interna urgencias con deterioro clínico progresivo pese a tratamiento hacia muerte cerebral.
Ingresa a UCI urgencias en malas condiciones grales sin sedación, con IOT y soporte ventilatorio A/C peep 6 Sat 02 99 con soporte vasoactivo noradrenalina TA 212/161 PAM 169 F.C. 83.
(…)
SNC: Paciente sin reflejos de tallo cerebral no respuesta a estímulos dolorosos, ausencia de respiración espontánea. Ya valorado por neurocirugía se considera paciente en muerte cerebral.
Se habla con familiar (esposa) se le explica condición del paciente.
Ingresa como donante de órganos para continuar manejo intensivo
Dx. Muerte Cerebral
Dic 30/08

[62] Fl. 46 cuaderno principal

10:00
NOTA TRASPLANTES
Paciente de 43 años, quien inicia cuadro de cefalea + desorientación T.A. C. cerebral infarto cerebral parieto-occipital extenso, en manejo ambulatorio, losartan, asa, clopidogrel, omeprazol, lovastatina. Nueva/ consultan sus familiares con el pcte en cuadro C+CG el 29 de diciembre a la periferia de donde remiten a HUV. Ingresa paciente en Glasgow 3/15 sin reflejos de tallo. Valorado por neurocirugía, quien descarta manejo diferente a soporte médico.
El pte no evoluciona favorablemente y progresa a muerte cerebral.
Voluntariamente la familia realiza donación de órganos y tejidos.
Se extrae sin complicaciones riñón y corneas..."

15. Constancia suscrita por la Gestora de Cultura y Turismo del Municipio de Roldanillo.[63]

16. Constancias laborales del señor Luis Gerardo Colorado Sierra.[64]

17. El día 19 de octubre de 2015, en audiencia se tomaron los siguientes testimonios relevantes al recurso de apelación:

PEDRO ARTURO COGOLLO VARGAS

Medico San José de Buga y clínica San Francisco de Tuluá

TESTIMONIO TECNICO

Preguntado: lo que sepa o conozca de la situación que nos convoca:

Contestó: Por la historia clínica que leí de ese paciente, es un paciente que consulta desde los primeros días de diciembre con cefalea y visión borrosa, va a su nivel (i)del área de salud, creo que es Zarzal de ahí, lo remiten al Tomás Uribe donde fue valorado por medicina interna le hacen unas tomografías y encuentra una isquemia cerebral del territorio posterior nivel occipital es manejado por medicina interna con todo lo que lleva una isquemia cerebral. Salió medicado con todos los controles de factores de riesgo que vi hay en la historia asa, dopidurel, el paciente creo que sale del Tomás Uribe a petición de los familiares porque está muy bien medicado por exámenes por consulta externa. Después, a finales de diciembre como el 27, consulta al hospital San José de Buga por un cuadro de cefalea que viene desde los primeros días de diciembre sin déficit neurológico aparente es lo que dice la historia no. Solamente cefalea y trastornos visuales, el paciente nunca tuvo un déficit verdadero o sea de tipo motor, hemiplejía o hemiparesia, que fue manejado en el hospital con todo lo que dice la historia control de factores de riesgo, antiepiléptico, anticonvulsionante, hipertenso y sale con todo lo que se debe salir un paciente que sufre una isquemia cerebral ya antigua, por que desafortunadamente los pacientes que sufren isquemia cerebral deben ser manejados en la primeras horas, ya un paciente

[63] Fl. 80 cdno. Ppal
[64] Fl 81-89 cdno. Ppal

que llegue con tres, cuatro o cinco días, de evolución de una isquemia cerebral, prácticamente el manejo de esto "ya es control de factores de riesgos," si es hipertenso, si es diabético, si tiene factores de obesidad ***si es alcohólico****, prácticamente el manejo fue hecho tanto en el Tomás Uribe con el control de factores de riesgo como en la fundación San José de Buga revisando la historia y salió con drogas medicadas(…) en la historia clínica se ve que el paciente es tomador y eso es un factor de riesgo a que sea hipertenso a que tenga alteraciones una convulsión que es por lo que veo que el paciente fallece. Ahora bien, el paciente tiene una isquemia occipital, está tomando medicamentos para convulsión, la convulsión no la puede evitar nadie, es un evento casual. Puede estar tomado la mejor droga y eso no sabemos en qué momento el paciente puede convulsionar. Desafortunadamente el paciente tuvo una convulsión de las más severas que lo llevó a tener una descerebración, muerte cerebral y fallece (….) el paciente sale medicado, con drogas antiepilépticas o anticonvulsionantes y hace convulsión en casa y después fallece eso es un evento fortuito porque eso no lo puede evitar absolutamente nadie.*

28:39 la apoderada judicial de San José de Buga interviene y comenta que el doctor no tuvo manejo del paciente, se cita por sus especialidades de ***neurocirugía, con la finalidad de aclarar la enfermedad del paciente.***

Preguntado: Teniendo en cuenta su especialidad y al análisis que tuvo de la historia cínica, podría indicarle al despacho que es un infarto isquémico parietooccipital como el que sufrió el señor Colorado Sierra.

Contestó: obstrucción de una arteria cerebral, que al producirse la obstrucción de una arteria, el área del cerebro que corresponde a la irrigación sanguínea, se va a poner, en pocas palabras, se muere no tiene funcionalidad, y eso conlleva dependiendo de lo extenso y del área y de los efectos secundarios puede traer diferentes complicaciones, convulsiones, edema cerebral y hasta la muerte y que estos pacientes que sufren una isquemia cerebral tienen un 75% de probabilidad de repetir una isquemia en el primer año o de aumentar el área de la isquemia, pueden sufrir convulsiones porque esa área ya queda sin vitalidad y se vuelve una zona epilectogena puede producir descargas de epilepsia en cualquier momento muchas veces, antes de que se produzcan los infartos, no necesariamente por que ocurra un problema en el cerebro, sino por otras cosas como pacientes hipertensos, en pacientes con obesidad, diabéticos, alcohólicos que lleva que hagan trombos y viajen por el sistema circulatorio y desafortunadamente el cerebro tiene las arterias más pequeñas y esos trombos viajan por la luz de las arterias, llegan al cerebro y ahí se quedan y puede producir una isquemia o un infarto posterior. Lo otro es que puede producir una dislipidemia, pacientes que tengan niveles de colesterol o triglicéridos elevados, placas de ateroma y que también se desprenden de las arterias, esa ateroma o grasa viaja por la arteria y también obstruye la circulación sanguínea o que el paciente tenga trastornos de la coagulación porque eso lleva a una obstrucción y es cuando se producen las trombosis eso es básicamente lo que es una isquemia cerebral y dependiendo del área que produce la obstrucción de la arteria va a producir secuelas neurológicas, como hemiplejia o hemiparesia (….) en el caso del paciente, porque no tiene un defecto neurológico evidente porque es territorio posterior, en el lóbulo occipital, entonces el paciente no tiene ni hemefebresia y hemiplejia ni hemiparesia pero si tenía como según dice que no veía bien, el lóbulo occipital que le dice a uno que ve, uno no ve con los ojos, los ojos son los receptores entra la información y el cerebro es el que te dice que estás viendo, entonces si tiene un infarto en el área occipital por eso era que él no

acomodaba ***o no veía bien porque se estaba presentado un infarto en el lóbulo occipital eso es lo que es básicamente una isquemia cerebral.***

Preguntado: a este tipo de paciente se le puede dar un manejo quirúrgico, es decir, pueden ser llevados a cirugía (…)

Contestó: nosotros operamos los infartos cerebrales cuando tiene un gran edema cerebral, que compromete la vida del paciente, deterioro neurológico, glasgow bajo es una escala de consciencia que uno puede valorar y si el paciente está por debajo de 9 y hay efecto de masa, es decir desplazamiento de la línea de media en el cerebro, en pocas palabras, un gran edema cerebral que va a producir la muerte de ese paciente es cuando uno los opera, pero no para tratar el infarto sino precisamente para quitar el hueso del cráneo abrir las membranas que cubren el cerebro y darle un espacio a ese cerebro inflamado para que no vaya a matar al paciente, ***pero como tal darle un manejo quirúrgico a la isquemia cerebral nosotros como neurocirujanos no.***

Preguntado: de acuerdo con su respuesta anterior con el conocimiento que usted tuvo de la historia clínica el paciente era candidato para una intervención quirúrgica?

Contestó: ***no, para nada.*** *El era un paciente que estaba 15/15. Según la escala glasglow, es un paciente que está consciente orientado, conversa, sin focalización motora "solamente refería cefalea" entonces eso no es criterio para hacer ningún procedimiento quirúrgico ni una intervención desde el punto de vista de nosotros como neurocirujanos, control a los factores de riesgo que el paciente tenga como hipertensión, problemas cardíacos, trastornos de coagulación y es básicamente más por clínica, medicina interna o neurología clínica.*

Preguntado: en uno de los diagnósticos realizados al señor Colorado Sierra hay UN TAC realizado por el hospital ESE de Roldanillo revela que tenía una angioesclerosis nos puede decir de que se trata esto.

Contestó: el concepto de angioesclerosis según la tomografía es que se ven zonas atróficas en el cerebro, hay falta de irrigación sanguínea por alteraciones vasculares, por la tomografía dice que tiene angioesclerosis por que observa zonas atróficas por envejecimiento del cerebro y eso es lo que se llama angioesclerosis, y uno envejece es porque se va acabando la circulación en diferentes órganos por alteraciones vasculares.

(…)

Preguntado: a qué edad se puede determinar la angioesclerosis?

Contestó: (…) cada persona tiene un código genético, va a depender de los factores de riesgo, una persona con hipertensión, que no se cuida la dieta que consume alcohol es mas propensa a sufrir de angioesclerosis.

Preguntado: el tipo de infarto que sufrió el señor Colorado Sierra con qué tipo de medicamento se maneja, teniendo en cuenta sus factores patológicos importantes.

*Contestó: por eso le decía, el paciente cuando sufre un infarto tiene un periodo de cuatro horas de ventana. Qué es ventana? que en las primeras cuatro horas, de su infarto, o su déficit neurológico, hoy en día, en los últimos cinco años se están usando medicamentos como trombolíticos, o sea que el paciente llega con una focalización, usted, le inyecta ese trombolítico que es actilyser y eso ayuda a destapar la arterias "****pero en el 2008 todavía ese***

medicamento no estaba tal como ahora". Entonces *cuando un paciente ya llega cuatro o cinco días, hasta 12 horas después de un infarto cerebral, el manejo es prácticamente control de factores de riesgos, aspirina,* ***clopidogrel****, control de la presión arterial, exámenes que se le mandan como eco Doppler para saber si la causa del infarto son fibrilaciones auriculares, u obstrucciones de carótida, o trastornos de la coagulaciones, todo lo que manda el internista como para controlar factores de riesgos, muchas veces todos los exámenes salen normales, entonces este paciente sale medicado con drogas para bajar los niveles de colesterol, como lo son (….), drogas antihipertensivas si es hipertenso, dieta tipo sódica y baja grasa (…) aspirina,* ***clopidogrel****,y asa, ayuda que la sangre este más fluida, si el paciente tiene un fibrilación auricular ya quiere decir que el corazón no está funcionando bien y está haciendo coágulo y ya tiene que tomar anticoagulante que es algo más específico por uso de cardiología, pero en* ***general lo básico de un paciente con isquemia es controlar los factores de riesgo porque una vez establecida la isquemia no hay vuelta atrás.***

Preguntado: indíquele al despacho si de acuerdo al tipo de infarto que sufrió el señor Colorado Sierra con un antecedente también de angioesclerosis detectado en el TAC, ese tipo de pacientes, de acuerdo al estado hemodinámico que presentan al momento de consultar en la institución ameritan una hospitalización prolongada, es decir, si requería estar hospitalizado para evaluar sus cambios, qué requería este tipo de pacientes? Cuál es el manejo que se le debe dar a este tipo de pacientes?

Contestó: ***estos pacientes, hospitalizados****, pero por la larga data que el tiene allí desde los primeros días de diciembre de tres hospitales y termina en el hospital, ya prácticamente allí lo que hicieron en el Tomás Uribe, yo leí la historia, Salió medicado, con todos los antiagregantes, los antihipertensivos, los antiepilépticos, Salió medicado completamente, y en el hospital estuvo uno o dos días pero ya prácticamente estuvo con la misma medicación, con su* ***clopidogrel****, con su losartan, con su aspirina y el evento de la convulsión, bueno ya eso es prácticamente un evento fortuito, prácticamente no se le va ha hacer nada nuevo ya el paciente tiene control de factores de riesgo y hacerle algo diferente no va a cambiar el pronóstico en este paciente.*

Preguntado: usted señalaba hace un momento cuales eran los factores de riesgo que podía generar un infarto como la isquemia. El señor al momento de ser valorado por el Hospital San José de Buga, se determinó que tenía una ***colesteroremia y ácido úrico elevado, esos son factores de riesgo que contribuyen a que el haya presentado este tipo de evento?***

Contestó: la hipertensión, el consumo de alcohol, todos esos contribuyen a la presentación de angioesclerosis y a su consecuencia como la presentación de trombos e infartos.

Pregunta el apoderado de la parte demandante, ¿al mirar la historia clínica usted considera que el tratamiento dado por la clínica era el adecuado?

Contestó: si era el adecuado porque el paciente prácticamente venía manejado del Tomás Uribe con factores de riesgo, ya tenía varios días de la isquemia cerebral, el infarto se ve que es una zona hipodensa, ya antigua y que no va a cambiar la conducta de factores de riesgos.

Preguntado: sírvase manifestar al despacho si el procedimiento y los medicamentos ordenados por neurocirugía desde el 26 de diciembre que el

paciente ingresó a la clínica y los exámenes que se le tomaron eran los adecuados?

Contestó: aclaro que no soy neurólogo sino neurocirujano. La parte clínica no la manejamos, eso es manejado básicamente por medicina interna y neurología, nosotros apoyamos mucho al internista por la tomografía, para definir si tiene una isquemia (…) uno valora al paciente y uno dice paciente con una isquemia cerebral, sin criterio de neurocirugía debe ser manejado para controles de riesgo y mandar exámenes lo que hizo el doctor López que es mi compañero, porque en el hospital no hay neurólogo hay neurocirujano, lo que hace es la misma conducta, ve al paciente, si hay un déficit neurológico o no (…) lo que está en la tomografía y si lo sigue viendo o lo deja a cargo de medicina interna. Lo que dejó el doctor López, no es un paciente para una intervención quirúrgica porque es un paciente consciente orientado.

Preguntado: sírvase informar al despacho si por las características del paciente requería ser remitido a un hospital de mayor complejidad.

Contestó: yo pienso que no, el paciente siempre estuvo consciente, orientado (…) eso no ameritaba remitirlo a ningún lado.

Apoderado del llamado en garantía. Preguntado: los medicamentos formulados por el doctor Cruz ayudan a disminuir los riegos de un nuevo evento isquémico?

Contestó: ayuda, pero no se evita en un 100%. Todas estas drogas no son curativas, son paliativas. Son modulativas, modulan todo, pero no son curativas.[65]*"*

"1:12:05

OMAR RAMIREZ SOLIS

TESTIGO

Médico internista

Hospital Tomas Uribe de Tuluá

1:31:56

Preguntado: manifieste que sabe y conoce sobre el particular

Contestó: uno como médico lamenta la muerte de cualquier paciente, pero más la de personas que uno conoce, lo que sabía de él, es que era que vivía en Roldanillo, era un músico excepcional. En dos oportunidades lo contraté para mi servicio, fue el único contacto que tuve con él (…) eso me hace a mi partícipe de una excelente atención así esta persona que se le brindó en el Hospital Tomás Uribe Uribe de Tuluá, un hospital que siempre se ha catalogado como nivel 2 pero que nunca ha sido nivel 2, hemos sido un nivel mucho menor, en el cual no contamos con los medios para estudiar a nuestros pacientes y que nos vemos con muchas limitantes. El último contacto que tuve con el paciente el 24 de diciembre del 2008, la evaluación que le hicimos fue una evaluación completa sano, sin ningún déficit neurológico, asintomático de su cefalea y una cosa muy importante con sus signos vitales controlados, la última presión arterial que le tomamos fue de 110/80 con una frecuencia cardiaca de 83 por minuto y una frecuencia respiratoria de 19.

[65] 21:14 minutos CD 1

El paciente me solicita muy diligentemente, muy ansiosamente, que por favor, y estaba acompañado de un familiar que no puedo recordar si era la esposa (sic) y pero si sé que era una mujer y pedían: déjelo ir, déjelo ir, va a pasar la navidad con su hija, la niña lo está esperando, queremos estar en casa.

Ante un paciente estable, un paciente ya instaurado que lo que necesita es una medicación y estado en este momento volvería a hacer lo mismo se dio de alta con una serie de recomendaciones. Me llama la atención que este paciente se notaba depresivo, se llenaban sus ojos de lágrimas y tomaba mucho licor, ese diagnóstico de alcoholismo lo puse como último diagnóstico, porque las anotaciones en la historia clínica por lo general las hacen nuestros residentes o estudiantes y esa anotación faltaba.

Dentro de las recomendaciones está cero licor, tomarse los medicamentos (…) se le ordenaron unos estudios ambulatorios que a veces son más rápidos practicarlos a través de la EPS, estudios ambulatorios que no se hacen en el hospital Tomas Uribe

Preguntado: se hablaba de que el paciente había sufrido un evento cerebro vascular isquémico, usted nos puede decir en qué momento pudo haber ocurrido ese accidente cerebro vascular?

1:39:31

Contestó: el paciente ingresó el 22 de diciembre de 2008 para amanecer el 23 de diciembre al Hospital Departamental Tomás Uribe. Fue atendido inicialmente por una médico internista la doctora Alba Liliana Lazo, fue atendido por el doctor Eduardo Garrido Cruz y el 24 de diciembre por mí, el 23 de diciembre se le realizó una escanografía cerebral simple. Estas escanografías por lo general no se realizan en el hospital, teníamos probablemente contratación externa se hizo externamente, probablemente esa escanografía se haya hecho en una institución que se llama Proinsalud, que era quien probablemente nos prestaba los servicio de escanografía, pero también podía ser realizada en la clínica San Francisco, pero muy probablemente en Proinsalud, el reporte escanográfico habla de una lesión hipodensa de 37 mm x 47 mm se ve muy delimitada, muy probablemente esta lesión podría estado hace diez años, cinco años, dos años, dos días pero no menos de 24 horas, normalmente cuando un accidente isquémico vascular se presenta hay unos cambios escanográficos a las 6 horas muy sutiles por el edema que produce el infarto cerebral más o menos a las 24 horas es que empieza uno a ver lesiones que van apareciendo muy bien delimitadas y hay historia de que el paciente dos o tres semanas antes venia ya con síntomas, muy probablemente el accidente cerebro vascular era no digamos antiguo de evolución, no era un infarto cerebral reciente, en el contexto, un paciente neurológicamente sin déficit neurológico solamente su manifestación clínica era cefalea y la cefalea podía ser causada por hipertensión cefalopatia hipertensiva, por mal control de la presión arterial (….) entonces tiene un accidente cerebro vascular isquémico en menos de 4 horas uno tiene que iniciar antiagregantes plaquetarios, uno tiene que prevenir que no vaya a hacer otro infarto, si esa era la causa de su vasculopatía, porque ese infarto podía ser antiguo no hay forma de saber, en las escanografías hay un soporte de unas unidades (…) ellas pueden hablar de un infarto hiperagudo o subagudo o crónico, pero esa no es la cosa más, eso es sine qua non, eso es un paciente que tiene un accidente cerebro vascular usted que tiene que hacer como médico, controlar los factores de riesgo, prevenir que el paciente vuelva a hacer un nuevo evento cerebro

vascular, esto solamente se hace mandando medicamentos y antiestátina y antiagregantes plaquetarios, es lo único que a la luz del día todavía lo tenemos (…) ese paciente que ya tiene un accidente cerebro vascular en un año lo puede volver a repetir o en un año puede volver otra vez en un porcentaje más alto que en una persona que no tiene un accidente cerebro vascular.

Preguntado: Según lo dicho anteriormente, el paciente al llegar a la clínica no presentaba ningún tipo de déficit neurológico?

Contestó: No ningún déficit neurológico y el paciente se encontraba asintomático, porque una cosa es que el paciente persistiera con algún síntoma, como cefalea. Tengo que poner una anotación de que hay situaciones muy difíciles en nuestro desempeño médico que eso no excusa nada pero hay épocas, sobre todo en la época decembrina, 24 de diciembre, del 23 de diciembre casi hasta el 2 o 3 de enero, cierran prácticamente todo, no hay donde hacer exámenes, no hay donde hacer nada y de hecho los pacientes consiguen realizarlos mucho más fácil ambulatoriamente. El paciente tenía ordenado un ecocardiograma transesofágico y un eco Doppler de vasos del cuello para realizarse, entonces esos son los pasos, pero estos exámenes se pueden hacer ambulatorios, o sea el paciente se estabiliza, se controla factores de riesgo, se controla presión y se puede mandar ambulatoriamente.

Preguntado: Qué tipo de exámenes se le deben realizar a un paciente que llega con este tipo de patología, sintomatología a un centro asistencial para poder determinar que no tiene ningún tipo de déficit neurológico?

Contestó: Hasta la fecha sigue siendo el examen ideal, básico tomografía axial computarizada, y por qué sigue siendo tan importante la tomografía? porque nos permite descartar otras cosas a nivel del sistema nervioso central que son peligrosas por ejemplo una hemorragia intracerebral que en la escanografía es evidente, se ve la imagen blanca así lleve 10 minutos o 5 minutos de haberse producido entonces usted en el escanógrafo la ve inmediatamente y ese paciente pasa, deja de ser prácticamente nuestro de medicina interna y pasa a ser a neurocirugía porque los accidentes neurovasculares son patologías de los neurocirujanos no de los neurólogos sino de los neurocirujanos este paciente y lo otro es que te sirve para descartar otras cosas, tumores, entonces la escanografía en ese primer día de tomada así le salga normal es importantísimo entonces el paciente llega con manifestaciones neurológicas que es lo más frecuente, lo menos frecuente es lo que tenía el señor. Por eso uno dice este accidente hace cuanto fue? Queda siempre como con el interrogante. Uno este paciente no tenía ningún déficit neurológico y aparte de eso mostraba esa lesión isquémica entonces en la escanografía sigue siendo el examen ideal rápido que tiene el informe uno lo más rápidamente posible y los exámenes en general los exámenes de sangre, sin embargo revisando la historia clínica del hospital Tomas Uribe Uribe encuentro que el paciente tenía exámenes de serología, prueba de VIH por lo del cuento de la cefalea pruebas bioquímicas sanguíneas o sea se le hizo un screen completo

Señora apoderada del hospital San José que tiene para preguntar al testigo.

Preguntado: Doctor Ramírez hágame un favor, dígale al despacho cuáles son los síntomas que presenta un paciente que hace un accidente cerebro vascular isquémico parietal occipital derecho como el que presentó el señor Luis Eduardo Colorado Sierra?

Contestó: La sintomatología normalmente del paciente es: puede presentar cefalea así como puede que no presente cefalea sino que súbitamente presenta un déficit neurológico en la cual hay desviación de la comisura labial, el paciente tiene pérdida de la fuerza en alguna extremidad puede ser miembro superior e inferior, generalmente del mismo lado el paciente puede tener sensaciones de vértigo, mareo, trastorno del habla, del lenguaje, puede tener trastorno cognitivo básicamente dependiendo de la localización en el caso del paciente en mención y de la ubicación del accidente cerebrovascular muy probablemente no tuviera problemas en el lenguaje pero por esa localización uno podría pensar que el paciente podría tener alguna manifestación en el lado izquierdo del cuerpo como pérdida de la fuerza o de la sensibilidad pero no presentaba ningún déficit neurológico.

Preguntado: Doctor Ramírez, de acuerdo a su respuesta anterior indíquele al despacho si el señor Gerardo Colorado Sierra presentaba este tipo de sintomatología al momento de consultar al hospital departamental de Tuluá y si ese tipo de sintomatología podría indicar que tal y como lo estaba presentando si ese evento ocurrió ese mismo día o como usted lo manifestaba días anteriores?

Contestó: Yo le voy a contestar por lo que me sucede en el caso mío, encuentro un paciente totalmente asintomático, sin ninguna manifestación clínica y si ningún déficit neurológico revisando la historia clínica del hospital Rafael Uribe Uribe, la nota de ingreso refiere que era un paciente que se encontraba asintomático y sin ningún déficit neurológico también pero tenía presiones arteriales altas como tenemos acceso a la remisión no recuerdo si es de Zarzal o de Roldanillo tenemos esa nota está escrita hay el paciente había consultado por cefalea pero sin déficit neurológico pero si con la presión muy alta, estaba con hipertensión.

Preguntado: Informe al despacho cuál es el tipo de medicamentos que se requieren para tratar este tipo de patologías cuando se presenta un accidente cerebrovascular como el que sufrió el señor Luis Gerardo Coronado Sierra?

Contestó: En el caso del paciente debe colocarse antiagregantes plaquetarios, estatinas y los medicamentos para la presión arterial y protección gástrica para evitar alguna hemorragia de vías digestivas. El paciente está tomando aspirina, las estatinas tiene que ser de alta intensidad o sea medicamentos considera uno que van a proteger hacia la parte de la dislipidemia. Casi puedo decir que todos los medicamentos no son para curar la enfermedad ya establecida sino para prevenir otra incidencia cerebrovascular que se presente en el tiempo.

Preguntado: De acuerdo a sus conocimientos médicos, usted le podría indicar al despacho si es posible determinar cuándo puede ocurrir un nuevo accidente cerebrovascular en el paciente?

Contestó: Simplemente le puedo decir que el paciente hipertenso tiene tres a cinco veces más posibilidades de volver a presentar el evento cerebrovascular

Preguntado: Un paciente con las condiciones que presentaba el señor Luis Gerardo Colorado Sierra según lo que usted tuvo oportunidad de conocer del cual fue su evolución en que estado se encontraba su accidente cerebrovascular, usted podría indicar al despacho si este paciente requería de una hospitalización permanente de acuerdo al manejo que se le venía dando a lo presentado en la historia clínica en el hospital departamental de Tuluá (…) se encontraba termodinámicamente estable y en esas mismas

condiciones ingresó al hospital de San José de Buga acusando cefalea, de acuerdo a esas condiciones ameritaba que fuera hospitalizado?

Contestó: En el momento de que al paciente se le controlan todos los factores de riesgo se controla la presión, termodinámicamente está estable, no tiene ningún evento cerebrovascular en curso no hay hemorragias el paciente ha evolucionado satisfactoriamente es una determinación dar de alta a un paciente de estos porque no se justifica ¿hacer más qué? (…)

Preguntado: Usted nos comentaba que era un paciente que según la historia clínica que tenía una cantidad de antecedentes patológicos me refiero a hipertensión arterial, de alcoholismo es decir tenía una serie de patologías que debían ser tratadas con medicamentos. Está en algún lado la historia clínica qué tipo de adherencia había a que tipos de medicamentos que él debía estarse tomando para el control de esas patologías que ya venían de base en el paciente?

Contestó: Consignado como tal no y esto es un problema médico que nosotros tenemos a diario con todos los pacientes, los pacientes nos dicen si yo me estoy tomando la droga bien pero no se la está tomando o puede que se esté tomando bien pero si el paciente está tomando licor no le va a servir y le va a aumentar el riesgo de hipertensión es imposible poder determinar eso, lo que si tiene que consignar en la historia clínica que es las recomendaciones que uno le da al paciente cero licor, haga ejercicio, tómese la droga cumplidamente, haga esto, haga lo otro pero como tal llegar a decirle, muchas veces lo colocamos pero uno sabe que no es cierto. Quiero complementarte tu respuesta cual es la primera causa de mortalidad de nosotros, la enfermedad coronaria porque por que la mitad de las personas mayores de 50 años que estamos aquí la mitad son hipertensos de eso la mitad tiene tratamiento de hipertensión y de esos solamente la mitad que están recibiendo hipertensivos están bien tratados y eso es lo que nos pone a nosotros como (…) en el cuento de ser los primeros en mortalidad cardiovascular y por eso la enfermedad cerebrovascular ocupa el tercer puesto entonces ahí se puede manifestar y eso lo hicimos en todos los congresos y lo escuchamos en todos los congresos y está escrito en todas, en toda la literatura médica la adherencia al tratamiento y los buenos tratamientos

Preguntado: en su relato anterior usted manifestó que el paciente había manifestado en la consulta que usted tuvo con el que estaba tomando licor de acuerdo a su respuesta anterior este sería un factor de riesgo alto para que el hubiere presentado a futuro un accidente cerebrovascular.

Contestó: evidente un paciente que no se toma la drogas obviamente va a estar haciendo hipertensiones arteriales es un paciente que toma licor la droga no le va a servir y además de eso el alcohol aumenta la presión arterial un paciente que no deja de fumar va a seguir con el mismo problema y aumenta los riesgos en el caso de Luis Gerardo Colorado el día que tuve contacto con él vuelvo y le digo lo demostraba mucha ansiedad y que se quería ir de que quería salir que lo dejara ir había un familiar también insistente que ella estaba muy bien que porque no lo dejan salir quién se hacía todos los exámenes que se tomaba la droga cumplidamente entonces manifestaron de que había estado tomando mucho licor y las recomendaciones y cómo lo que yo decía que era un paciente muy especial para mi concepto era por favor nada de licor 0 licor tómese los medicamentos de acuerdo y 10 que todas las notas de urgencias de ingresos a urgencias el paciente ingresado con la presión alta siempre ingresar del hospital se fue

con una presión de 110/ 80 y usted ve todas las presiones de ingreso a los servicios de urgencias compresiones diastólicas por encima de 100.

Toma la palabra el apoderado de la parte actora:

Su señoría (…) dejo igualmente la constancia de una parte sobre el vínculo laboral que tiene el doctor Ramírez en el hospital Tomás Uribe Uribe tiene obviamente una relación de subordinación y dependencia que debe ser tenida en cuenta en su debido momento procesal. Quiero hacerle una pregunta al doctor Ramírez en relación con el tema de la alcoholemia o del alcoholismo de Gerardo Colorado Sierra. En el proceso de su testimonio, en el tenor de su testimonio usted ha dado unos conceptos sobre una situación de consumo de alcohol, yo lo conocí años yo fui su promotor en el norte del Valle y lo conocí y obviamente tengo mis informes clarísimos sobre ese tema pero quiero preguntarle si en ese proceso de atención en el hospital Tomas Uribe Uribe donde a usted le correspondió atenderlo, al paciente se le hizo prueba de alcoholemia para establecer esa situación de presencia de alcohol en el momento de ingresaba o permanecía al interior de ese hospital departamental de segundo nivel o es una apreciación que tiene usted simplemente por el conocimiento social que es distinto que usted tenia del señor Luis Gerardo Colorado Sierra, o en el momento en que usted pedía que se le diera de alta porque se veía posiblemente un mejoramiento de su estado de salud estaba consumiendo alcohol dentro del hospital.

Apoderada de la parte demandada objeta la pregunta.

Juez no acepta la objeción.

Contestado: lo que yo informo es un antecedente, una historia clínica el cual el paciente refería ingesta de licor no puedo asegurarle si lo hacía cada ocho días o una vez al mes o una vez cada dos meses o cada tres meses lo único que es claro es el licor así sea una vez al mes sube la presión arterial y aminora los efectos de los medicamentos antihipertensivos y ese día puede ser el día en que haga un accidente cerebrovascular o uno cardiovascular o un infarto agudo al miocardio que se asocia mucho a esto. Lo mismo es con el tabaquismo, el paciente que no deja de fumar vuelve y fuma hace lo mismo el tiene dentro de los diagnósticos anote un antecedente, un antecedente no más.

Preguntado de igual manera yo quiero dejar constancia que el doctor ha dado una versión sobre unos hechos que tiene que ver con lo que fue la atención al paciente Luis Gerardo Colorado Sierra en el cual el participó como médico del hospital departamental Tomas Uribe Uribe y lo otro es que el ha dado unas especies de conceptos de manera general de este tipo de patologías o crisis de la salud de una persona análoga o no al caso del señor Luis Gerardo Colorado Sierra, muchas gracias."

Respecto de los testimonios relacionados la Sala indica que serán valorados a través de un tamiz más denso del que usualmente utilizaría el operador judicial dado el estrecho vínculo que une a los deponentes con uno de los extremos procesales, en este caso con las entidades demandadas al encontrarse bajo la subordinación de esta.

El material probatorio evidenció que el señor Luis Gerardo Colorado Sierra, con 43 años de edad, fue conducido el día 01 de diciembre de 2008, a las 14:34 al servicio de urgencias del Hospital Departamental de San Antonio de Roldanillo E.S.E., por presentar un cuadro de 12 días de evolución con cefalea generalizada que no cedía a pesar de la ingesta oral de analgésicos, enfatizando en que nunca ha desaparecido el dolor. Se deja constancia en la historia clínica del tratamiento ambulatorio del paciente a través de medicamentos tales como Tramadol amp x 100mg im, naproxeno, Dipirona amp x 2gr iv diluida y se emite el alta por mejoría de 15+50 el 02 de diciembre de 2008 a las 15:50.[66] El paciente reingresó el centro médico por el servicio de urgencias del Hospital Departamental de San Antonio de Roldanillo E.S.E. con los mismos síntomas el día 18 de diciembre de 2008 a las 20:20, y fue dado de alta sin definición de diagnóstico aparente sobre las 20:45 del 18 de diciembre de 2008.[67]

El día 22 de diciembre de 2008 a las 14:30[68], en compañía de su esposa, nuevamente ingresa al servicio de urgencias del Hospital Departamental de San Antonio de Roldanillo, pero esta vez, aunado al cuadro de cefalea global por la cual había consultado en múltiples ocasiones describe visión borrosa, pérdida de memoria, náuseas y vómito por lo cual se ordena su inmediato traslado a un centro hospitalario de mayor complejidad, para lo cual se diligencia formato de traslado de paciente al Hospital Departamental de Tuluá, Valle Cauca. (Ver folio 13 del cuaderno de historias clínicas.) Se encuentra acreditado que ese mismo día - 22 de diciembre de 2008 - a las 11:50 pm, el señor Luis Gerardo Colorado Sierra, ingresó por el servicio de urgencias al Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe, E.S.E., con sede en el Municipio de Tuluá, Valle del Cauca, ratificando un cuadro clínico de **13** días de evolución, consistente en cefalea occipital irradiada a región frontal, visión borrosa, dolor ocular, náuseas, con una intensidad de 7/10 en la escala de dolor cuando es leve y cuando es máximo, una intensidad de 10/10.

A folio 39 del cuaderno principal del expediente se observa que el 23 de diciembre de 2008, una vez ordenada la hospitalización del señor Colorado Sierra se le

[66] Folio 30 del cuaderno principal
[67] Folio 31 del cuaderno principal
[68] Folio 32 y siguientes del cuaderno principal

practicaron entre otros exámenes una tomografía por el médico radiólogo Jorge Isaac Salazar Serna, en colaboración externa de Proinsalud IPS, quien en un aparte de su informe consignó: "*se observa aumento en la densidad de las arterias a nivel Polígono de Willis por angioesclerosis* (…) *Se demuestra la extensa área hipodensa occipito-parietal derecha que hacia el vertex presenta un tamaño de 37 mm x 47 mm en sus dos diámetros principales con un índice de absorción de + 29 UH, lo que indica presencia de tejido blando hipodenso*", para concluir **"gran infarto isquémico parieto-occipital derecho angioesclerosis."**

Lo anterior es relevante para que la Sala concluya con grado de certeza que el Sr. Colorado Sierra ingresó al Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe con un severo daño en su salud que no le es imputable jurídicamente a las entidades demandadas. El gran infarto isquémico que padecía es un evento fortuito cuya causa pudo estar asociada a múltiples factores tales como su hipertensión arterial. Esta circunstancia implica que los hechos planteados sean valorados desde una perspectiva diferente ya que no se trata de imputar la muerte del paciente sino de establecer si se perdió la oportunidad de recuperar su salud o por lo menos de reducir y controlar los factores de riesgo que pesaban en su contra para evitar la repetición de un evento cerebro vascular ya que ello comprometería aún en mayor medida la posibilidad de supervivencia del paciente.

Sobre la enfermedad que sufrió el Sr. Colorado Sierra la literatura médica[69] enseña:

> El ACV isquémico de la circulación posterior es un síndrome clínico asociado a la isquemia por estenosis, trombosis in situ u oclusión embólica de las arterias de la circulación posterior—arterias vertebrales del cuello, vertebral intracraneana, basilar y arterias cerebrales posteriores y sus ramas. Los sitios de oclusión comunes causan patrones clínicos y síndromes característicos.
>
> Existen diferencias importantes entre los ACV anterior y posterior, como el valor de las herramientas de detección, las mejores modalidades diagnósticas y las manifestaciones clínicas. La prueba Cara, Brazo, Voz, Tiempo (momento en que se hace la prueba) o prueba FAST (del inglés: Face, Arm, Speech, Time) es un instrumento de detección para ser aplicado antes del arribo al hospital y reconocer el ACV. Es menos sensible para detectar el ACV de la circulación posterior que para el

[69] Ver https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=84221

ACV de la circulación anterior (en el territorio carotídeo, incluyendo las arteriales cerebrales media y anterior y sus ramas).

(…)

Las causas más comunes de ACV de la circulación posterior son la oclusión o la embolia de la arteria vertebrobasilar, aterosclerótica o disecada, y la embolia de origen cardíaco. Un gran estudio de registros hospitalarios de EE.UU. que incluyó a 407 pacientes con ACV de la circulación posterior mostró que los mecanismos más comunes del embolismo (40% de los pacientes) fueron: la lesión oclusiva de las arterias grandes causante de isquemia cerebral hemodinámica en el 32% de los pacientes; el resto de los ACV fueron atribuidos a oclusiones in situ de vasos pequeños; otros mecanismos o causas desconocidas.

De los ACV atribuidos al embolismo, el 24% tuvo su origen en el corazón; el 14% fue causado por embolismo arterio-arterial y el 2% tuvo múltiples orígenes potenciales. Estudios recientes de observación de enfermos hospitalizados han mostrado un umbral aumentado de riesgo de ACV luego del AIT o ACV menor de la circulación posterior en pacientes con estenosis vertebrobasilar sintomática comparados con aquellos sin estenosis.
(…)

En un estudio de observación importante de 407 pacientes realizado en un solo centro asistencial, los síntomas circulatorios posteriores más comunes fueron mareos (47%), debilidad unilateral del miembro (41%), disartria (31%), cefalea (28%) y náuseas y vómitos (27%). Los signos más comunes fueron la debilidad unilateral del miembro (38%), la marcha atáxica (31%), la ataxia unilateral del miembro (30%), la disartria (28%) y el nistagmus (24%).

Este mismo estudio es claro en señalar que el riesgo de sufrir otro accidente cerebro vascular en pacientes que ya han tenido uno es muy alto. En el mismo sentido se pronunciaron los médicos Pedro Arturo Cogollo y Omar Ramírez en sus testimonios. A partir de lo anterior, para la Sala es claro que este paciente estaba en riesgo de padecer de manera inminente otro evento cerebro vascular por lo que ameritaba mantenerlo hospitalizado y en observación neurológica. Sin embargo, la atención recibida en los hospitales demandados si bien fue pertinente, el diagnóstico acertado, la medicación adecuada conforme a la ciencia médica omitió mantenerlo hospitalizado para un mayor control de los factores de riesgo que pesaban sobre el paciente.

Se encuentra probado que a pesar del diagnóstico conocido por el centro médico, el día 24 de diciembre de 2008, el Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe, E.S.E., de Tuluá, "*debido a la estabilidad del paciente, que no tiene déficit neurológico y por las fiestas navideñas,* ***decide dar de alta por medicina interna****"* sin valerse de todos los medios humanos y físicos con que contaba el centro médico para la realización de las ayudas diagnósticas ordenadas tales como ecocardiograma transesofágico y eco doppler de vasos y carotidas.

Al ser cuestionado el doctor Omar Ramírez Solís, médico internista del Hospital Tomás Uribe Uribe, quien suscribió el alta del paciente el 24 de diciembre de 2008, sobre las razones por las cuales no se realizaron las impresiones diagnósticas igualmente ordenadas por él, refirió que a pesar de que en el escalafón médico el hospital para el que labora es un centro médico de segundo nivel de atención. Explicó que el hospital no cuenta con el equipo técnico para realizar dichos exámenes. Así mismo, señaló que dada la época del año la realización de los exámenes ordenados se haría con mayor celeridad de manera particular. Así pues se dejó en manos del paciente la realización de las ayudas diagnósticas requeridas para determinar la complejidad de su patología.

En términos similares se pronunció frente al motivo que lo llevó a egresar al paciente, manifestando que conocía al señor Colorado Sierra como un músico excepcional y que ante el cuadro clínico favorable presentado y la solicitud verbal del paciente y de su acompañante accedió dar el alta que sus antecesores ya habían convalidado en sus revisiones.

A folio 43 del cuaderno principal del expediente, se encuentra probado que en menos de 24 horas de haberse emitido el alta por parte del centro médico, el señor Luis Gerardo Colorado Sierra, el 25 de diciembre de 2008, acudió al Hospital Departamental San Antonio E.S.E de Roldanillo, Valle, con los siguientes hallazgos principales: *"paciente muy pálido, álgido, visión borrosa, ojo derecho, aduce cefalea en casco,"* siendo trasladado a las 10:20 pm a la Fundación Hospital San José E.S.E. de Buga, centro médico al que ingresó a la 01:46 am del 26 de diciembre de 2008, recibiendo atención y valoración de la médica general Olga Vanessa Benítez y del neurocirujano Francisco Muñoz Roldán.

De la nota clínica visible al reverso del folio 95 del cuaderno de historias clínicas del expediente, se tiene que el paciente fue valorado por medicina interna el día 26 de diciembre de 2008. En conclusión se dejó constancia de la evolución de 16 días del cuadro de cefalea secundaria a la vasculopatía cerebral, cefalea de inicio súbito, "*generalizada con episodios pulsátiles en ojo derecho y región occipital asociada en este momento a dificultad respiratoria y mareo.",* síntomas que, con el tratamiento farmacológico, si bien aminoraban el dolor del paciente no lo erradicaban por completo.

No obstante lo anterior y pese a la complejidad de la sintomatología presentada por el paciente y conocida por la entidad hospitalaria, a través del análisis de la tomografía realizada días atrás, el día 27 de diciembre de 2008 a las 9:00 de la mañana, el médico internista Eduardo Antonio Cruz emitió el alta acompañada de la medicación que hasta ese entonces se venía manejando adicionando la ingesta de anticonvulsivos.

Finalmente, se encuentra probado que el 29 de diciembre de 2008, luego de haber convulsionado el señor Colorado Sierra murió en las instalaciones del Hospital Universitario Evaristo García de Cali, luego de ser trasladado del Hospital San Antonio de Roldanillo "*(…) en muy malas condiciones generales, inconsciente con tubo traqueal (…)"* (Sic).

El daño

En el caso concreto se demostró un daño cierto, determinado y consumado en la muerte del señor Luis Gerardo Colorado Sierra el 29 de diciembre de 2008 a las 14:55 en el Hospital Universitario del Valle, tras sufrir un infarto isquémico parieto-occipital que evolucionó a muerte cerebral, de acuerdo con el formato de egreso del centro médico visible a folio 59 del cuaderno principal del expediente, así como del registro civil de defunción con indicativo serial No. 06462422 a folio 25 del mismo cuaderno.

Ahora bien, establecida la existencia del daño es necesario verificar si el mismo es imputable jurídicamente a las entidades demandadas.

La imputación

Conforme con la posición jurisprudencial que ha manejado el Consejo de Estado, los casos de falla del servicio médico asistencial son revisados actualmente bajo el régimen de la falla probada del servicio, en el cual no solo debe demostrarse la existencia de un daño, sino también su imputabilidad a la entidad que se demanda, toda vez que no es suficiente que en la demanda se hagan afirmaciones sobre la existencia e imputabilidad del mismo, pues se hace necesario que ello se encuentre soportado en las pruebas oportunamente pedidas, decretadas y aportadas al expediente.

Al valorar el grado de responsabilidad del Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe el juez de primera instancia señaló:

> *"(…)Llama la atención del despacho que en una de las oportunidades en que fue dado de alta el hoy occiso, más precisamente en el Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá, las anotaciones médicas indicaron que a pesar de que se trataba de un paciente con ACV isquémico con infarto cerebral a nivel parieto occipital derecho, y de prescribir los estudios complementarios de ecocardiograma transesofagico y eco doppler de vasos carotideos vertebrales, a pesar de todo ello, y debido a la presunta "estabilidad", "que no tiene déficit neurológico, y por las fiestas navideñas" se decidió dar de alta por medicina interna, con recomendaciones y tratamiento con antiagregantes plaquetarios entre otros medicamentos, en lo cual influyó la solicitud del paciente y de la familiar que lo acompañaba.*
>
> *Para este director del proceso no resulta razonable desde ninguna óptica, que se hubiera dado el alta médica a un paciente con un ACV como el que afectaba al señor Colorado Sierra, sin haberle realizado esas pruebas ordenadas por el médico tratante, y menos bajo la inadmisible justificación del avenimiento de la época de fiestas navideñas y por solicitud del paciente y la familiar, pues eran precisamente la entidad hospitalaria y el equipo médico que le atendían, quienes tenían el conocimiento del estado de salud y por ello debieron proceder a efectuar los procedimientos necesarios para lograr la recuperación o al menos, estabilizar su cuadro de crisis.(…)"*

Frente a la atribución jurídica del despacho, en sede de apelación el hospital Tomás Uribe Uribe alegó que el equipo humano del centro médico cumplió con la prestación del servicio de una forma eficiente y conforme a la lex artis. No obstante, se observa que no hizo exposición de los argumentos por los cuales considera que el servicio prestado por el centro médico fueron acordes con el

protocolo que se debe seguir ante un paciente con un accidente cerebrovascular con fecha de inicio no determinado, con pluralidad de factores de riesgo y una cefalea de 16 días de evolución que no cedía con medicación.

En cuanto a la responsabilidad de la Fundación Hospital San José de Buga se encuentra que consideró pertinente dar el alta al paciente debido a que no presentaba déficit neurológico y con el debido control de los factores de riesgo y la medicación consideraron suficiente para que el paciente continuara su cuidado en su domicilio.

Para determinar si hay lugar a la imputación, la Sala considera conveniente estudiar nuevamente los elementos estructuradores de la pérdida de oportunidad, en relación con lo cual el Consejo de Estado[70] nos enseña:

> A pesar de las diversas teorías empleadas para explicar la pérdida de oportunidad, recientemente esta Subsección se ha pronunciado en el sentido de considerar que la postura que mejor se ajusta a dicho concepto es aquella que la concibe como un daño derivado de la lesión a una expectativa legítima, diferente de los demás daños que se le pueden infligir a una persona, como lo son, entre otros, la muerte (vida) o afectación a la integridad física, por lo que así como se estructura el proceso de atribución de estos últimos en un caso determinado, también se debe analizar la imputación de un daño derivado de una vulneración a una expectativa legítima en todos los perjuicios que de ella se puedan colegir, cuya naturaleza y magnitud varía en función del interés amputado y reclamado.
>
> En esa oportunidad la Sala decidió reordenar los elementos de la pérdida de oportunidad, así: *i)* falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado, es decir, la incertidumbre respecto a si el beneficio o perjuicio se iba a recibir o evitar; *ii)* certeza de la existencia de una oportunidad; *iii)* certeza de que la posibilidad de adquirir el beneficio o evitar el perjuicio se extinguió de manera irreversible del patrimonio de la víctima.

En el material probatorio se encuentra probado que el hospital Tomás Uribe Uribe se apresuró cuando dio de alta al paciente la primera vez que lo atendió, pues, además de la cefalea que claramente nunca estuvo controlada, pasó por alto su

[70] CONSEJO DE ESTADO. Sala de Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección B. Rad. No. 05001-23-31-000-2002-00774-01(45138). 08 de agosto de 2018. C.P. Dr. Ramiro Pazos Guerrero.

obligación de emitir un diagnóstico completo frente a las patologías presentadas por sus pacientes al omitir valerse de los recursos humanos y administrativos con los que contaba la entidad (entre ellos la remisión) para la realización de los exámenes médicos que ordenó a través de su médico internista.

Así mismo, se tiene que el médico internista Omar Solís adscrito al Hospital Departamental de Tuluá, en su declaración del 19 de octubre de 2015, señaló el riesgo tan alto que tienen los pacientes que presentan un infarto isquémico cerebral de sufrir un nuevo accidente cerebrovascular en menos de un año: "*ese paciente que ya tiene un accidente cerebro vascular en un año lo puede volver a repetir o en un año puede volver otra vez en un porcentaje más alto que en una persona que no tiene un accidente cerebro vascular.(…)Simplemente le puedo decir que el paciente hipertenso tiene tres a cinco veces más posibilidades de volver a presentar el evento cerebrovascular".* Precisó que conocía de primera mano los factores de riesgo que maximizaban la probabilidad de una nueva falla cerebrovascular en el paciente, no solo por su estado de hipertensión sino por su consumo de alcohol [71] y que por esa razón la medicación formulada y posteriormente ordenada para dar seguimiento en casa era de tipo paliativo, no frente al infarto isquémico, sino para controlar los factores de riesgo. Y este control de riesgos, a juicio de esta Corporación, se podría hacer con mejores y más óptimos resultados manteniendo al paciente hospitalizado y en permanente observación neurológica. Ello es tan claro que a partir de lo manifestado por el propio testigo y según se registra en la historia clínica, el alta del Sr. Colorado Sierra fue concedida a solicitud de la familia dadas las fiestas de navidad, decisión reprochable por cuanto es el médico quien tiene completa responsabilidad para decidir lo que convenga a la salud y recuperación de su paciente. Y particularmente sobre este paciente que si bien no registró en ningún momento déficit neurológico, lo cierto es que llevaba varias semanas con una sintomatología que ameritaba estudios a mayor profundidad para determinar su etiología, precisamente para controlar los factores que pudieran desencadenar un nuevo evento cerebrovascular.

[71] 1:11:50 CD 1 cuaderno de apelaciones.

Tampoco se encuentra justificado que el Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe resolviera que era mejor que el paciente se realizara las ayudas diagnósticas pertinentes para descartar el compromiso del sistema cardiovascular por su cuenta y no con la asistencia del hospital bajo el argumento de las fiestas de navidad y de fin de año y las dificultades para acceso a servicios de salud. El hospital se encontraba en la capacidad de acuerdo a la guía de manejo de urgencias de remitir al paciente a un centro médico de mayor complejidad para suministrar un procedimiento integral y eficiente acorde con las necesidades del paciente.

En conclusión, el hospital demandado procedió a dar de alta al paciente en esas condiciones y este debió regresar horas más tarde, por cuanto su cuadro clínico se intensificó en menos de 24 horas, lo que ameritó que fuera conducido por sus familiares al Hospital Municipal de Roldanillo el 25 de diciembre de 2008 y posteriormente remitido el 26 de diciembre al Hospital Departamental de Buga.

En cuanto a la Fundación Hospital San José de Buga la Sala de igual manera encuentra que fue debidamente valorado no obstante, a la fecha de su ingreso a ese centro médico el paciente llevaba una historia de estar padeciendo cefaleas además de otros signos que a pesar de los tratamientos instaurados habían obligado su reingreso en menos de 24 horas a los centros hospitalarios. Este historial, a juicio de esta Sala, ameritaba que el paciente fuera mantenido en observación para asegurar un mayor control de los riesgos que pesaban en su contra y que finalmente, se concretaron en un proceso convulsivo que le ocasionó su muerte.

Para esta Corporación es claro que la enfermedad y las opciones de tratamiento de este paciente estaban seriamente limitadas, ya que cuando consultó la primera vez el 01 de diciembre llevaba una cefalea de evolución de más de 12 días. Esta circunstancia permite inferir que el Sr. Colorado Sierra al ingresar a las mencionadas entidades hospitalarias tenía un accidente cerebro vascular antiguo, esto es, no se trataba de un infarto cerebral reciente. Las pruebas permiten establecer que los médicos acertaron en el diagnóstico al determinar que se trataba de un gran infarto isquémico parieto-occipital, daño no imputable a

ninguna de las demandadas como acertadamente lo señala uno de los apelantes. Es por ello que su responsabilidad se imputa por la pérdida de oportunidad de haber tenido un cercano control de riesgos que disminuyera el riesgo de repetición de otro evento cerebro vascular que la literatura médica señala como altamente probable luego de que se ha padecido el primero. Ese es puntualmente el reproche jurídico que se formula a los hospitales Tomás Uribe Uribe y San José de Buga. Al no haber mantenido hospitalizado al paciente y agotado los estudios correspondientes, se limitaron las posibilidades de establecer la causa de su padecimiento y por esa vía de haber tenido la oportunidad de sobrevivencia.

La Sala debe señalar que uno de los argumentos que aduce el Hospital San José de Buga es que el juez de primera instancia consideró que el hecho de no haber practicado los exámenes de ecodoppler y el TAC cerebral al señor Luis Gerardo Colorado Sierra, incidió en la posterior muerte del paciente; pasando por alto que los exámenes ordenados son de carácter diagnóstico y no terapéutico, por lo que la condición clínica del paciente no hubiera cambiado de ninguna manera y bajo ninguna circunstancia si los mismos hubieran sido practicados. Respecto de este argumento se debe indicar que ciertamente no se trataba de exámenes terapéuticos, pero sí hubieran sido útiles para establecer las causas del padecimiento del Sr. Colorado Sierra. Es la omisión de haber agotado los estudios para el control del paciente lo que se reprocha y que permite imputar responsabilidad administrativa en las demandadas.

Adicionalmente, el Hospital Tomás Uribe Uribe aduce que en la misma sentencia se reconoce que no fue posible agotar la totalidad de las pruebas, omitiendo una prueba trascendental para la resolución del caso bajo estudio como lo es el dictamen pericial, reemplazándola por una lectura de las historias clínicas y de cada uno de sus episodios. En este punto, cabe señalar el grado de importancia de las historias clínicas en los procesos de responsabilidad médica, a razón de los motivos de inconformidad que rechazan el valor establecido por el juez de primera instancia sobre este medio probatorio. Sobre el particular el Consejo de Estado, ha destacado la importancia que tiene la historia clínica dentro de los procesos en que se discute la responsabilidad extracontractual del Estado, porque refleja fidedignamente lo

que realmente ocurrió con la atención médica – hospitalaria suministrada al paciente, al tiempo que ha precisado su naturaleza jurídica y, por ende, su valor probatorio, en los siguientes términos: *"Es de resaltarse que la historia clínica asentada en entidades públicas es un documento público, que da fe, desde el punto de vista de su contenido expreso, de la fecha y de las anotaciones que en ella hizo quien la elaboró (art. 264 del C. P. C.), y desde el punto de vista negativo, también da fe de lo que no ocurrió"*[72].

También ha recalcado la importancia y la necesidad de que las entidades públicas de salud aporten al proceso las respectivas historias clínicas y que estas obren en forma clara, fidedigna y completa, a fin de establecer cuál fue la conducta o el comportamiento asumido por la demandada respecto de la atención médica suministrada al paciente y así constatar si su actuación o proceder se ajustó o no a los cánones o a las exigencias médicas dispuestas para tal efecto.

Dicho lo anterior, la Sala considera que la ausencia de prueba pericial no es obstáculo para demostrar los motivos que provocaron el alta ni la omisión en la realización de los exámenes médicos ordenados. Ya se señaló que la responsabilidad del Estado también se puede derivar del negar la oportunidad de sanar como parte del derecho a la salud – pérdida de la oportunidad, en la prestación del servicio médico a la persona que acuda al centro asistencial, siempre que la desatención o negligencia haya incidido en el resultado adverso a la salud e integridad física de quien requiera ese servicio[73].

Se precisa que el fundamento para imputar el resultado dañoso en el presente caso se construye sobre razones de derecho y no sobre razones de hecho, en virtud de las cuales se atribuye la responsabilidad a la entidad demandada en la medida que se comprueba que infringieron estándares normativos funcionales fijados por el orden jurídico. En este punto se debe reiterar que no se puede aseverar de manera contundente que de haberse efectuado los exámenes diagnósticos ello hubiera impedido la repetición de un nuevo evento cerebro vascular. Sin embargo, la omisión de los exámenes impidió tener un cuadro clínico

[72] Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 10 de agosto de 2007, expediente 15.178.
[73] Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección A, sentencia de 14 de septiembre de 2016, expediente 40.971.

completo para establecer cuál era el factor de riesgo y que podía incidir en mayor medida en un nuevo ACV. Esto significa que el daño que puede atribuirse a las demandadas no es la muerte en sí misma del señor Colorado Sierra sino la pérdida de oportunidad de sobrevida en caso de haber contado con un acertado y específico control de riesgos.

De la indemnización de perjuicios por pérdida de oportunidad

En relación con la indemnización de perjuicios debe señalarse que cuando se trata de la pérdida de oportunidad su cuantificación se debe establecer, en primer lugar, de acuerdo a lo que resulte probado en el proceso de acuerdo al porcentaje de pérdida de chance o expectativa que tenía, para este caso, el paciente de sobrevivir. En el proceso que nos ocupa se encuentra el testimonio del médico neurocirujano Dr. Pedro Arturo Cogollo Vargas quien señaló que " (…) *estos pacientes que sufren una isquemia cerebral tienen un 75% de probabilidad de repetir una isquemia en el primer año o de aumentar el área de la isquemia, pueden sufrir convulsiones porque esa área ya queda sin vitalidad y se vuelve una zona epilectogena puede producir descargas de epilepsia en cualquier momento* (…)" No obstante, los fundamentos científicos que acredita el testigo técnico, la Sala considera que por el hecho de tener un vínculo laboral con la entidad hospitalaria Fundación Hospital San José de Buga, lo pertinente es acudir a criterios de equidad para determinar en un cincuenta (50%) por ciento el monto indemnizatorio a favor de los demandantes. Esto significa que el valor establecido inicialmente en la sentencia apelada deberá ser reducido en el cincuenta por ciento (50%) en lo que respecta a todos los perjuicios de orden material e inmaterial determinados en la sentencia. Ese valor reducido en el porcentaje indicado corresponde a la suma de $189.131.783, que debe ser actualizado a la fecha de esta sentencia tal como se observa a continuación:

Actualización		
Fecha sentencia 1ª instancia		28/06/2018
Fecha sentencia 2ª instancia		31/03/2020
Valor a actualizar	**$**	**189.131.783**

VP =		VA x	IPC Final (Marzo 2020) / IPC Inicial (Junio 2018)
VP =	$	189.131.783	103,07311 / 100,235687
VP =	$	189.131.783	1,02831
VP =	**$**	**194.485.632**	**Renta Actualizada**

Entonces, una vez actualizada la suma equivalente al cincuenta por ciento de la condena inicialmente ordenada por el a quo, corresponde a las demandadas pagar la suma de ciento noventa y cuatro millones cuatrocientos ochenta y cinco mil seiscientos treinta y dos pesos ($194.485.632) M/cte. a título de perjuicios materiales (lucro cesante consolidado y futuro).

COSTAS

La Sala se abstendrá de condenar en costas a las partes, habida consideración que hecha la evaluación que ordena el artículo 171 del CCA, modificado por el Art. 55 de la Ley 446 de 1998, no se encuentra conducta que lo amerite.

En mérito de lo expuesto, **EL TRIBUNAL CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DEL ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA**, en nombre de la República y por autoridad de la ley,

FALLA

PRIMERO: **MODIFICAR** el numeral cuarto de la sentencia de fecha 28 de junio 2018, proferida por el Juzgado Tercero Administrativo Oral del Circuito Judicial de Guadalajara de Buga, Valle del Cauca, la cual quedará así:

> **CUARTO: CONDENAR** al Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá y a la Fundación Hospital San José de Buga, a reconocer y

pagar a Angie Nathaly Colorado Lozano como reclamante directa y como sucesora procesal de su progenitora, en proporción al 50% por cada una de las entidades de salud, las siguientes sumas de dinero:

> Por concepto de perjuicios materiales a título de lucro cesante (consolidado y futuro), la suma total de ciento ochenta y nueve millones ciento treinta y un mil setecientos ochenta y tres pesos moneda legal colombiana ($189.131.783 M/Cte.) valor que actualizado a la fecha de esta sentencia corresponde a la suma de **ciento noventa y cuatro millones cuatrocientos ochenta y cinco mil seiscientos treinta y dos pesos ($194.485.632) M/cte.**

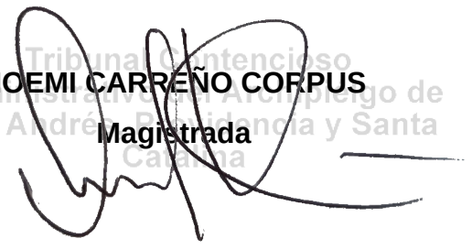
> Por concepto de perjuicios morales, el equivalente a cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

SEGUNDO: CONFÍRMESE la sentencia apelada en todo lo demás.

TERCERO: No hay lugar a condena en costas.

CUARTO: Por Secretaría devuélvase el expediente al Tribunal Contencioso Administrativo de Valle del Cauca. Desanótese en los libros correspondientes y archívese una copia de esta providencia en los copiadores de este Tribunal.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



NOEMI CARREÑO CORPUS
Magistrada

JOSÉ MARÍA MOW HERRERA
Magistrado

JESÚS GUILLERMO GUERRERO GONZÁLEZ
Magistrado

(Las anteriores firmas hacen parte del proceso con radicado No. 76-111-33-31-001-2011-00206-01)