



**TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA**  
**SECCIÓN TERCERA**  
**SUBSECCIÓN C**

**MAGISTRADO PONENTE: JOSÉ ÉLVER MUÑOZ BARRERA**

Bogotá, D.C., nueve (9) de septiembre de dos mil veinte (2020)

<b>Referencia</b>	11001-333-1037-2011-00175-00
<b>Sentencia</b>	SC3-20092478 Sala 104
<b>Medio de Control</b>	<b>REPARACIÓN DIRECTA</b>
<b>Demandante</b>	<b>LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUIRRE Y OTROS</b>
<b>Demandado</b>	<b>HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL E.S.E. Y OTROS</b>
<b>Tema</b>	Falla en la prestación del servicio médico. Falta de diagnóstico y tratamiento oportunos. Enfermedad autoinmune. Amputación de miembro inferior izquierdo por necrosis de tejidos. Pérdida de oportunidad de recibir tratamiento oportuno que resta posibilidades de perder una menor cantidad de tejido. Indemnización de perjuicios materiales cuando se condena la pérdida de oportunidad como daño.

Procede la Sala a proferir sentencia de segunda instancia dentro del presente proceso de reparación directa instaurado por la señora **LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUIRRE Y OTROS** contra el **HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL E.S.E. Y OTROS**.

### **I. ANTECEDENTES**

#### **1. La demanda.**

El 11 de abril de 2011, la parte actora presentó solicitud de conciliación extrajudicial a la que convocó a las entidades ahora demandadas. Dentro del trámite de conciliación extrajudicial la audiencia para estos efectos se realizó el 30 de mayo de 2011, 22 de junio de 2011 y el 11 de julio de 2011, última fecha en la que se declaró fallida la conciliación, por lo que se emitió la respectiva constancia de agotamiento del requisito de procedibilidad<sup>1</sup>.

El 22 de julio de 2011 la señora **LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUIRRE Y OTROS** presentaron demanda de reparación directa contra el **HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL E.S.E.** (hoy SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E), **HOSPITAL DE TUNJUELITO E.S.E.** (hoy SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E) y **HOSPITAL EL TUNAL E.S.E** (hoy SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E), con el fin de que se les declarara administrativa y patrimonialmente responsables por el daño antijurídico que les fue ocasionado, materializado en la "pérdida de su pie izquierdo de la paciente Lucy Paola Gonzáles Aguilar" producto de una deficiencia en la atención médica que le fue brindada en las instituciones hospitalarias demandadas entre diciembre de 2008 y mayo de 2009. Expresamente se solicitaron como pretensiones:

"Declarar que la atención y tratamiento prestados a la Joven **LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR** en las instalaciones de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL TUNJUELITO** y/o la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL TUNJUELITO** y/o la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

<sup>1</sup> Fl. 25, c.ppal.1

**HOSPITAL EL TUNAL** y/o la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY** fue NEGLIGENTE, INSEGURA, IMPRUDENTE, CON IMPERICIA, EQUÍVOCA, INADECUADA, IRREGULAR, INOPORTUNA, DISCONTINUA, INCORDINADA, DEMORADA y/o con VIOLACIÓN DE LA LEY Y LOS REGLAMENTOS.

...

Que como consecuencia de las anteriores declaraciones, se condene a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL TUNJUELITO** y/o la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL TUNJUELITO** y/o la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EL TUNAL** y/o la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY** a reconocer y pagar a cada uno de los demandantes o a quien la represente legalmente, a título de indemnización plena por el daño antijurídico ocasionado, imputables a dichas entidades y personas, los perjuicios materiales y/o de orden inmaterial: perjuicios morales, psicológicos y cualquier otro que se demuestre dentro del proceso.

..."

Como fundamento de las pretensiones se señaló, en resumen, que la joven LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR, para la época de ocurrencia de los hechos materia de debate, contaba con 23 años de edad, se encontraba cursando estudios de educación superior y realizando las pasantías que correspondían a su módulo educativo.

Que en el año 2008 acudió a su EPS Salud Total, quien le prestaba los servicios de salud en la modalidad del régimen subsidiado en salud, correspondiéndole como sede servicios la **E.S.E. Hospital Tunjuelito**, por presentar cuadro clínico con "*signos de molestia muscular, como dolor y enfriamiento en miembro inferior izquierdo, por lo que empieza a consultar... donde posterior a exámenes clínicos se le diagnostica **ARTRITIS REMATOIDEA**, instaurando para ello manejo médico para el dolor*".

Que, tras encontrarse en tratamiento por la aludida patología, el día viernes **19 de diciembre de 2008**, consultó por el servicio de urgencias de la **E.S.E. Hospital Tunjuelito**, por presentar "cuadro clínico de 2 semanas de evolución en pie izquierdo de intensidad 8/10 ardor que limita la marcha: antecedentes patológicos: artritis reumatoide (manejada hasta el momento con Dexametosona y diclofenal (sic) y anemia)"; consulta en la que reportaron al examen físico que: "*paciente en aceptable estado general con palidez mucocutánea generalizada*". Por lo cual emiten diagnóstico presuntivo de "*Artritis reumatoide activa y anemia por historia clínica*" por lo que se le ordena "*cuadro hemático, PCR, RA Test, ácido úrico*". Tras reporte de resultados médico tratante consideró "*que por no haber actividad artrítica, se trataba entonces de una **artralgia del pie izquierdo**, por lo que se da salida para **manejo ambulatorio***" con analgésicos, control por consulta externa y orden de cita prioritaria con medicina interna.

Que la paciente no logró acceder oportunamente a la cita por medicina interna, y ante la persistencia de la sintomatología, sin percibir mejoría con el tratamiento analgésico instaurado, decide reconsultar por el servicio de urgencias de la **E.S.E. Hospital Tunjuelito** el día viernes **26 de diciembre de 2008**, oportunidad en la que se reportó "*cuadro de más de 20 días de dolor en pie izquierdo y sensación de adormecimiento (disitesis) tendencia a color negro y frialdad... necrosis arterial, dolor a la palpación, pulso*

*medio disminuido... llenado capilar 12 segundos y equimosis en 1/3 medio de MII*, por lo que fue diagnosticada con *"insuficiencia arterial MII"*, se le ordenó práctica de un *"doppler arterial, CH, PT y TPT e interconsulta con medicina interna"*.

En esta misma fecha es tratada por medicina interna, especialidad que reporta sobre la paciente *"con signos de insuficiencia arterial en pie izquierdo de 29 días de evolución, sin signos de sufrimiento de extremidad"*, por lo que decide dar salida *"tiene pendiente doppler el día lunes"*<sup>2</sup> con la prescripción del siguiente plan de manejo: *"control con examen"*. Examen que finalmente fue practicado por el Hospital Occidente de Kennedy III Nivel E.S.E.

Se refiere que los síntomas persistieron con tendencia a empeorar, por lo que la paciente decidió consultar a un médico particular con los resultados del doppler arterial practicado el lunes 29 de diciembre de 2008, profesional que dispuso la remisión inmediata de la paciente al Hospital de El Tunal III Nivel E.S.E.

En la anotada fecha, esto es, **lunes 29 de diciembre de 2008** la paciente acude al servicio de urgencias del **Hospital El Tunal III Nivel E.S.E.** con cuadro clínico de *"dolor en miembro inferior izquierdo; enfermedad actual: cuadro clínico de dos semanas de evolución, consistente en frialdad distal en pie izquierdo, con dolor en fosa poplítea, con manejo de analgésico. Con resultados de doppler arterial de miembros inferiores que muestra oclusión de la arteria poplítea en su tercio medio y distal con débil señal de los vasos intrapoplíteos que llegan por colaterales"*. Al examen físico se reportó *"a la revisión por sistemas extremidades: cianosis distal miembro inferior izquierdo, con pulso poplíteo ausente"*, por lo que es diagnosticada con ***"oclusión completa de la arteria poplítea izquierda"***.

Se refiere que es dejada en observación, para ser manejada por medicina interna, entre tanto instauran manejo médico con tramadol, metoclopramida y nadroparina. Es valorada por medicina interna el día **30 de diciembre de 2008**, quien establece como diagnóstico presuntivo *"síndrome antifosfolípido"*, por lo que se ordenó anticoagulación plena con enoxaparina de bajo peso molecular (HBPM) y estudio del síndrome.

Que el día **31 de diciembre de 2008** es revalorada, oportunidad en la cual se reporta *"extremidades sin edemas, cianosis distal, pulso medio disminuido y pulso poplíteo ausente"*, y se decide continuar manejo con anticoagulantes y se solicita interconsultar con *"Plan Atención en Casa"*, quien determina, luego de valorarla, que no era necesario su ingreso al PAC, *"por considerar que la paciente no requiere de monitoreo y porque las indicaciones de aplicación de HBPM pueden darse por parte de la enfermería, además de aumentar riesgo de trombocitopenia"*, razón por cual deciden dar salida con fórmula de *"enoxaparina"*, medicamento sobre el cual refieren que los médico instaron a los familiares de la paciente a conseguirlo de manera particular para luego explicarles su forma de aplicación y así concretar la salida definitiva.

No obstante, tras resultados de paraclínicos de esa misma fecha que reportaron *"PPT de 122 (prolongado), por lo que se suspende salida y se ordena servicio de anticardiolipina IgG, IgM y PT cruzada"*.

Agregan los demandantes que, tras 50 horas de hospitalización, donde no se le ofrecieron

---

<sup>2</sup> Según calendario oficial, el día 29 de diciembre de 2008, correspondía al día lunes.

condiciones dignas de atención, en tanto todo este tiempo debió permanecer sentada en una silla, sin que se hubiese iniciado a estudiar el síndrome antifosfolípido, pese a haber sido ordenado desde su ingreso y haber hecho incurrir en gastos inocuos a los familiares de la paciente para adquirir el anticoagulante, para después manifestarle su inutilidad por cambio de conducta clínica, fueron las razones que motivaron la manifestación de la salida voluntaria que requirió la paciente de este establecimiento hospitalario.

Se precisa que, para este momento, para el cuadro clínico de presentado por la paciente, se esperaba una conducta médica más diligente, consecuente y humana, pues el manejo clínico instaurado se centró en la "*anticoagulación y al manejo del dolor*" pero se omitió instaurar un manejo médico interdisciplinario, que consultara la opinión de otras especialidades indispensables como la cardiovascular periférica y reumatología, que le hubiera permitido a la paciente recibir un tratamiento acorde con el cuadro clínico complejo que presentaba, que consultara el origen o causa de su patología y de esta manera lograr asertividad en la conducta médica asumida. Que, pese a mostrar signos clínicos que ameritaban un traslado y una práctica médica diferente, fue manejada con poco profesionalismo y se ignoraron sus síntomas.

Se agrega que la paciente reconsulta el viernes **2 de enero de 2009** a las 8:10 a.m. al servicio de urgencias del **Hospital El Tunal III Nivel E.S.E.** por presentar dolor en pierna y pie izquierdo y dolor torácico leve tipo picada, momento para cual, en el examen médico de ingreso, no se examinaron sus extremidades, pero si se anota como diagnóstico de ingreso: "*síndrome antifosfolípido, trombosis venosa profunda (TVP) y dolor torácico*", por lo que se le ordena electrocardiograma, radiografía de tórax y valoración por medicina interna. Se cuestiona la circunstancia de que la paciente solo haya sido valorada 8 horas después (16:20), momento para el cual ya mostraba dificultad respiratoria, taquicardia, taquipnea "*con probabilidad de TVP y taquicardia y TEP*", sin embargo, el especialista que la examina decide "*continuar manejo instaurado con anticoagulante (Enoxoparina) y control por consulta externa de medicina interna con el fin de continuar estudios complementarios y se considera poder continuar con manejo ambulatorio*".

Que el **12 de febrero de 2009** es valorada en consulta de medicina interna en el Hospital de **Tunjuelito II Nivel E.S.E.**, momento en que reportan como hallazgos: "*... zona de necrosis en dedos pie...*" por lo que emiten diagnóstico presuntivo de "*Estado hipercoagulable LES?*", se remite de manera prioritaria a especialidad de reumatología y se ordena electrocardiograma, registrando como anamnesis "*paciente con estudio hipercoagulable manifestado por trombosis venosa aguda arterial poplítea izquierda; al examen físico sin eritema malar, encuentra dedos de manos con edema de articulaciones interfalángicas proximales –dedos de salchicha?, presenta área de necrosis y equimosis en dedos de pie izquierdo y pulsos disminuidos: Dx: síndrome hipercoagulabilidad y Lupus Eritematoso Sistémico interrogado*" por lo que se decide "*valoración por reumatología y ecocardiograma TT*". Conducta médica que también se censuran porque consideran que debieron haberla valorado por la anotada especialidad de manera inmediata.

Que el **17 de febrero de 2009** la paciente acude nuevamente de urgencias al **Hospital El Tunal III Nivel E.S.E.** oportunidad en la que se consigna en la historia clínica como impresión diagnóstica: "*TVP MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO; TVP MANOS?? SÍNDROME DE HIPERCOAGULABILIDAD; se solicita cuadro hemático, TP y TPT, Doppler de Manos*"... "*cuadro clínico de 3 días de evolución consistente en dolor en miembro inferior izquierdo, con antecedentes de TVP, inicio de lesión en quinto dedo de pie izquierdo, fiebre hace 2*

días; al examen físico: taquicárdica (FC: 103 por min.), necrosis pulpejo quinto dedo de pie izquierdo, mala perfusión de los dedos de este mismo pie y pulsos pedios disminuidos; Dx: insuficiencia arterial de miembros inferiores y síndrome antifosfolípido por H.C." por lo que se decide hospitalizar, interconsultar con Medicina Interna y Cirugía Vasculuar, Doppler Dúplex. Especialidades que ordenan igualmente hospitalizar.

Que el resultado del Doppler dúplex practicado el 18 de marzo de 2009 fue "obstrucción del tronco tibioperoneo ya que no es posible demostrar flujo, ni color de con Doppler pulsado, flujos disminuidos en arterias tibial anterior y arteria pedía que demuestran ondas bifásicas de bajas velocidades y ondas trifásicas de la arteria peronera con velocidades disminuidas", a pesar de esto, se indica que los médicos consideraron que ésta no era una urgencia quirúrgica "y que por lo tanto debía ser valorada al día siguiente por cirugía vascular, dejándola con analgesia y anticoagulación; se solicita interconsulta con clínica del dolor para colocación de catéter peridural".

Resultados que, se advierte, fueron demostrativos de una negligencia e indebida interpretación de los síntomas clínicos presentados por la paciente desde diciembre del año 2008, pues en un primer Doppler que se le realizó mostraba una oclusión total de la arteria poplítea pero tres meses después ésta sintomatología evolucionó a obstrucción del tronco tibioperoneo. Pero a pesar de estos resultados, se mantuvo una conducta médica pasiva, pues ni siquiera en reconsulta por urgencias del **24 de marzo de 2009** se cambió el plan médico, por cuanto se volvió a dar salida con control por consulta externa.

Que la paciente consulta nuevamente, pero al servicio de urgencias del **Hospital Occidente de Kennedy III Nivel E.S.E.** el **11 de abril de 2009**, momento para el cual la paciente refiere "desde hace 4 meses presenta persistente palidez cutánea en dedos de pie izquierdo más dolor en la zona y hace un mes con necrosis distal", al examen físico se reportó: "se observa necrosis del 1º, 2º, 3º, 4º y 5º dedos de pie izquierdo y edema de 2º grado dedo del mismo pie", por lo que se le diagnosticó a su ingreso con: "enfermedad arterial oclusiva pie izquierdo y síndrome antifosfolípido", por lo que es hospitalizada para manejo interdisciplinario por cuenta de medicina interna, vascular, cardiología, neumatología y reumatología.

En el **Hospital Occidente de Kennedy III Nivel E.S.E.**, permaneció hospitalizada entre el **11 de abril de 2009** y el **14 de mayo de 2009**, tiempo durante el cual a la paciente le fue tratada una sepsis de tejidos blandos, necrosis sistémica de miembro inferior izquierdo (MII), vasculitis secundaria, lupus eritematoso sistémico, poliserositis, neumonía basal izquierda, insuficiencia tricúspidea, hipertensión pulmonar severa, amputación supracondilea izquierda y múltiples infecciones nosocomiales. Por lo que requirió la integración de las diferentes especialidades anotadas para superar cada una de las patologías presentadas y lograr su recuperación clínica.

Aunque se refiere que la paciente una vez superada cada una de sus afecciones, la pérdida de una de sus extremidades inferiores le trajo secuelas psicológicas nefastas materializadas por un trastorno depresivo, episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, marcado por sentimientos de depresión, ideación de muerte, agotamiento físico, fisiológico y emocional, por lo que requirió ser tratada por el área de psicología y psiquiatría del **Hospital Occidente de Kennedy III Nivel E.S.E. y de la Clínica Nuestra Señora de La Paz**, además refiere que para lograr una mejor adaptación a sus nuevas condiciones de vida, requiere de una prótesis especial que asciende a un valor de \$15'810.000, que no tiene la

capacidad de costear.

Se cuestiona el actuar médico porque se considera omisivo, imperito y negligente, en tanto las primeras instituciones hospitalarias que la atendieron no se preocuparon por indagar y establecer con claridad el origen de la enfermedad presentada por la señorita **LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR**, para implementar un tratamiento más asertivo que hubiese impedido en que la paciente perdiera una parte de su cuerpo, lo que constituyó una "falta de diagnóstico clínico primario... ante un cuadro de Lupus Eritematoso Sistémico –LES y aún ante el mismo Síndrome Antifosfolípido que inicialmente se infirió, y cuyo plan médico siempre quedó limitado al manejo del dolor, caracterizado por la omisión de la necesidad imperante de ahondar en un estudio serio e interdisciplinario para su identificación, clarificación y consecuente tratamiento oportuno", por lo que persiguen indemnización plena.

## **2. Actuación procesal en primera instancia.**

El 22 de julio de 2011 el expediente le fue asignado al Juzgado 37 Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá D.C; el 9 de agosto de 2011 se admitió la demanda contra el HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL E.S.E. y el HOSPITAL TUNJUELITO II NIVEL E.S.E, y el 14 de febrero de 2012 se admitió contra el HOSPITAL EL TUNAL III NIVEL E.S.E.

En cumplimiento a lo dispuesto por el Acuerdos PSAA11-8370 de 2011 de 2011, que adoptó medidas de descongestión para los Juzgados Administrativos, el proceso le fue reasignado al Juzgado 19 Administrativo de Descongestión del Circuito de Bogotá (hoy Juzgado 62 Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá D.C.), quien avocó conocimiento del presente proceso el 18 de septiembre de 2012.

El 7 de febrero de 2012 el HOSPITAL TUNJUELITO II NIVEL E.S.E y el HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL E.S.E. contestaron la demanda en escritos separados. Ésta última entidad llamó en garantía a LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS.

El llamamiento en garantía formulado por HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL E.S.E. fue admitido por auto del 14 de febrero de 2012 y el 27 de abril de 2012 la entidad de seguros llamada en garantía contestó el llamamiento.

El 17 de enero de 2013 la parte allegó reforma a la demanda. El 9 de abril de 2013 se admitió la reforma de la demanda. El 26 de junio de 2013 el HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL E.S.E. contestó la reforma a la demanda; el 27 de enero de 2013 el HOSPITAL TUNJUELITO II NIVEL E.S.E. se pronunció en relación a la reforma a la demanda; y el HOSPITAL EL TUNAL III NIVEL E.S.E. contestó la demanda el 15 de mayo de 2012 pero no emitió pronunciamiento en relación a la reforma a la misma.

El 30 de julio de 2013 se abrió a etapa de pruebas el proceso. El 11 de septiembre de 2018 se corrió traslado a las partes para alegar de conclusión y al Ministerio Público para que rindiera concepto. El 25 de septiembre de 2018 la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. alegó de conclusión. El 9 de octubre de 2018 la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. alegó de conclusión. El 18 de octubre de 2018 LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, alegó de conclusión. El 19 de octubre de 2018 alegó de conclusión la parte demandante. El Ministerio Público se abstuvo en emitir concepto.

El 8 de febrero de 2019 el expediente ingresó al Despacho para proferir la sentencia de primera instancia.

### **3. Sentencia de primera instancia.**

El 25 de febrero de 2019 el *a quo* profirió sentencia en la que accedió parcialmente a las pretensiones de la demanda en los siguientes términos:

**PRIMERO: DESESTIMAR** la tacha formulada por el Hospital Occidente de Kennedy III Nivel E.S.E, hoy Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., contra el testimonio de las señoras Celinia Coba Gordillo y Liby Yazmín Sánchez Aguilar, en los términos de la parte considerativa de esta sentencia.

**SEGUNDO: DECLARAR PROBADA** la excepción de "Inexistencia de la falla del servicio", propuesta por la llamada en garantía La Previsora S.A. Compañía de Seguros, y no probadas las restantes, de acuerdo a lo considerado en precedencia.

**TERCERA: DECLARAR NO PROBADAS** las excepciones propuestas por el Hospital Occidente de Kennedy III Nivel E.S.E, hoy Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., conforme a lo expuesto en la parte considerativa de esta providencia.

**CUARTO: DECLARAR NO PROBADAS** las excepciones propuestas por el Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E., hoy Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. de acuerdo a lo motivado en precedencia.

**QUINTO: DECLARAR NO PROBADAS** las excepciones propuestas por el Hospital El Tunal III Nivel E.S.E. hoy Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. de acuerdo a lo fundamentado.

**SEXTO: DECLARAR** patrimonialmente responsable al Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E. y el Hospital El Tunal III Nivel E.S.E., ambos representados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., por la pérdida de oportunidad en el tratamiento adecuado y oportuno para la patología que presentó Lucy Paola González Aguilar entre los meses de diciembre de 2008 y mayo de 2009.

**SÉPTIMO:** En consecuencia, **CONDENAR** al Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E. y al Hospital El Tunal III Nivel E.S.E., ambos representados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., a reconocer y pagar en porcentajes iguales por concepto de perjuicios inmateriales, en la modalidad de daño moral, las siguientes sumas en salarios mínimos legales mensuales vigentes a la expedición de la presente sentencia:

<b>Beneficiario</b>	<b>Calidad</b>	<b>Monto en SMLMV</b>
Lucy Paola González Aguilar	Víctima	28 SMLMV
Gladys Aguilar Vargas	Madre	28 SMLMV
Osman González Aguilar	Hermano	14 SMLMV
Jacqueline Aguilar Vargas	Tía	9,8 SMLMV
Melba Inés Aguilar Vargas	Tía	9,8 SMLMV
Juan David Bautista Coba	Tercero Damnificado	4,2 SMLMV

**OCTAVO: CONDENAR** al Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E. y al Hospital El Tunal III Nivel E.S.E., ambos representados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., a reconocer y pagar en porcentajes iguales por concepto de perjuicios inmateriales, en la modalidad de daño a la salud, las siguientes sumas en salarios mínimos legales mensuales vigentes a la expedición de la presente sentencia:

Beneficiario	Calidad	Monto en SMLMV
Lucy Paola González Aguilar	Víctima	28 SMLMV
Gladys Aguilar Vargas	Madre	14 SMLMV

**NOVENO: CONDENAR** al Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E. y al Hospital El Tunal III Nivel E.S.E., ambos representados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., a reconocer y pagar por concepto de perjuicios materiales, en la modalidad de lucro cesante consolidado, a favor de Lucy Paola González Aguilar, la suma de VEINTISIETE MILLONES CINCUENTA Y UN MIL QUINIENTOS DOCE PESOS (\$26.051.512).

**DÉCIMO: CONDENAR** al Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E. y al Hospital El Tunal III Nivel E.S.E., ambos representados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., a reconocer y pagar por concepto de perjuicios materiales, en la modalidad de lucro cesante futuro, a favor de Lucy Paola González Aguilar, la suma de TREINTA Y OCHO MILLONES OCHOCIENTOS DIECISÉIS MIL DOSCIENTOS SETENTA PESOS (\$38.816.270).

**UNDÉCIMO: ABSOLVER** de responsabilidad al Hospital Occidente de Kennedy III Nivel E.S.E, hoy Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, y a la llamada en garantía La Previsora S.A. Compañía de Seguros.

**DUODÉCIMO: NEGAR** las demás pretensiones de la demanda, conforme a lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

**DÉCIMOTERCERO:** Sin condena en costas

(...)"

Lo anterior, por cuanto determinó que las pruebas allegas al proceso que la paciente LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR perdió su pie izquierdo "*debido a una complicación del síndrome antifosfolípido asociado a lupus eritematoso sistémico (LES) que padece, una enfermedad autoinmune que tiene un origen común...*" que, desde el 29 de diciembre de 2008, fecha en que se le diagnosticó la oclusión completa de la arteria poplítea, hasta la fecha en que fue sometida "*al primer procedimiento con miras a restaurar el flujo sanguíneo, esto es, el 16 de abril de 2009, transcurrieron casi cuatro meses, dilación que derivó en la imposibilidad de recuperación total o si quiera parcial de su miembro inferior izquierdo*".

De tal manera, concluyó que a la paciente se le restó la oportunidad de "*haber obtenido un resultado menos gravoso en presencia del tratamiento idóneo*" pues encontró demostrado que "*al no haber brindado un tratamiento oportuno que hubiera impedido la expansión de la necrosis de tejidos blandos...el daño que puede atribuirse a dichas demandadas no es la amputación supracondílea izquierda, sino la pérdida de oportunidad*". Por cuanto encontró



probado que, sí bien no es posible determinar con certeza que de haberse realizado una tromboaspiración temprana la paciente habría superado el daño final "pérdida total de su extremidad inferior izquierda", si se acreditó que la falta de tratamiento asertivo contribuyó de manera eficiente a que la paciente perdiera su extremidad cuando hubiera podido perder solo algunos dedos, pues existían una enfermedad de base que también repercutió en la pérdida de su pie.

De manera que, consideró que la pérdida de oportunidad fue producto de una deficiente prestación del servicio médico brindada por el Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E. y el Hospital El Tunal III Nivel E.S.E., ambos representados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. quienes no le brindaron la atención adecuada, en tanto no ordenaron ni practicaron los exámenes diagnósticos pertinentes y, que de acuerdo a la *lex artis*, estaban determinados ante el cuadro clínico manifestado por la paciente.

En el caso de la primera entidad, censuró el hecho de no haber remitido a la paciente a un nivel de complejidad más alto cuando habían suficientes criterios médicos para determinarlo, y en el caso del segundo hospital, reprochó el hecho de que no hayan tomado la conducta médica esperada ante el caso, porque no realizó estudio para síndrome antifosfolípido *"una vez ingresó al Hospital El Tunal III Nivel E.S.E. se inició manejo con anticoagulación HBPM, pero no hubo actuación alguna destinada a controlar el cuadro necrótico de su cinco dedo del pie izquierdo, acción que tal como lo indicó el perito en su experticia y el personal médico tratante del Hospital Occidente de Kennedy III Nivel E.S.E., hubiera impedido que Lucy Paola González Aguilar perdiera gran parte de la extensión del tejido blando de su extremidad inferior izquierda..."*

Agregó que *"cuando la paciente ingresó por primera vez al mencionado centro hospitalario, su miembro inferior izquierdo presentaba cianosis (coloración azul o violeta de la piel), el 18 de febrero de 2009 tenía edemas, un mes después su quinto artejo del pie izquierdo estaba necrótico y el 11 de abril ya había secreción purulenta y necrosis progresiva desde los dedos hasta el gastrocnemio...si hubiera controlado el cuadro clínico de manera eficaz y se hubiera intentado el destaponamiento de la arteria poplítea izquierda desde el diagnóstico de obstrucción, de acuerdo con lo dictado por la *lex artis*, el procedimiento terapéutico no hubiese pasado de ser una desarticulación de uno o varios artejo del pie"*.

Sin perjuicio de lo anterior, valoró la circunstancia en que la paciente solicitó autorización para retiro voluntario en dos oportunidades cuando fue tratada por el Hospital El Tunal III Nivel E.S.E, frente a lo cual determinó que, a partir de las pruebas, era posible inferir que la paciente al solicitar el retiro voluntario no lo hizo con el objeto de mejorar su cuadro clínico para consultar a otra entidad, por ejemplo, o con el propósito de obtener una mejor calidad de atención, por lo tanto, acudió a la concurrencia de culpas en la producción del daño irrogado, para concluir que, la conducta omisiva asumida por la paciente merecía la asignación de un porcentaje del 30% y la conducta asumida por las entidades hospitalarias mencionadas un porcentaje del 70%. De manera que la liquidación de la condena la realizó en consideración a los anotados porcentajes.

Como quiera que está determinado que la paciente evidencia una disminución de su capacidad laboral del 54.95%, valoró uno a uno los componentes de este porcentaje, para concluir que este está integrado además por el lupus eritematoso que aquella padece, el cual no es atribuible a las entidades hospitalarias responsables, por tratarse de una enfermedad de origen común que la paciente ya padecía antes de consultar por primera vez

en la atención médica censurada, por lo tanto, solo tuvo en cuenta, para efectos liquidatorios, los daños que generaron pérdida o disminución de capacidad laboral que tuvieron origen en la deficiente prestación del servicio médico, estos son, la pérdida de la extremidad inferior izquierda y el trastorno depresivo mayor que adquirió con ocasión a la pérdida sufrida, que corresponden a un 41.53%.

## **II. RECURSOS DE APELACIÓN.**

### **1. Recurso de apelación de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE.**

El 19 de marzo de 2019 la apoderada de la parte demandada interpuso recurso de apelación contra la sentencia de primera instancia, con el que persigue que ésta sea revocada, en el sentido de absolver de responsabilidad al Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E. y al Hospital El Tunal III Nivel E.S.E., hoy representados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Insistió en que el daño antijurídico discutido por la parte demandante no le es atribuible, como quiera que brindaron atención médica correcta a la paciente y que la pérdida de su extremidad correspondió al actuar de la víctima, que renunció en dos ocasiones al manejo y tratamiento médico ofrecido por estas entidades hospitalarias.

Reiteran que el "daño ya estaba estructurado, por la falta de disciplina de la paciente GONZÁLEZ AGUILAR" y que la atención médica brindada a ella fue eficiente, oportuna y acorde con la *lex artis*, en extenso precisó: "la labor de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. fue del todo diligente, pues lo que buscó fue darle una alternativa, que se basa en el protocolo médico de darle atención a todo el que lo necesite, pero que no compromete una obligación de resultado, más cuando las condiciones no lo permiten y ello lo hizo que en otras palabras, la maniobra más pareciera como "a llenar algo que está vacío", toda vez que la paciente no veló por su bienestar ni dejó obrar en buena y legal manera al cuerpo médico de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E."

Por otro lado, censura la sentencia del *a quo* en relación con los perjuicios morales reconocidos a quien, para la época de los hechos materia de debate, era el novio de la paciente, considerado tercero afectado, pues aduce que no debió reconocérsele ningún monto porque a la fecha actual no tiene ningún vínculo con la paciente, en tanto ya no son novios, circunstancia que refiere no fue valorada en la sentencia.

### **2. Recurso de apelación de la parte DEMANDANTE.**

El 15 de marzo de 2019, el apoderado de la parte demandante formuló recurso de apelación contra la sentencia condenatoria de primera instancia, con lo cual persigue que se modifique la condena impuesta a las entidades demandadas, porque considera que se incurrió en un "error grave" en la liquidación de los perjuicios, específicamente en lo que respecta a los perjuicios morales y el daño a la salud reconocidos, veamos:

Refiere que el 30% correspondiente a lo que se debe descontar a la condena, en virtud que la víctima concurrió y contribuyó con sus actos en el daño, debió haberse descontado al final de suma total de perjuicios reconocida, porque considera que la pérdida de capacidad

laboral "no tiene porqué afectarse con el porcentaje de concurrencia de culpa, no se tiene que ver afectada ya que el porcentaje de PCL, es el producto de la pericia calculando cuanto perdió la señora en cuanto a su capacidad laboral y este resultado no se afecta por que la señora haya concurrido en el daño", lo cual afecta el cálculo que ha de reconocerse.

Por último, cuestiona el reconocimiento que por lucro cesante futuro se realizó a la víctima, porque considera que se cometió un error al señalar que la esperanza de vida para la señora LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR "teniendo en cuenta su edad actual, es de 38.89 años, es decir de 466.68 meses; cuando en realidad la esperanza de vida para la señora LUCY... acorde a las tablas del DANE-TABLAS ABREVIADAS DE MORTALIDAD 2015-2020, "que señalan que la sobrevivida para MUJERES entre 30 y 34 años, es de 50.17 años, es decir de 602,04 meses... es decir que lo que se debe reconocer a la señora LUCY por este motivo no es la suma de \$38'816.270 por concepto de lucro cesante futuro, sino la suma de...\$40'976.737,94...".

Agotada la etapa de conciliación previa a la concesión de los recursos de apelación promovidos por las partes, el 3 de mayo de 2019 se concedieron en el efecto suspensivo ante esta instancia.

### **3. Actuación procesal en segunda instancia.**

Recibido el expediente en esta Corporación, mediante auto del 30 de julio de 2019 se admitieron los recursos de apelación interpuestos por las partes y el 24 de septiembre de 2019 se corrió traslado a las partes para alegar de conclusión y al Ministerio Público para rendir concepto.

**El 7 de octubre de 2019 la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.** presentó alegatos finales, sin embargo el contenido del escrito no guarda relación alguna con el objeto del litigio en tanto hace alusión a asuntos de naturaleza contractual y de un presunto contrato relación que nada tiene que ver con este litigio, de manera que la Sala se abstiene de realizar alguna precisión al respecto.

**El 9 de octubre de 2019 la parte DEMANDANTE presentó alegatos de conclusión.** En los que reiteró integralmente los argumentos expuestos en su recurso de apelación que es motivo del presente pronunciamiento, además se pronunció en relación con el recurso de apelación promovido por la representante de las entidades condenadas, respecto del cual solicitó desestimar sus argumentos porque considera que las pruebas que obran en el plenario son contundentes para acreditar las fallas del servicio incurridas y su relación directa con el daño antijurídico causado a la víctima, por lo que la sentencia de primera instancia debe mantener su orientación condenatoria respecto de dichas entidades, salvo en los montos reconocidos, que es materia de discusión por la parte demandante, y es sobre lo cual pide sean revisados los montos reconocidos por concepto de daño moral, daño a la salud y lucro cesante futuro.

**El 11 de octubre de 2019 LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS,** presentó **alegatos de conclusión.** Solicitó confirmar la sentencia de primera instancia en lo que respecta a la absolución del HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL E.S.E, como quiera que, en efecto, no incurrió en falla alguna y su atención se prestó en términos de calidad y oportunidad.

El **23 de octubre de 2019** el Agente del Ministerio Público conceptuó dentro del presente asunto, en el sentido de confirmar parcialmente la decisión del *a quo* en lo que respecta a la declaratoria de responsabilidad de las entidades condenadas porque con su actuación le restaron la oportunidad a la paciente de recibir una atención asertiva y oportuna que le hubiera permitido salvar, al menos, una mayor proporción de su pierna izquierda, de manera que manifestó su desacuerdo con los argumentos de la apelación planteada por las entidades condenadas. Sin embargo, en cuanto al reconocimiento de perjuicios, realizó precisiones que deben ser consideradas cuando se condena por pérdida de oportunidad, no siendo procedentes las pretensiones invocadas por la parte demandante en su recurso de apelación.

La Sala, al no encontrar causal de nulidad alguna que pudiera invalidar lo actuado, procede a resolver de fondo el asunto.

### III. PROBLEMA Y TESIS JURÍDICA

#### Problemas jurídicos.

A partir de los planteamientos presentados en cada uno de los recursos de apelación promovidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. (en representación de los Hospitales Tunjuelito y El Tunal E.S.E.) y por la parte demandante contra la Sentencia de primera instancia proferida el 25 de febrero de 2019 por el Juzgado 62 Administrativo de Oralidad del Circuito Judicial de Bogotá D.C. quien accedió parcialmente a las pretensiones de la demanda, la Sala se propone abordar los siguientes problemas jurídicos:

- ¿Es procedente revocar la sentencia del *a quo* porque se encuentra demostrado que la actuación de la víctima fue determinante en la provocación del daño antijurídico imputado a los Hospitales Tunjuelito y El Tunal E.S.E. representados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.?

De resultar negativa la respuesta al anterior interrogante, habrá de resolverse si es procedente o no modificar parcialmente la condena reconocida y liquidada por el *a quo* en relación con los siguientes aspectos:

- ¿El reconocimiento de perjuicios que se realizó en relación con el señor Juan David Bautista Coba, quien acude al proceso en calidad de tercero afectado por su condición de novio de la víctima directa de lesiones para la época de ocurrencia de los hechos, debe revocarse porque a la fecha en que se profiere la decisión de instancia ya no sostiene una relación de noviazgo con aquélla?
- De confirmarse los porcentajes de participación en la concurrencia del daño antijurídico, esto es un 30% a cargo de la víctima directa y de un 70% a cargo de los Hospitales Tunjuelito y El Tunal E.S.E. ¿la disminución de la condena que deben asumir las entidades declaradas responsables por concepto de perjuicios morales y por daño a la salud, debe darse al final de la suma total de perjuicios reconocida pero no desde la disminución de la capacidad laboral?

- ¿Se cometió un error en el cálculo de la expectativa de vida de la señora LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR que incidió en el reconocimiento que se realizó en el lucro cesante futuro?

### **Tesis de la Sala.**

Frente al primer planteamiento jurídico, la Sala concluye que la sentencia del *a quo* debe confirmarse en el sentido de considerar que el daño antijurídico a reconocer, no es la pérdida o amputación del miembro inferior izquierdo de la paciente LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR, sino la pérdida de oportunidad o chance de recibir un tratamiento oportuno y asertivo que le hubiera permitido, si no la preservación total de su extremidad, al menos sí gran parte de ésta.

Para la Sala existen pruebas que aportan convicción sobre el papel que significó la actitud de la víctima de lesiones en la producción del resultado porque decidió rechazar el tratamiento instaurado por el Hospital del Tunal en dos oportunidades, pues constituyen un indicio en contra suya, sin embargo no son absolutamente determinantes en la producción definitiva del resultado, pues no había una conducta médica clara o por lo menos, no se evidencia una clara intención por parte del centro hospitalario, de indagar asertivamente la etiología del cuadro clínico presentado por la paciente, no ofrecían mayor tratamiento o plan terapéutico que dejarla en observación, cuando lo que debieron haber hecho desde el mismo momento en que se sospechó la enfermedad autoinmune, fue convocar una valoración interdisciplinaria que interpretara la complejidad de su cuadro y les permitiera actuar a tiempo.

Siendo el tiempo un factor preponderante ante la necrosis de un tejido o una parte del cuerpo, este no fue valorado por el equipo médico que la atendió en el aludido hospital, aún cuando su nivel de complejidad le exigía tal conducta, pues deberían contar con todo lo necesario para hacer un diagnóstico y tratamiento oportunos. De manera que la Sala comparte las apreciaciones que en este sentido realizó el *a quo*, y la morigeración de la responsabilidad en cabeza de la víctima con una asignación del 30% y del 70% para los Hospitales Tunjuelito y El Tunal E.S.E. representados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

En lo que respecta a los planteamientos en cuanto al reconocimiento de perjuicios, en primer lugar, la Sala considera acertado el reconocimiento que se hizo en favor del que fuere el novio de la señora LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR para la época de los hechos, este es, el señor JUAN DAVID BAUTISTA COBA, quien hasta hace no mucho mantuvo su relación con ella, pues no debe olvidarse que además de su relación de noviazgo son amigos, circunstancia que no fue desmentida a lo largo del proceso, por el contrario, con las declaraciones recaudadas, da cuenta de un acompañamiento real, y de su aflicción por el sufrimiento percibido en su ser querido, de manera que la sentencia apelada también será confirmada en este aspecto.

En relación el reparo presentado por la parte demandante en lo que corresponde a la manera en cómo se liquidó el perjuicio moral y material, la Sala considera confirmar la sentencia del *a quo*, porque en el presente caso no se está indemnizado plenamente el daño antijurídico deprecado por los demandantes consistente en la pérdida de la extremidad de la señora LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR, sino por el contrario la pérdida de oportunidad o chace que se le restó de recibir tratamiento oportuno que le hubiese

significado preservar la mayor parte de su extremidad amputada, de manera que la forma en que se hace este reconocimiento varía de un caso al otro.

Sin embargo, de acuerdo con el estado actual de la jurisprudencia, no es procedente una condena en razón de perjuicios materiales (daño emergente y lucro cesante) ni daño a la salud, comoquiera que esos perjuicios tienen causa directa en el daño final, el cual no se indemniza, por lo tanto, se revocará el reconocimiento que se realizó por concepto de lucro cesante consolidado y futuro.

Como fundamento de la tesis de la Sala se abordarán los siguientes temas: (i) Presupuestos procesales del medio de control en estudio; (ii) Límites a la competencia del juez de segunda instancia; (iii) Cláusula general de responsabilidad del Estado Social de Derecho; (iv) Régimen de imputación derivado de la actividad médica; (v) De la atención del servicio de Urgencias de las entidades prestadoras del servicio de salud y su responsabilidad; (vi) Del error en el diagnóstico frente a la prestación del servicio de urgencias; (vii) Régimen probatorio en los casos de responsabilidad médica; (viii) pérdida de oportunidad: elementos, características, indemnización; (ix) pérdida de la oportunidad por retardo o falta de tratamiento o atención; y (x) análisis del caso concreto.

#### **IV. CONSIDERACIONES**

##### **1. Jurisdicción.**

Por ser las demandadas entidades estatales, el presente asunto es de conocimiento de esta jurisdicción, de acuerdo con el artículo 82 del Código Contencioso Administrativo.

##### **2. Competencia.**

Esta Subsección es competente desde el punto de vista funcional para conocer del presente proceso, por la instancia, la naturaleza del asunto y la cuantía, dado que se trata del recurso de apelación de la sentencia proferida dentro de un proceso de reparación directa por el Juzgado 62 Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá D.C, el valor de la pretensión mayor individualmente considerada no supera los 500 SMLMV, al tenor del numeral 1º del artículo 133 del Código Contencioso Administrativo y el artículo 157 de la Ley 1437 de 2011 aplicable por disposición del artículo 198 de la Ley 1450 de 2011.

##### **3. Caducidad de la acción.**

Los hechos materia de debate ocurrieron entre diciembre de 2008 y mayo de 2009, sin embargo, el daño antijurídico por el cual se persigue indemnización se concretizó con la amputación definitiva de la extremidad inferior izquierda de la paciente LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR, que ocurrió el día 29 de abril de 2009.

Así las cosas, de acuerdo a lo dispuesto en el numeral 8º del artículo 136 del Código Contencioso Administrativo, la caducidad operaba el 30 de abril de 2011.

No obstante, en razón al trámite conciliatorio adelantado ante la Procuraduría 135 Judicial II para Asuntos Administrativos de Bogotá por la parte demandante, entre el 11 de abril de 2011 y el 11 de julio de 2011, fechas en que se radicó la solicitud de conciliación y se expidió

la constancia de que trata la Ley 640 de 2001, el término con el que la parte demandante contaba para presentar la demanda era hasta el 30 de julio de 2011.

Así las cosas, es claro que la demanda del 22 de julio de 2011 fue presentada en oportunidad, por lo que no ha operado la caducidad de la acción.

#### 4. Legitimación en la causa.

##### a. Por activa.

Los demandantes se encuentran legitimados en la causa por activa, conforme a las siguientes pruebas que obran en el expediente:

Demandante	Parentesco con la víctima directa	Prueba
LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR	Víctima directa	Historias clínicas de la paciente del el HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL E.S.E. (hoy SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E), HOSPITAL DE TUNJUELITO E.S.E. (hoy SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E) y HOSPITAL EL TUNAL E.S.E (hoy SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E), visibles en los cuadernos No. 3 y 6.
GLADIS AGUILAR VARGAS	Madre VD	Registro civil de nacimiento de LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR (fl. 10, c.Ppal. 1)
OSMAN GONZÁLEZ AGUILAR	Hermano VD	Registros civiles de nacimiento de este demandante y de la señora LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR (fs. 10 y 12, c.Ppal. 1)
JACQUELINE AGUILAR VARGAS MELBA INÉS AGUILAR VARGAS	Tías VD	Registros civiles de nacimiento de la mamá de la VD y de estas demandantes (fs. 11, 13 y 14, c.Ppal. 1)
JUAN DAVID BAUTISTA COBA	Tercero damnificado (novio VD)	Declaración extrajuicio rendida por los señores Julio Florez Angulo y Edgar Iván Bejarano Medina (fl. 15, c.Ppal. 1) y declaraciones rendidas ante el Juzgado 19 Administrativo del Circuito de Descongestión de Bogotá D.C. (ahora Juzgado 62 Administrativo de Oralidad del Circuito Judicial de Bogotá D.C.) por las señoras Flor María Rey Baquero y Celinia Coba Gordillo y del señor Jair Alonso Rubio Bermúdez (fs. 688 a 705, continuación del C.1 a partir del folio 603).

En relación con el señor JUAN DAVID BAUTISTA COBA existe debate respecto de su legitimación en la causa como demandante en su calidad de novio, para la época de los hechos, de la señora LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR, como quiera que una parte del recurso de apelación promovido por la parte demandada está direccionado a discutir el reconocimiento de perjuicios que el *a quo* realizó a este demandante.

En este sentido, la Sala precisa que hará un pronunciamiento más concreto y extenso en el acápite de caso concreto, como quiera que depende de un asunto de valoración probatoria respecto de la afectación real que, al parecer, aquél percibió con ocasión a la amputación del pie de su novia, y las circunstancias que rodearon el antes y el después de este suceso.

De manera que en este acápite solo se evalúa la legitimación de hecho por activa, que corresponde a la prueba de la relación de noviazgo que sostenía con la víctima directa de lesiones, aspecto frente al cual no hay debate y se encuentra acreditada la existencia de la relación durante la época de los hechos en discusión. Y, en acápite subsiguiente se evaluará

el impacto moral y/o emocional que le significó a éste la amputación del pie de su novia y, sí en efecto merece un reconocimiento patrimonial con ocasión a sus padecimientos.

**b. Por pasiva.**

En el presente asunto obra como demandados el HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL E.S.E. (hoy SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E), HOSPITAL DE TUNJUELITO E.S.E. (hoy SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E) y HOSPITAL EL TUNAL E.S.E (hoy SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E), a quienes se les responsabiliza de la defectuosa atención médica brindada a la paciente LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR entre diciembre de 2008 y mayo de 2009, que repercutió de manera definitiva en la pérdida del pie izquierdo de aquélla. Cuya atención médica se evidencia en las historias clínicas aportadas al proceso, por lo que es clara su legitimación en la causa de hecho por pasiva.

**c. Llamado en garantía.**

El Hospital Occidente de Kennedy III Nivel E.S.E, hoy Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. llamó en garantía a LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS con fundamento en el Contrato de Seguro instrumentalizado en la póliza de responsabilidad civil para instituciones médicas No. 1003552, por lo que, al cumplir con los requisitos formales de la figura del llamamiento en garantía, con auto del 14 de febrero de 2012, se admitió el mismo.

Al respecto ha de precisarse que, el *a quo* consideró que esta entidad hospitalaria no incurrió en conducta omisiva o censurable desde el punto de vista clínico frente a la paciente LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR, por lo cual declaró su absolución, frente a lo cual no hay reparo alguno por cuenta de las partes. De manera que en caso de resultar pertinente modificar esta decisión en particular, la Sala se pronunciará en relación con este llamamiento en garantía en el acápite correspondiente.

**5. Argumentación jurídica.**

**5.1. Límites a la competencia del juez de segunda instancia.**

La apelación es uno de los instrumentos con que cuentan las partes dentro del proceso para reclamar ante el superior funcional que se revoque, aclare o modifique la sentencia de primera instancia. Dentro de las reglas mínimas que sirven de garantía al apelante está de ser único<sup>3</sup> y la de no *reformatio in pejus*<sup>4</sup>, frente a lo primero restringe la competencia del *ad quem* a lo planteado por el apelante y en lo segundo es que no puede hacer más gravosa la situación del mismo.

Sobre esta materia, el Consejo de Estado, Sección Tercera, en sentencia de unificación del 9 de febrero de 2012, radicación número 500012331000199706093 01 (21.060), Consejero

<sup>3</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia fechada en julio 18 de 2002, Exp. 19.700 y sentencia fechada en agosto 10 de 2000, Exp. 12.648, C. P. Dra. María Elena Giraldo Gómez, entre otras. La apelación se entiende interpuesta "en lo desfavorable", luego no se puede "empeorar la situación del apelante, pues al hacerlo se afectaría la parte favorable de la decisión impugnada, que no fue transferida para conocimiento del superior funcional".

<sup>4</sup> Sobre el carácter limitado y no absoluto de este principio ver Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias del 23 de abril del 2009, Exp. 17160 y del 20 de mayo de ese mismo año, Exp. 16.925. Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia fechada en julio 18 de 2002, Exp. 19.700 y sentencia fechada en agosto 10 de 2000, Exp. 12.648, C. P. Dra. María Elena Giraldo Gómez, entre otras.



Ponente Doctor Mauricio Fajardo Gómez, sostuvo que corresponde al "recurrente confrontar los argumentos que el juez de primera instancia consideró para tomar su decisión, con sus propias consideraciones o apreciaciones".

El principio de *iura novit curia* no sirve de fundamento al a quo para adoptar una decisión que termina afectando el derecho al debido proceso y defensa; cuando el problema es planteado en apelación, tampoco el ad quem puede acudir a este principio para avalar la decisión de primera instancia sino que queda limitado al debate propuesto por el apelante único, de tal forma que si encuentra correctos los argumentos en el sentido de que se demandó con base en unos hechos o causas y se terminó condenando con base en otras, tendrá que pronunciarse de fondo abordando los argumentos que se proponen y si los encuentra correctos pues tendrá que darle los efectos que correspondan al debate jurídico, como sería revocar la sentencia cuando ella no se encuentre sustentada en la causa petendi que sirvió de fundamento a la sentencia de primera instancia.

Finalmente, en sentencia del 6 de abril de 2018 la Sala Plena del Consejo de Estado<sup>5</sup> unificó su jurisprudencia en relación con los alcances de la competencia del juez de segunda instancia, sostuvo que en virtud del principio de congruencia la competencia del juez de segunda instancia encuentra límites pues **"si se apela un aspecto global de la sentencia, el juez adquiere competencia para revisar todos los asuntos que hacen parte de ese aspecto más general**, aunque de manera expresa no se haya referido a ellos el apelante único", sin perjuicio de las potestades oficiosas del juez para pronunciarse de fondo. En dicho caso se apeló con el objeto de que se **"revisara la decisión de declararla administrativamente responsable"** y la cuantía de los perjuicios morales. Por lo tanto, respetando la prohibición de la *no reformatio in pejus*, la Sala revisó **todos aquellos aspectos que son desfavorables a la entidad demandada y que son consecuencia directa de la declaratoria de su responsabilidad"**, es decir, los perjuicios morales y los materiales en la modalidad de lucro cesante.

## **5.2. Cláusula general de responsabilidad del Estado Social de Derecho.**

La fórmula del Estado Social de Derecho no es una simple muletilla gramatical o fina galantería retórica, sino que incluye un reconocimiento efectivo de los derechos constitucionales ya que se funda en la dignidad humana, en la carta de derechos y mecanismos de protección, donde es la persona humana como fuente última que legitima la existencia y el accionar del Estado y sus autoridades. (Art. 1, 2 y 94 C.P.)<sup>6</sup>.

Pero mucho más importante es la inclusión a nivel constitucional de la fórmula básica o esencial de la responsabilidad patrimonial del Estado en el artículo 90 de la Constitución, pues es la víctima y su daño antijurídico el que tiene en adelante toda la atención y protección de sus derechos frente a las acciones u omisiones del Estado y sus autoridades, que le sean imputables, las que sirven de fundamento a la indemnización de los perjuicios ocasionados por los mismos, ya sea a partir de los criterios de la "falla del servicio, daño especial o riesgo excepcional o cualquier otro"... "En síntesis, la responsabilidad extracontractual del Estado se configura con la demostración del daño antijurídico y de su imputación a la administración"<sup>7</sup>. Asimismo, la reparación tiene un carácter preventivo.

<sup>5</sup> CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCIÓN TERCERA. SALA PLENA. Consejero ponente: DANILO ROJAS BETANCOURTH. San Antonio, Tolima, seis (6) abril de dos mil dieciocho (2018). Radicación número: 05001-23-31-000-2001-03068-01(46005)

<sup>6</sup> Ver Corte Constitucional T-406 de 1992, especialmente.

<sup>7</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C, sentencia del 27 de noviembre de 2017, Radicación número: 66001-23-33-000-2013-00147-01(52993). CP. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

Conforme lo dispuesto en el artículo 90 constitucional, el Estado es responsable patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables. En ese sentido, el Consejo de Estado ha sostenido, en múltiples pronunciamientos, que la declaración de responsabilidad patrimonial y administrativa será posible siempre que se acredite la concurrencia de los elementos constitutivos de la misma, así: i) el daño antijurídico, patrimonial o moral, que el demandante no tenía por qué soportar, ii) la acción o la omisión constitutiva de una falla del servicio de la Administración y iii) la relación o nexo de causalidad entre los dos elementos anteriores<sup>8</sup>.

Sobre la responsabilidad del Estado, el Consejo de Estado ha precisado que ésta se encuentra comprometida siempre y cuando se acredite: **i)** la existencia de una obligación legal o reglamentaria a cargo de la entidad demandada de realizar la acción con la que se habrían evitado los perjuicios; **ii)** la omisión de poner en funcionamiento los recursos de que se dispone para el adecuado cumplimiento del deber legal, atendidas las circunstancias particulares del caso; **iii)** la existencia de un daño antijurídico; y **iv)** la relación de causalidad entre la omisión y el daño<sup>9</sup>.

### **5.3. Régimen de imputación derivado de la actividad médica.**

Luego de muchos debates al interior de la jurisprudencia del Consejo de Estado, éste ha establecido que el régimen de responsabilidad aplicable en la actividad médica es la falla del servicio<sup>10</sup> y más específicamente la **falla probada del servicio**<sup>11</sup>.

Este título de imputación opera "*no solo respecto de los daños indemnizables de la muerte o de las lesiones corporales causadas*", sino que comprende también la vulneración a los derechos a "*ser informado; por la lesión del derecho a la seguridad y protección dentro del centro médico hospitalario y... por lesión del derecho a recibir atención oportuna y eficaz*"<sup>12</sup>.

Ahora, en cuanto a la falta de atención oportuna y eficaz en la prestación del servicio de salud, lo que se afecta directamente es la garantía constitucional del derecho a la salud y que se refiere al respeto del principio de "integralidad en la prestación del servicio"<sup>13</sup>.

La Corte Constitucional ha definido el principio de integralidad así:

*"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"*<sup>14</sup>.

<sup>8</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección A. Consejero Ponente: Carlos Alberto Zambrano Barrera. Sentencia del 12 de mayo de 2016. Radicación número: 68001-23-31-000-2005-02581-01 (40544) / Consejero ponente: HERNAN ANDRADE RINCON (E). Sentencia de 9 de septiembre de 2015. Radicación número: 73001-23-31-000-2001-03279-02(34468)

<sup>9</sup> CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN A Consejero Ponente: CARLOS ALBERTO ZAMBRANO BARRERA Bogotá, D.C. diez (10) de febrero de dos mil dieciséis (2016) Radicación número: 76001-23-31-000-2005-02897-01 (38092)

<sup>10</sup> Consejo de Estado – Sección Tercera, sentencia de 12 de mayo de 2011, Exp. 19.835.

<sup>11</sup> 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.

<sup>12</sup> Sentencia de 7 de octubre de 2009. Exp. 35656.

<sup>13</sup> Corte Constitucional, sentencia T-104 de 2010.

<sup>14</sup> Corte Constitucional, sentencia T-1059 de 2006.

El Consejo de Estado, por su parte, ha acogido este principio en su jurisprudencia y ha dicho que:

*"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)"<sup>15</sup> subrayado fuera de texto.*

#### **5.4. Del error o falta de diagnóstico frente a la prestación del servicio de urgencias.**

La doctrina ha indicado que el diagnóstico es la etapa encaminada a establecer el cuadro clínico del enfermo o paciente, de manera específica la naturaleza y tipología de la enfermedad o el motivo de la problemática que lo aqueja.<sup>16</sup>

Sobre el diagnóstico en términos clínicos, la Sección Tercera del Consejo de Estado lo ha definido así:

*"Puede afirmarse que el diagnóstico es uno de los principales momentos de la actividad médica, pues a partir de sus resultados se elabora toda la actividad posterior conocida como tratamiento propiamente dicho.*

*De allí que el diagnóstico se termina convirtiendo en un elemento determinante del acto médico, ya que del mismo depende el correcto tratamiento o terapéutica.*

*Cronológicamente el diagnóstico es el primer acto que debe realizar el profesional, para con posterioridad emprender el tratamiento adecuado. Por ello bien podría afirmarse que la actividad médica curativa comprende dos etapas. La primera constituida por el diagnóstico y la segunda por el tratamiento. (...)"<sup>17</sup>.*

De igual forma ésta alta Corporación ha sostenido que el diagnóstico es uno de los momentos más relevantes en la prestación del servicio médico, este teniendo en cuenta que sus resultados son los que determinan toda la actividad que se realiza posteriormente que corresponda al tratamiento médico.

Igualmente hace referencia a que, conforme a la doctrina extranjera, **existen dos etapas que componen el diagnóstico**, la primera, que es la **valoración al paciente**, donde se practica un examen de reconocimiento acompañado de un conjunto de tareas realizadas por el profesional de la medicina, que comienza con un interrogatorio básico tanto al paciente como a su acompañante, y que va hasta la orden y práctica de pruebas y exámenes concretos, entre ellos, palpación, auscultación, radiografías, etc. Así el profesional debe

<sup>15</sup> Sección Tercera, sentencia de 18 de febrero de 2010. Exp. 17655.

<sup>16</sup> CARLOS IGNACIO JARAMILLO J. Responsabilidad Civil Médica. La relación Médico Paciente. Pontificia Universitaria Javeriana, segunda edición, Bogotá, 2011 pp. 73.

<sup>17</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000 Exp.11878. Reiterado en reiterada en las sentencias de 27 de abril de 2011, exp.19.846; 10 de febrero de 2011, exp.19.040; 31 de mayo de 2013, exp.31.724; 9 de octubre de 2014, exp.32.348; y 2 de mayo de 2016. Exp.36.517

agotar en la medida de lo posible el conjunto de pruebas para llegar a un diagnóstico acertado; y la segunda, un **análisis e interpretación de los resultados obtenidos**. Entonces, para que este diagnóstico sea acertado es necesario que este profesional sea extremadamente diligente y cuidadoso con el cumplimiento de cada una de estas fases, entre ellos que emplee todos los recursos que se encuentren a su alcance.<sup>18</sup>

Ahora bien, en lo que respecta a la imputación de responsabilidad por daños derivados de un error de diagnóstico, en reciente jurisprudencia de la misma Corporación<sup>19</sup>, sostuvo que es necesario acreditar que el servicio médico no se presentó de manera adecuada por alguno de los siguientes motivos:

*"i) El profesional de la salud omitió interrogar al paciente o a su acompañante sobre la evolución de los síntomas que lo aquejaban.*

*ii) El médico no sometió al enfermo a una valoración física completa y seria.*

*iii) El profesional omitió utilizar oportunamente todos los recursos técnicos y científicos a su alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente*<sup>20</sup>.

*iv) El médico dejó de hacerle el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, o simplemente, incurrió en un error inexcusable para un profesional de su especialidad*<sup>21</sup>.

*v) El galeno interpretó indebidamente los síntomas que presentó el paciente*<sup>22</sup>.

*vi) Existe una omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto*<sup>23</sup>. "(Subrayado nuestro).

## **5.5. Régimen probatorio en los casos de responsabilidad médica.**

Ahora bien, en cuanto a la carga de la prueba en los casos de responsabilidad médica, el Consejo de Estado<sup>24</sup> ha precisado ciertos criterios:

*"(i) por regla general, al demandante le corresponde probar la falla del servicio, salvo en los eventos en los que resulte "excesivamente difícil o prácticamente imposible" hacerlo; (ii) de igual manera, corresponde al actor aportar la prueba de la relación de causalidad, la cual podrá acreditarse mediante indicios en los casos en los cuales "resulte muy difícil –si no imposible- la prueba directa de los hechos que permiten estructurar ese elemento de la obligación de indemnizar"; (iii) en la apreciación de los indicios tendrá especial relevancia la conducta de la parte demandada, sin que haya lugar a exigirle en todos los casos que demuestre cuál fue la causa efectiva del daño; (iv) la valoración de esos indicios deberá ser muy cuidadosa, pues no puede perderse de vista que los procedimientos médicos se realizan sobre personas con alteraciones en su salud; (v) el análisis de la relación causal debe preceder el de la falla del servicio"*<sup>25</sup>.

"(...)

<sup>18</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, C.P. Danilo Rojas Betancourth, sentencia del 2 de mayo de 2016, Exp. 66001-23-31-000-2005-00026-01 (36517).

<sup>19</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa, sentencia del 18 de mayo de 2017, Exp. 76-001-23-31-000-2003-03842-01 (35613).

<sup>20</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C. Sentencia de 22 de enero de 2014. Exp. 28.816. Posición reiterada en sentencia del 3 de octubre de 2016. Exp. 40.057

<sup>21</sup> Al respecto, la doctrina ha señalado que el error inexcusable no es cualquier error, sino aquél "objetivamente injustificable para un profesional de su categoría o clase. En consecuencia, si el supuesto error es de apreciación subjetiva, por el carácter discutible del tema o materia, se juzgará que es excusable y, por tanto, no genera responsabilidad". Alberto Bueres, citado por Vásquez Ferreyra, Op. Cit., p. 121.

<sup>22</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C. Sentencia de 22 de enero de 2014. Exp. 28.816

<sup>23</sup> *Ibidem*.

<sup>24</sup> Consejo de Estado. Sección Tercera. Subsección B. Consejero ponente: Ramiro de Jesús Pazos Guerrero. Sentencia de 27 de marzo de 2014. Radicación número: 05001-23-31-000-2002-00456-01(31508).

<sup>25</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, C.P. Ruth Stella Correa Palacio, sentencia del 28 de abril de 2005. Exp. 14786.

**“Actualmente se considera que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el expediente todos los elementos que la configuran, esto es, el daño, la actividad médica y el nexo causal entre esta y aquel<sup>26</sup>, sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados, incluso de la prueba indiciaria.”** (Resalta la Sala)

## 5.6. Pérdida de oportunidad.

### Definición.

Aunque parte de la doctrina y, en un principio, la jurisprudencia, desarrollaron la pérdida de la oportunidad como teoría causal<sup>27</sup>, lo cierto es que esta tesis no ha sido pacífica y ha ido evolucionando a partir de las críticas que ha recibido, al punto de encontrarse actualmente en el campo del daño y no de la causalidad.

Al respecto, el Consejo de Estado<sup>28</sup> ha dicho:

*(...) la pérdida de oportunidad se ubica en el campo del daño, sin desconocer que por elementales razones guarda estrecho vínculo con la relación de causalidad, -la causalidad existente entre el hecho imputable y el daño para estructurar la responsabilidad- y por lo mismo, resulta ser un perjuicio autónomo que, no obstante, es indemnizable, diferente al daño final padecido por el paciente. (...)*

*A juicio de la Sala, el panorama expuesto permite concluir que la noción de pérdida de oportunidad no puede constituirse en un mecanismo que posibilite la declaración de responsabilidad del demandado en ausencia de acreditación del vínculo causal entre el hecho dañino y la ventaja inexorablemente frustrada o el detrimento indefectiblemente sufrido por la víctima, de suerte que se condene —con apoyo en la figura en cuestión— a reparar la totalidad del provecho que ya no podrá obtenerse por el perjudicado a pesar de no haber sido establecida la causalidad. No.*

*El concepto de pérdida de oportunidad implica que se demuestre la relación causal existente entre el acontecimiento o la conducta dañosa y la desaparición, exclusivamente, de la probabilidad de acceder a la ganancia o de evitar el deterioro como rubros que se integran efectivamente en el patrimonio del afectado, con independencia de los demás tipos de daño cuya ocurrencia pudiere tener lugar; la pérdida de oportunidad no representa, por tanto, una especie de daño subsidiario en defecto de prueba respecto de la relación causal entre el hecho o conducta censurados y el beneficio definitivamente perdido, sino una clase autónoma de daño respecto del cual no puede presentarse la tantas veces mencionada incertidumbre causal, toda vez que tal falta de certeza debería conducir, directa e indudablemente, a la exoneración de responsabilidad por el anotado concepto<sup>29</sup>; de allí que resulte atinado aseverar que "cuando hablamos de la pérdida de una oportunidad, no podemos incluir allí la simple imposibilidad de saber cuál es la causa de un daño<sup>30</sup>. (...)*

<sup>26</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 31 de agosto de 2006. Exp. 15772, C.P. Ruth Stella Correa Palacio; sentencia de 30 de julio de 2008. Exp. 15726, C.P. Myriam Guerrero de Escobar; sentencia de 21 de febrero de 2011. Exp. 19125, C.P.(E) Gladys Agudelo Ordóñez, entre otras.

<sup>27</sup> “Por esto creo que es hora ya de llamar las cosas por su nombre y situar la teoría de la pérdida de la oportunidad donde le corresponde: la teoría de la causalidad, como subsistema de imputación probabilístico que funciona al lado del clásico y general del todo o nada” Medina Alcoz, Luis, “La responsabilidad proporcional como respuesta a la incertidumbre causal”, op. Cit., p. 138.

<sup>28</sup> Consejo de Estado. Sección Tercera. Subsección A. Consejero ponente: Mauricio Fajardo Gómez. Sentencia del 25 de agosto de 2011. Radicación número: 25000-23-26-000-1997-03994-01(19718). Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia de 11 de agosto de 2010, Exp. 18.593, Consejo ponente: Mauricio Fajardo Gómez.

<sup>29</sup> GIRALDO GÓMEZ, Luis Felipe, La pérdida de oportunidad en materia médica, un tema de daño, no de imputación, op. cit., pp. 42-57.

<sup>30</sup> TAMAYO JARAMILLO, Javier, Tratado de responsabilidad civil. Tomo II, segunda edición, Legis, Bogotá, 2007, p. 360. De hecho, en el mismo lugar y con el fin de destacar la que entiende que es la “diferencia entre incertidumbre causal y pérdida de oportunidad —título número 354 de

*En otros términos, la noción de pérdida de oportunidad sí comporta un análisis en sede de causalidad, pero se trata de un examen circunscrito a la existencia de vínculo causal entre la conducta o el hecho dañino y la desaparición de las probabilidades de ganancia o de evitación del deterioro, sin que en manera alguna deba extenderse al estudio de la relación de causalidad entre tales acontecer o proceder enjuiciados y el beneficio que finalmente perseguía la víctima.*

(...)

*"Hay, además, posturas intermedias, que tienen en común los siguientes puntos: a) distinguen la llamada chance de sobrevida y de curación, de las tradicionalmente admitidas en la jurisprudencia y en la doctrina; b) **recalcan la autonomía del daño producido por la pérdida de la chance, como daño diferente del resultado lesivo en sí (muerte, enfermedad, etc); c) identifican con claridad que la teoría de las chances, correctamente aplicada, se mueve en el campo del daño (su extensión), y no en el de la causalidad; d) señalan que la chance de sobrevida y de curación también requieren prueba de la relación de causalidad adecuada entre la culpa y ese daño específico: la pérdida de la posibilidad u oportunidad, y e) critican a la jurisprudencia francesa, pero sólo a aquellas decisiones en las que, bajo el nombre de reparación de chances de sobrevida, en realidad se han indemnizado supuestos de culpa médica, sin que estuviese acreditada con certeza la relación causal entre esa culpa y la pérdida de posibilidad o "chance".***

La anterior postura fue reiterada por el Consejo de Estado en sentencia de 5 de marzo de 2015<sup>31</sup>, cuando dijo:

*En la doctrina y la jurisprudencia se ha concebido la pérdida de oportunidad, bien como una modalidad autónoma de daño, o bien como una técnica de facilitación probatoria en los casos de incertidumbre causal, en los cuales resulte para la víctima una carga excesiva la demostración del nexo entre el daño que padece y la actuación de la entidad a la que se lo imputa y solo logre demostrar que dicha relación es probable, pero no cierta o segura. Frente a esa discusión teórica, la Sala se ha inclinado por la primera y ha adoptado el criterio conforme al cual la pérdida de oportunidad no es una herramienta para facilitar la prueba del nexo causal sino un daño autónomo, con identidad propia e independiente, que consiste en el quebrantamiento de un bien jurídico tutelado de recibir un beneficio o de evitar un riesgo.*

## **Elementos de configuración.**

Entendiendo la pérdida de oportunidad como un daño autónomo, el Alto Tribunal Administrativo ha explicado que tal particular modalidad de daño se caracteriza porque en ella coexisten dos elementos, uno de certeza y otro de incertidumbre<sup>32</sup>.

### **1. Certeza:** Requiere al menos el cumplimiento de los siguientes tres requisitos<sup>33</sup>:

---

la obra aludida— el citado autor afirma que "el mayor problema que tiene la institución de la pérdida de una oportunidad radica en la permanente confusión entre incertidumbre causal de un daño que ya ocurrió y la pérdida de la oportunidad".

<sup>31</sup> Consejo de Estado. Sección Tercera. Subsección B. Consejero ponente: Ramiro de Jesús Pazos Guerrero. Sentencia del 5 de marzo de 2015. Radicación número: 08001-23-31-000-2000-03119-01(34921)

<sup>32</sup> Consejo de Estado. Sección Tercera. Sentencia de 11 de agosto de 2010. Exp. 18593, reiterada por la Subsección A de la Sección Tercera del Consejo de Estado en sentencia del 7 de julio de 2011. Exp. 20139.

<sup>33</sup> Estos requisitos han sido desarrollados por el Consejo de Estado en reiterada jurisprudencia, entre la cual se encuentra: Consejo de Estado. Sección Tercera. Sentencia de 11 de agosto de 2010. Exp. 18593, reiterada por la Subsección A de la Sección Tercera del Consejo de Estado en sentencia del 7 de julio de 2011. Exp. 20139.

- a. "Certeza respecto de la existencia de una oportunidad que se pierde, aunque la misma envuelva un componente aleatorio, (...) —pues se trata de un mero interés legítimo, de la frustración de una expectativa, sin que ello suponga que se trata de un daño puramente eventual—, siempre y cuando se acredite inequívocamente la existencia de "una esperanza en grado de probabilidad con certeza suficiente"<sup>34</sup> de que de no haber ocurrido el evento dañoso, la víctima habría mantenido la expectativa de obtener la ganancia o de evitar el detrimento correspondientes<sup>35</sup>;
- b. Imposibilidad definitiva de obtener el provecho o de evitar el detrimento, vale decir, la probabilidad de obtener la ventaja debe haberse convertido en inexistente, pues si la consolidación del daño dependiera aún del futuro, se trataría de un perjuicio eventual e hipotético, no susceptible del reconocimiento de una indemnización que el porvenir podría convertir en indebida<sup>36</sup>; lo expuesto se antoja lógico en la medida en que si el resultado todavía puede ser alcanzado, el "chance" aún no estaría perdido y nada habría por indemnizar; por tanto, si bien se mantiene la incertidumbre respecto de si dicho resultado se iba a producir, o no, la probabilidad de percibir la ganancia o de evitar el perjuicio sí debe haber desaparecido definitivamente del patrimonio —material o inmaterial— del individuo porque dichos resultados ya no podrán ser alcanzados jamás.
- c. La víctima debe encontrarse en una situación potencialmente apta para pretender la consecución del resultado esperado, es decir que debe analizarse si el afectado realmente se hallaba, para el momento en el cual ocurre el hecho dañino, en una situación tanto fáctica como jurídicamente idónea para alcanzar el provecho por el cual propugnaba, posición jurídica que "no existe cuando quien se pretende damnificado, no llegó a emplazarse en la situación idónea para hacer la ganancia o evitar la pérdida"<sup>37</sup> <sup>38</sup>.

Igualmente, es importante destacar que "la determinación de la pérdida de la oportunidad no puede ser una mera especulación, es necesario que de manera científica 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"<sup>39</sup>.

<sup>34</sup> Idem, pp. 38-39.

<sup>35</sup> A este respecto se ha sostenido que "... la chance u oportunidad, es una posibilidad concreta que existe para obtener un beneficio. El incierto es el beneficio pero la posibilidad de intervenir es concreta, pues existe de forma indiscutible. Por eso sostenemos que existe daño jurídicamente indemnizable cuando se impide esa oportunidad o esa chance: se presenta el daño... Las dificultades pueden presentarse en la evaluación, porque lógicamente ésta no puede ser la del beneficio que posiblemente se habría obtenido sino otra muy distinta" (énfasis añadido). Cfr. MARTÍNEZ RAVÉ, Gilberto y MARTÍNEZ TAMAYO, Catalina, Responsabilidad civil extracontractual, Temis, Bogotá, 2003, p. 260.

En similar sentido, Trigo Represas señala que "[E]n efecto, si la chance aparece no sólo como posible, sino como de muy probable y de efectiva ocurrencia, de no darse el hecho dañoso, entonces sí constituye un supuesto de daño resarcible, debiendo ser cuantificada en cuanto a la posibilidad de su realización y no al monto total reclamado.

La pérdida de chance es, pues, un daño cierto en grado de probabilidad; tal probabilidad es cierta y es lo que, por lo tanto, se indemniza (...) cuando implica una probabilidad suficiente de beneficio económico que resulta frustrada por el responsable, pudiendo valorársela en sí misma con prescindencia del resultado final incierto, en su intrínseco valor económico de probabilidad" (subrayas fuera del texto original). Cfr. TRIGO REPRESAS, Félix Alberto, Pérdida de chance, cit., p. 263.

<sup>36</sup> HENAO, Juan Carlos, El daño. Análisis comparativo de la responsabilidad extracontractual del Estado en derecho colombiano y francés, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 1998, pp. 159-160.

<sup>37</sup> ZANNONI, Eduardo, El daño en la responsabilidad civil, cit., pp. 110-111.

<sup>38</sup> Estos requisitos han sido desarrollados por el Consejo de Estado en reiterada jurisprudencia, entre la cual se encuentra: Consejo de Estado. Sección Tercera. Sentencia de 11 de agosto de 2010. Exp. 18593, reiterada por la Subsección A de la Sección Tercera del Consejo de Estado en sentencia del 7 de julio de 2011. Exp. 20139.

<sup>39</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 31 de agosto de 2006; Consejera Ponente: Ruth Stella Correa Palacio; Radicación: 15.772. En esa providencia se señalan las dificultades de la aplicación de la teoría de la pérdida de oportunidad, así: "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 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

Finalmente, para efectos de determinar si una oportunidad perdida es resarcible, o no y en qué monto "el juez debe realizar un análisis retrospectivo, para remontarse a la situación en que se hallaba el damnificado al ocurrir el hecho dañoso. Una vez situado allí, tendrá que realizar un análisis prospectivo de cómo podría haber evolucionado la situación del perjudicado, de acuerdo con las circunstancias en que se encontraba; es decir, determinar cuál de sus posibilidades era la de más probable realización. Establecido ello, se deberá evaluar, aproximadamente, cuál era la proporción estimativa de esa posibilidad, en comparación con los otros escenarios futuros posibles de la víctima.

Sólo entonces surgirá la cuantificación definitiva del chance perdido. Cuando se determine si era probable que se concretara y, por lo tanto, fuese indemnizable; en su caso en qué medida o proporción lo era o si en definitiva no lo era verdaderamente, en cuyo caso no sería, entonces, resarcible"<sup>40</sup>.

**2. Incertidumbre:** "en torno de si habiéndose mantenido la situación fáctica y/o jurídica que constituía presupuesto de la oportunidad, realmente la ganancia se habría obtenido o la pérdida se hubiere evitado"<sup>41</sup>.

En otras palabras, el daño de pérdida de oportunidad debe ser actual, cierto e indiscutible en cuanto a la efectiva pérdida de la probabilidad de lograr un beneficio o de evitar un detrimento; no puede existir la más mínima duda de que "esa oportunidad está definitivamente perdida, la situación es irreversible y la 'carrera' de concatenación causal y temporal hacia la ventaja se ha detenido de manera inmodificable. Hay un daño cierto sólo desde el punto de vista de la certeza de la probabilidad irremediadamente truncada. Esa probabilidad tenía un determinado valor, aunque difícil de justipreciar, que debe ser reparado"<sup>42</sup>.

### **Características.**

Sobre las características de la pérdida de oportunidad como daño autónomo, el Consejo de Estado<sup>43</sup> ha indicado:

*Las características que la doctrina y la jurisprudencia de esta Corporación le han atribuido a la pérdida de oportunidad son: (i) debe constituir una probabilidad seria y debidamente fundada, que permita afirmar la certeza del daño y no una mera posibilidad, vaga y genérica, que no constituye más que un daño meramente hipotético o eventual; (ii) lo perdido o frustrado es la oportunidad en sí misma y no el beneficio que se esperaba lograr o la pérdida que se pretendía eludir; (iii) la medida del daño será proporcional al grado de probabilidad que se tenía de alcanzar el beneficio pretendido; y (iv) el bien lesionado es un bien jurídicamente protegido.*

---

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".

<sup>40</sup> TRIGO REPRESAS, Félix Alberto, La pérdida de chance, cit., pp. 276-277.

<sup>41</sup> Consejo de Estado. Sección Tercera. Sentencia de 11 de agosto de 2010. Exp. 18593, reiterada por la Subsección A de la Sección Tercera del Consejo de Estado en sentencia del 7 de julio de 2011. Exp. 20139.

<sup>42</sup> ZAVALA DE GONZÁLEZ, Matilde, Resarcimiento de daños. Daños a las personas, Hammurabi, Buenos Aires, 1990, p. 274, apud TRIGO REPRESAS, Félix Alberto, Pérdida de chance, cit., p. 30.

<sup>43</sup> Consejo de Estado. Sección Tercera. Subsección B. Consejero ponente: Ramiro de Jesús Pazos Guerrero. Sentencia del 5 de marzo de 2015. Radicación número: 08001-23-31-000-2000-03119-01(34921)



## Indemnización.

Ahora bien, en cuanto a la indemnización por el daño consistente en la pérdida de oportunidad, se ha dicho que "el resarcimiento por la pérdida de una chance ha de ser siempre inferior al que procedería por la pérdida de la ventaja, si el daño causado hubiera consistido efectivamente en esta pérdida"<sup>44</sup>, pues "hay que proyectar el nivel de probabilidad de que la víctima hubiera obtenido la ventaja apetecida sobre el valor del daño final"<sup>45</sup>. Como bien lo ha dicho la doctrina, "la incertidumbre del resultado se refleja en el valor económico de la posibilidad perdida"<sup>46</sup>

Sobre la indemnización de la pérdida de oportunidad en la prestación de servicios médicos, el Consejo de Estado<sup>47</sup> determinó:

*En síntesis, cuando se pretende la indemnización de los daños derivados de la omisión o tardanza de las entidades obligadas a prestar los servicios médicos, debe quedar acreditado no el resultado final de la lesión o enfermedad que originó la solicitud de atención, sino la existencia de la probabilidad que tenía el paciente de recuperar su salud o preservar su vida y que esa expectativa se perdió en forma definitiva como consecuencia de la actuación imputable a la entidad. El grado de probabilidad que tenía el paciente de lograr el beneficio será, entre otros factores, el que determine la indemnización.*

Ahora bien, sobre el **reconocimiento y tasación de perjuicios** ante una condena **por pérdida de oportunidad**, por concepto de **perjuicios materiales**, el Consejo de Estado ha dicho<sup>48</sup>:

*"...de parte de la jurisprudencia del Consejo de Estado, que la pérdida de oportunidad ha sido entendida como un daño autónomo, distinto e independiente del daño final; que cuando una falla del servicio ha cercenado una oportunidad cierta y razonable de obtener un resultado favorable o evitar un perjuicio hay lugar a la declaratoria de responsabilidad del Estado, no por el daño final, sino por la oportunidad perdida, que debe ser cuantificada económicamente de acuerdo con los medios probatorios y circunstancias propias de los hechos"<sup>49</sup>. En ese orden, la forma cómo se indemniza, que constituye el problema fundamental en lo que tiene que ver con este tema, ha sido direccionada a la concesión de sumas genéricas por un rubro llamado "pérdida de oportunidad". Adicional a esto, en algunas decisiones, se ha*

<sup>44</sup> Consejo de Estado. Sección Tercera. Sentencia de 11 de agosto de 2010. Exp. 18593, reiterada por la Subsección A de la Sección Tercera del Consejo de Estado en sentencia del 7 de julio de 2011. Exp. 20139.

<sup>45</sup> Ibidem.

<sup>46</sup> Cfr. MEDINA ALCOZ, Luis, La teoría de la pérdida de oportunidad, cit., pp. 106-107.

<sup>47</sup> Consejo de Estado. Sección Tercera. Subsección B. Consejero ponente: Ramiro de Jesús Pazos Guerrero. Sentencia del 5 de marzo de 2015. Radicación número: 08001-23-31-000-2000-03119-01(34921)

<sup>48</sup> Sección Tercera, Subsección C, C.P. Olga Mérida Valle de La Hoz (E), sentencia del 8 de abril de 2014, expediente No. 05001-23-31-000-1997-00967-01 (29809) de Martha Elena Galeano Moreno y otro Vs. Nación- Ministerio de Salud y otro.

<sup>49</sup> Al respecto, resulta ilustrativa una cita del Tribunal Supremo Español que sobre la materia analizada razonó de la siguiente forma: "La audiencia dedujo una manifiesta negligencia o conducta culposa de la ATS, empleada del Hospital demandado (artículos 1902 y 1903 del C.C.), al no tomar el debido conocimiento del parte médico, no avisar a los facultativos del servicio de guardia y proceder por iniciativa, sin que tal negligencia fuese ajena al hospital, por no tener un médico de puerta que realizase las primeras exploraciones a los enfermos, ni se justificase por la orden recibida y la falta de camas, extremo que había de ceder ante un paciente grave, al que tenía que prestarse toda la atención y diligencia que aconsejase la preparación científica... el daño producido es la propia privación de la asistencia médica, en cuanto supone una imposibilidad de tratamiento y, por lo tanto, una imposibilidad de curación... La relación causa-efecto viene determinada por yuxtaposición, pues el mismo evento que constituye la negligencia constituye el daño... La muerte producida no es otra cosa que un elemento cualificador del daño, importante a efectos indemnizatorios, pero no en relación a la situación causa-efecto... La negación de asistencia médica supone privar de un derecho constitucional, lo que por sí solo es indemnizable". Tribunal Supremo Español, sentencia del 19 de junio de 1990. El reconocido tratadista Ricardo de Ángel Yagüez al comentar la decisión referida, pone de presente lo siguiente: "Se observará que, con indudable habilidad, los recurrentes orientaron su argumentación en el sentido de alegar que el daño producido por la negligencia de la A.T.S. no consistió en la muerte que posteriormente se produjo, sino en la privación del derecho a la asistencia médica que, en definitiva, no es otra cosa que la negación al derecho a tener unas posibilidades, aunque sean remotas o indeterminadas, de supervivencia ante una patología concreta." De Ángel Yagüez, Ricardo. Tratado de responsabilidad civil. Ed. Civitas, Madrid, 1993, pág. 235 y 236.

*estimado procedente la condena por perjuicios morales, con la aclaración de que no se conceden por el dolor, angustia y congoja sufrida por los demandantes por el daño final (especialmente cuando se trata de familiares de una persona que murió), sino por la pérdida de las probabilidades de recuperarse. De acuerdo con el estado actual de la jurisprudencia, no es procedente una condena en razón de perjuicios materiales (daño emergente y lucro cesante) ni daño a la salud, comoquiera que esos perjuicios tienen causa directa en el daño final, el cual no se indemniza en los eventos planteados..."*

## **5.7. Pérdida de la oportunidad por retardo o falta de tratamiento o atención**<sup>50</sup>

El tratamiento tiene como finalidad sanar o mejorar las condiciones de salud el paciente con el objeto de garantizarle los derechos fundamentales a la salud, la vida, la dignidad humana y la integridad personal.

Ahora, como dicha finalidad es la que orienta la prestación oportuna y eficiente del servicio público de salud, por lo tanto, "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"<sup>51</sup>.

El Consejo de Estado, respecto al tema de la pérdida de oportunidad por retardo o falta de tratamiento o atención, ha identificado *algunos de los elementos de la figura de la pérdida de chance, como la combinación de elementos de certeza y de incertidumbre que comporta*<sup>52</sup>, *su aparente 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:*

<sup>50</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera – Subsección C, sentencia de 18 de mayo de 2017, Exp. 37.504.

<sup>51</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C, sentencia del 27 de noviembre de 2017, Radicación número: 66001-23-33-000-2013-00147-01(52993). CP. Jaime Orlando Santofimio Gamboa. Consejo de Estado, Sección Tercera – Subsección C, sentencia de 26 de marzo de 2014, Exp. 26.924, M.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

<sup>52</sup> 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 constatar, 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.(...)

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).

**"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 (...) Pero lo que sí 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 ... 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:*

*(...)*

*"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 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*<sup>53</sup> <sup>54</sup> <sup>55</sup>

*"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".*

## V. CASO CONCRETO.

### 1. Precisiones del caso.

Teniendo en cuenta el escrito integral de la demanda y su reforma, la Sala entiende que la parte demandante persigue la declaratoria de responsabilidad administrativa y extracontractual del **HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL E.S.E.** (hoy SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E), **HOSPITAL DE TUNJUELITO E.S.E.** y **HOSPITAL EL TUNAL E.S.E** (hoy representados por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E), con la consiguiente condena al pago de los perjuicios materiales e inmateriales que le fueron ocasionados con la pérdida del pie izquierdo de la paciente Lucy Paola Gonzáles Aguilar, que no solo trajo secuelas irreparables en la salud de la víctima directa de lesiones, sino que derivó en problemas psiquiátricos causados por la dificultad por ella presentada frente a la adaptabilidad a la ausencia una parte de su cuerpo, daño que refieren fue el producto de una deficiencia en la atención médica que le fue brindada en las instituciones hospitalarias demandadas entre diciembre de 2008 y mayo de 2009.

El *a quo* encontró probado que los daños ocasionados en la humanidad de la señora Lucy Paola Gonzáles Aguilar fueron producto de una falla del servicio por parte del HOSPITAL DE TUNJUELITO E.S.E. y del HOSPITAL EL TUNAL E.S.E (hoy representados por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E), quienes no actuaron conforme a la *lex artis* predicable en el presente asunto, en tanto, habiendo criterios para remitir a la paciente a una entidad de mayor nivel de complejidad, no lo hicieron; y luego, estando ya la paciente en el nivel que complejidad pertinente, no hubo una adecuada lectura de la clínica manifestada por la paciente y no se le ordenaron a tiempo los exámenes pertinentes para establecer la etiología del cuadro clínico presentado, que hubiese permitido encaminar un tratamiento más asertivo que hubiese permitido, salvar al menos gran parte de la extremidad perdida. No obstante, también consideró que la conducta asumida por la paciente en dos oportunidades fue contributiva en el daño ocasionado, por lo tanto, declaró probada la concurrencia de culpas y condenó a las anotadas entidades hospitalarias en un porcentaje del 70%.

De manera que acudió a la figura de la pérdida de oportunidad, para aclarar que el daño antijurídico reconocido no consiste en la pérdida de la extremidad propiamente dicha, sino a la pérdida de oportunidad de haber obtenido un resultado menos gravoso en presencia del tratamiento idóneo ya que consideró acreditado que pudo haber perdido tan solo uno al alguno de sus dedos del pie y no la extremidad inferior izquierda desde la supracondilea.

<sup>53</sup> 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).

<sup>54</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 7 de julio de 2011. Exp. 20.139.

<sup>55</sup> Consejo de Estado, sentencia de 14 de marzo de 2013, Exp. 23.632,

La parte demandada censura la sentencia del *a quo* bajo dos argumentos centrales a saber: en primer lugar, cuestiona el reconocimiento de perjuicios que se le realizó al que fue el novio de la víctima directa de lesiones para la época de los hechos materia de debate, pues considera que no debió reconocérsele ningún monto porque la relación o vínculo sentimental que los unía ya no existe, en tanto ya no son novios; en segundo lugar, cuestiona la sentencia, porque considera que la actuación de la víctima fue determinante en la provocación del daño antijurídico, por cuanto rechazó en dos oportunidades el tratamiento médico brindado y solicitó autorización de retiro voluntario, de manera que no permitió que los médicos trataran su enfermedad, razón por la cual consideran que el daño antijurídico no les es atribuible.

Por otro lado, la parte demandante cuestiona la sentencia del *a quo* netamente en lo que respecta al reconocimiento de perjuicios a saber: en primer lugar, asegura que la disminución de la condena por el hecho de la concurrencia de culpas entre los Hospitales Tunjuelito y El Tunal E.S.E. y la víctima directa de lesiones debió tasarse al final del reconocimiento que se hace en cada modalidad de perjuicios pero no desde la disminución de la pérdida de capacidad laboral; y en segundo lugar, porque se cometió un error en el cálculo de la expectativa de vida que le queda a la señora LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR, lo cual le disminuye ostensiblemente los montos indemnizatorios que han de reconocerse por el daño causado.

Atendiendo a los planteamientos jurídicos de las partes, la Sala entiende que no existe debate en cuanto a la existencia del daño deprecado por la parte demandante, por lo que el estudio del caso concreto se determinará hacia el nexo de causalidad y la imputación realizada por el juez de instancia a los Hospitales Tunjuelito y El Tunal E.S.E. para en un primer momento establecer si la actuación de la víctima fue o no determinante en la provocación del daño y el porcentaje de incidencia que esta tuvo y, en un segundo momento si hay lugar o no a realizar modificaciones a los montos indemnizatorios reconocidos en primera instancia, por lo cual se procede a realizar la relación del material probatorio relevante para la resolución del caso concreto.

Ha de aclararse que, atendiendo a que ambos extremos de la Litis apelaron, esta Sala de decisión tiene la libertad de decidir el caso concreto sin restricción alguna por cuanto no es aplicable el principio de la no *reformatio in pejus* (acápite 5.1. de las Consideraciones).

## **2. Medios de prueba relevantes.**

En el curso del proceso fueron allegadas las siguientes pruebas, a las cuales se confiere mérito probatorio conforme a la ley y a la jurisprudencia<sup>56</sup>:

- 2.1.** Historia clínica de la señora LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR correspondiente a la atención médica brindada en el HOSPITAL TUNJUELITO II NIVEL E.S.E., de la cual se puede destacar como aspectos relevantes los siguientes (fs. 27 a 32, c. Ppal.1):
- 2.2.** Historia clínica de la señora LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR correspondiente a la atención médica brindada en el HOSPITAL EL TUNAL III NIVEL E.S.E., de la cual se puede destacar como aspectos relevantes los siguientes (fs. 33 a 82, c. Ppal.1/ fs. 413 a 502, continuación c. Ppal.1 / fs. 1100 a 1150, c. Ppal. 3 / fs. 849 a 896, continuación cuaderno principal 1 desde el folio 603.

<sup>56</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sala Plena. Magistrado Ponente Dr. Enrique Gil Botero. Sentencia del 28 de agosto de 2013. Expediente 25.002.

- 2.3.** Historia clínica de la señora LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR correspondiente a la atención médica brindada en el HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL E.S.E., de la cual se puede destacar como aspectos relevantes los siguientes (fs. 83 a 169, c. Ppal.1 / fs. 2 a 476 del cuaderno rotulado como "historia clínica hospital de Kennedy")
- 2.4.** Artículo científico sobre "Síndrome Antifosfolípido: morbilidad y evolución de una cohorte de pacientes del Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín –Colombia", publicado por la Revista Colombiana de Reumatología, Vol. 13 No. 2. Junio de 2006, páginas 109 a 119 (fs. 170 a 180, c. Ppal.1).
- 2.5.** Guía para el manejo de urgencias –trombosis venosa profunda (TVP) elaborada por el doctor Luis Ignacio Tobón Acosta, Sección Vasculatura Periférica –Universidad de Antioquia –Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia, sin fecha de publicación (fs. 181 a 192, c. Ppal.1).
- 2.6.** Concepto del área de psiquiatría de la Clínica Nuestra Señora de La Paz respecto de la paciente LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR, elaborado el 14 de julio de 2011, en el que se anota "*Paciente quien presenta oclusión arterial aguda hace dos años, con posterioridad necesidad de amputación supracondilea izquierda, paciente refiere adicionalmente y del mismo tiempo de evolución insomnio, hiporexia, pérdida del interés para realización de actividades, ideas de desesperanza y minusvalía, "siento que no sirvo para nada, que nada va a ser como antes, no puedo hacer lo mismo que antes, pienso que mi futuro es gris, me siento como una carga", refiere además alteración en su percepción corporal por el uso de prótesis, desde hace un año y luego del fallecimiento del padre los síntomas se han exacerbado y se asocian a ideas de culpa "yo siento que mi papá se murió por lo que me pasó a mí, si no me hubiera pasado", además refiere ideas de muerte y de suicidio "pienso en morirme, en tomarme un veneno o algo, yo creo que sí lo haría, estoy muy cansada, la vida me dio un giro bastante brusco", refiere además de sensación de miembro fantasma, sueños en los que está con su padre... Análisis: paciente con síntomas afectivos importantes, con ideas de muerte y de suicidio. Al momento de la valoración se propone, se propone manejo intramural pero la paciente no acepta, se llama a familiar para toma de decisión"*
- 2.7.** Declaración del médico **Élver Alirio Camacho Ángel**, especialista en cirugía general y vascular, quien brindó atención médica a la paciente LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR en el Hospital Occidente de Kennedy III Nivel E.S.E. para la época en que sucedieron los hechos materia de debate en el presente proceso, específicamente en la fecha en que aquella consultó por el servicio de urgencias en el mes de abril de 2009, respecto de cuya declaración se destaca (fs. 1007 a 1016, c. Ppal.3):

*"... por el cuadro clínico del que tenía la paciente, se le hicieron varios exámenes diagnósticos... donde se le evidenciaba una obstrucción de la arteria poplítea de miembro inferior izquierdo, que al parecer era subaguda, por lo cual se decide pasar el paciente por la cirujana que estaba de turno a una exploración vascular y embolectomía (extracción de coágulos en la arteria poplítea), durante este procedimiento se obtuvieron coágulos recientes y antiguos, por ser la paciente tan joven se empezó a hacer una serie de estudios para esclarecer la causa de esos coágulos en la arteria poplítea izquierda... Dentro de los estudios paraclínicos que se hicieron se encuentra que la paciente tuvo un síndrome antifosfolípido severo, síndrome hipercoagulable, lupus eritematoso sistémico (enfermedades autoinmunes que el mismo organismo ataca sus estructuras), en este caso atacó arterias de*

*miembros inferiores, algunas arterias del cerebro y algunas arterias del pulmón que hicieron que la paciente presentara hipertensión pulmonar severa. Estas eran enfermedades de base.."*

Refirió que la paciente tenía varias enfermedades autoinmunes, sin embargo al momento de su consulta, el primer plan terapéutico fue tratar de salvar la extremidad afectada precisamente como manifestación de dichas enfermedades, la cual, a pesar de instaurar todo el tratamiento aplicable a situaciones como la que se presentó con la paciente, no surtió los efectos esperados, pues la posibilidad de taponamiento arterial era de más del 50% y la necrosis de los dedos y los tejidos blandos fue evolucionando a la complejidad, por lo que se decidió amputar la extremidad afectada para evitar la muerte de la paciente.

Cuando se le indagó sobre la posibilidad que tenía la paciente de recuperarse satisfactoriamente sin tener que perder su extremidad precisó: *"generalmente estas enfermedades cursan por una clínica completamente asintomática durante muchos años, cuando dan sintomatología generalmente los procesos autoinmunes ya están bien avanzados y, generalmente a pesar de que uno trata de hacer todos los procedimientos para el salvamento de la extremidad, un gran porcentaje de los pacientes terminan perdiendo la extremidad.."*

Sobre la importancia del tiempo en el manejo de las enfermedades que presentaba la paciente indicó *"lo ideal es que el diagnóstico siempre se haga lo más temprano posible, pero eso también depende de la clínica del paciente...en la gran mayoría de los pacientes que tienen enfermedades autoinmunes generalmente se diagnostican cuando esa misma enfermedad ha producido una complicación que puede ser severa... haber hecho el diagnóstico meses antes, es muy difícil saber qué pudo haber pasado antes o después del tratamiento, porque cada organismo es muy diferente, además el tratamiento que se inicia para las enfermedades autoinmunes también trae otras complicaciones porque el paciente se debe inmunosuprimir, es decir, como esa persona tiene respuesta inflamatoria alterada y superexacerbada, se tiene que atacar con medicamentos que producen deficiencia del sistema inmune, entonces a veces cuando se tratan, se complican y se mueren es por el tratamiento por ser evento infeccioso secundario al tratamiento, porque éste lo que hace es disminuir la respuesta y se puede pasar y se puede quedar sin respuesta el organismo y fallecer.."*

En relación con los signos clínicos que se presentan en una enfermedad autoinmune que pueda dirigir su diagnóstico precisó *"...la oclusión o trombosis arterial pueden ser una manifestación de una enfermedad autoinmune... sí, y si es más en una persona joven. Dentro de las causas que se deben descartar son las enfermedades autoinmunes que no haya tenido un trauma previo a ese nivel, que sea una fumadora pesada, que son las principales causas de trombosis arterial en personas jóvenes.."*

En relación con el término de "obstrucción subaguda de la arteria poplítea y oclusión arterial" referenció: *"subaguda es que tenga obstrucción de menos de 30 días, crónica que tenga más de 30 días, y aguda menos de 10 días... cuando hay sospecha de isquemia aguda o subaguda, se debe pasar el paciente a una trombolectomía para tratar de hacer salvamento de la extremidad.."* una oclusión arterial clínicamente se manifiesta *"por dolor en miembro inferior, frialdad de la extremidad y cambios en la coloración de la piel... empiezan a padecer flictenias que son como ampollas en la piel posteriormente necrosis de los tejidos... la isquemia aguda puede presentar parestesias o sensación de hormigueo"*

Respecto al síndrome antifosfolípido severo, síndrome de hipercoagulabilidad y lupus eritematoso sistémico acotó: *"el lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune que lo que hace es organismo con sus células de defensa como son los*

*linfocitos, reconocen como células extrañas a células de órganos que están normales, entonces estas células lo que hacen es encargarse de destruir esas células, en una persona normal esos linfocitos son como los soldados que se encuentran en la sangre y cuando encuentran una bacteria o virus que llega al organismo, ellos se encargan de atacarlo y destruirlo... el lupus y el síndrome antifosfolípido, estos... linfocitos se descontrolan o hacen como si algo los hipnotizara y ataca, cree que todo es malo. En el síndrome hipercoagulable, es como una consecuencia de lo que está pasando con ese ataque, como la gran mayoría de lo que ataca es normal, entonces hay mucha actividad en el torrente sanguíneo, hay gran cúmulo de linfocitos que atacan y eso forma grumos en los vasos sanguíneos y forma coágulos"*

Cuando se le indagó sobre la manera en como debió haber sido manejada una paciente joven que presenta oclusión arterial, precisó: *"en primera instancia se trata de salvar lo que está pasando, porque si hay oclusión de la arteria es que no le está llegando sangre a la parte más distal del sitio de la obstrucción, entonces si uno no hace algo en la primera instancia puede terminar perdiendo la extremidad prontamente. Cuando es persona joven, se trata de salvar la extremidad y si no tiene estudio previo, pues empezar a hacer toda la parafernalia por gran cantidad de exámenes que toca hacer, anticuerpos, anti DNA, anti RNA, son como 100 exámenes que toca hacer para medio llegar a un diagnóstico certero de enfermedad autoinmune, y a veces con esos exámenes no se puede determinar qué tiene la paciente porque puede tener algo diferente. En primera instancia se trata de salvar la extremidad y posteriormente mirar las causas de eso, si fue trauma o fue autoinmune, hay que tratar de mirar porqué está pasando esto, mirar la causa y por qué y, dentro de ese porqué se encuentra el estudio de las enfermedades autoinmunes"*

En relación con la patología presentada por la paciente al momento de consulta al Hospital Occidente de Kennedy III Nivel E.S.E. y el manejo que se le dio precisó que se aplicó el protocolo descrito, esto es, en un primer momento tratar de salvar la extremidad afectada, razón por la cual se sometió a una trombolectomía o revascularización, que traduce en un destaponamiento de las arterias obstruidas, pero como no funcionó, por cuanto se volvió a presentar trombosis pero esta vez en todas las arterias de la piel que llevan irrigación sanguínea a la pierna izquierda, entonces se decidió en junta proceder con la amputación del miembro, para lo cual se esperó a la delimitación de la necrosis para determinar desde dónde sería la amputación, lo que traduce en que debía transcurrir un tiempo para que la misma clínica o sintomatología de la paciente mostrara desde dónde debe hacerse la incisión, con el objeto de evitar nuevas amputaciones, pues se busca que sea solo una y definitiva para disminuir los riesgos de la intervención quirúrgica, que si bien la amputación no es garantía de que no se siga tromboseando, es un tratamiento efectivo para evitar la muerte del tejido a mayor escala que puede terminar con la vida del paciente.

- 2.8.** Declaración del médico **Julio Hernando Naranjo Galvez**, especialista en cirugía general y vascular, quien brindó atención médica a la paciente LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR en el Hospital Occidente de Kennedy III Nivel E.S.E. para la época en que sucedieron los hechos materia de debate en el presente proceso, respecto de cuya declaración se destaca (fs. 1017 a 1022, c. Ppal.3).

En relación con la decisión de amputar la extremidad inferior izquierda de la paciente precisó: *"la paciente tenía estas enfermedades con anterioridad. No puedo determinar cuánto tiempo llevaba con ellas, pero de acuerdo a la evolución, sus manifestaciones tenían que ser de 6 meses o más antes de su ingreso... con el diagnóstico de sus enfermedades de base y las imágenes diagnósticas obtenidas se determinó que el pronóstico arterial y la viabilidad del pie y la pierna izquierda, era prácticamente nulos, por lo cual se intentó destapar algún segmento arterial del*



*miembro inferior izquierdo para que llegara algo de circulación que permitiera alguna esperanza de viabilidad en la pierna o por lo menos mejorar el nivel de amputación. Por eso se le realizó una angioplastia percutánea y posteriormente una trombectomía arterial. No se obtuvo una mejoría significativa en su pésima circulación arterial, por lo cual el caso se volvió a discutir en la junta quirúrgica de cirugía vascular y se decidió realizar una amputación supracondilea izquierda. La paciente fue llevada a la UCI para un manejo más fino en el pre y postoperatorio y, el procedimiento se realizó cuando se consideró que estaba en las mejores condiciones dentro de sus pésimas condiciones, dado que hubo la necesidad de tratar un cuadro de celulitis del miembro infectado... el procedimiento quirúrgico era fundamental para evitar un cuadro de infección generalizada –sepsis y/o un cuadro de reperfusión que ocurren en pacientes que tienen segmentos necróticos en su cuerpo y no son removidos. De hecho, la paciente finalmente evolucionó bien, luego de la amputación supracondilea izquierda'*

En cuando a la pérdida de chance que se pudo presentar en la paciente de preservar al menos una parte de su pie por no ser tratada en la manera como lo fue en el Hospital Occidente de Kennedy III Nivel E.S.E. desde el mismo instante en que evidenció los primeros síntomas, indicó: *"es difícil determinar con certeza la evolución de esta paciente si la hubiéramos tratado con anterioridad, ya que las trombosis arteriales de pequeños vasos, que seguramente la paciente empezó a presentar por lo menos 4 meses antes de su ingreso, pueden ser una de las primeras manifestaciones clínicas en algunos desafortunados casos, y por lo tanto si hubiera consultado con nosotros cuatro meses antes puede que se hubiera iniciado un manejo más precoz de su enfermedad del colágeno –lupus – síndrome antifosfolípidos, y hubiera perdido solo los dedos del pie. Probablemente hubiera tenido un curso más benigno. Pero en algunos casos catastróficos, estas enfermedades causan trombosis arteriales muy extensas de difícil o nulo manejo, e igualmente se pierden segmentos muy grandes de la extremidad y potencialmente matan al paciente en cuadros denominados flegmasía, cuando la trombosis compromete extensamente territorios arteriales venosos y hacen embolismos. No conozco sus pormenores de sus consultas 4 meses antes al Hospital y no se cual fue su orientación diagnóstica y terapéutica previa, pero tendría que haber consultado mucho antes para que hubieran llegado con su pie y pierna viables y no hubiera requerido amputaciones. En la condición en que llegó a la institución, era muy probable que requiriera amputaciones a diferente nivel de miembro inferior izquierdo"*.

En relación con el concepto de isquemia severa de la pierna y el pie precisó que, consiste en una disminución severa de la circulación nutricia arterial de un miembro *"teniendo múltiples orígenes como son secciones arteriales por trauma, obliteraciones por placas arterioscleróticas, daños por intervencionismo como catéteres y trombosis por coágulos formados a distancia (alteraciones cardíacas), y alteraciones de arterias más pequeñas distales generalmente por enfermedades de tipo autoinmune (como en este caso en el cual a partir de daños pequeños en muchas arteriolas, se comprometen vasos mayores y hay oclusiones muy extensas), igual ocurre con otras enfermedades sistémicas generalizadas como diabetes, tabaquismo, dislipidemias, arteritis de origen exótico. Esta disminución en la circulación arterial puede ser aguda o crónica, y sus manifestaciones clínicas varían de acuerdo a que el origen sea de cualquiera de las dos formas antes mencionadas. Producen en términos generales dolor, frialdad, palidez, imposibilidad para realizar movimientos y actitud muscular distal en el miembro comprometido, y a medida que progresa el cuadro, anestesia y parálisis. El punto final es la muerte del tejido, con necrosis inicialmente distal, segmentaria y posteriormente extensa. En el intermedio de este tipo de catástrofes puede haber infección local, celulitis, sepsis y el paciente puede fallecer en forma rápida. En otros casos ocurren cuadros de ulceración dolorosa, que también pueden extenderse a zonas vecinas con pérdida extensa de*

*piel, tejido celular subcutáneo, músculo y tendones, y en otras ocasiones ocurre momificación, sin que haya otras repercusiones en el resto del cuerpo. De acuerdo con la evolución clínica de esta paciente, ella presentaba un cuadro de oclusión crónica que tuvo que haberse extendido desde el pie hasta la rodilla (arteria poplítea comprometida), con pequeñas agudizaciones en la medida que la trombosis progresa proximalmente... estos pacientes tienen condición especial y es que tienen arterias de mediano y gran calibre previamente sanas, por lo cual cuando se inician cuadros de necrosis distal, como ocurrió con ella, que inicialmente presentó cianosis y necrosis de dedos, la amputación se debe realizar cuando se ha logrado el control de la enfermedad de base y la estabilización del nivel de necrosis, ya que si se realiza anteriormente, los bordes de cualquier nivel de amputación se necrosan, se pueden infectar y el nivel de la amputación se daña y se vuelve progresivo. El control de la enfermedad base se considera por evolución clínica y exámenes de laboratorio específicos, mientras tanto se debe manejar médicamente y realizar los procedimientos arteriales que el médico tratante considere, dejando la amputación para el momento que hemos indicado. En algunas ocasiones toca amputar más agudamente cuando se considera que hay una infección que está llevando el paciente a sepsis y que la remoción en el tejido necrótico es prioritaria".*

Frente al caso particular de la señora LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR conceptuó: *"se estudió la paciente para determinar el nivel de oclusión arterial, determinándose por encima de la rodilla en la arteria poplítea, y mientras tanto la isquemia severa – necrosis se delimitó en la pierna, lo cual es típico en estos tipos de oclusión arterial, también se estabilizó la evolución de su enfermedad autoinmune para evitar trombosis y complicaciones a distancia, se trató la infección inicial y se realizó la amputación una vez que se consideró el mejor momento dentro de la evolución... el manejo de este grupo de enfermedades que son varias y la paciente tenía el diagnóstico de por lo menos lupus y síndrome antifosfolípido, es variable, pero generalmente hay que usar un grupo de fármacos genéricamente llamados corticoides en diferentes presentaciones, en ocasiones requieren altas dosis iniciales en los denominados pulsos, pueden requerir anticoagulación profiláctica y/o terapéutica, inmunosupresores, fármacos que mejoren la microcirculación arterial, ejercicio activo cuando las condiciones musculares lo permiten, control de la función renal".*

A la pregunta ¿la celulitis del miembro inferior afectado, fue la causa de la sepsis en el caso de LUCY PAOLA?, contestó: *"no, la sepsis se inicia por la presencia de tejido necrótico, pero al extenderse a tejido parcialmente viable en la pierna, la sintomatología de sepsis se hace más evidente, de forma que el manejo general de la sepsis contribuye a mejorar todos los focos potenciales de infección incluyendo la celulitis. En este caso efectivamente fue así y al mejorar la celulitis se obtenía un mejor terreno para la amputación supracondílea en el muslo".*

- 2.9.** Dictamen pericial rendido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá D.C. y Cundinamarca respecto de la disminución de la capacidad laboral de la señora LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR, elaborado el 10 de octubre de 2014 (fs. 1066 a 1074, c. Ppal.3), respecto del cual se destaca:

*"III. Descripción de deficiencias % asignado  
Lupus eritematoso sistémico 25,00 Tabla 3.1  
Trastorno depresivo mayor 20,00 Tabla 12,4,5  
Amputación supracondílea de miembro inferior izquierdo 18,00 Tabla 1.86  
Total Deficiencia: **33.60***

**7. PORCENTAJE DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL**  
Deficiencia: 33,60  
Discapacidad: 7,10

Minusvalía: 14,25

**% Total: 54.95**

Estado PCL: Invalidez

Fecha de estructuración PCL: 23/04/2009

Manual: Decreto 917 de 1999..."

- 2.10.** Concepto médico legal del área de psicología y psiquiatría forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses –Regional Bogotá, rendido el 10 de septiembre de 2015 respecto de los señores LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR, OSMAN GONZÁLEZ AGUILAR y GLADYS AGUILAR VARGAS (fs. 1200 a 1237, c. Ppal. 3), respecto del cual se destaca:

"...

*La examinada LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR, presenta un cuadro de Distimia – Depresión Doble, según las clasificaciones internacionales vigentes, entidad que requiere de un manejo psicoterapéutico al menos por 12 meses y psicofarmacológico de forma indefinida.*

*La examinada... presenta un DAÑO PSÍQUICO GRAVE, dado que existe un deterioro de las funciones psíquicas derivado de la ocurrencia del evento motivo de investigación y que ha afectado tanto el área psicológica como las áreas familiar, relacional, de pareja, sexual, laboral y social, y que se manifiesta mediante la presencia de una depresión doble, así como cambios perdurables en su personalidad con la presencia de rasgos ansiosos, depresivos y evitativos, todos estos elementos que han estado presentes en los últimos 3 años afectando de forma importante la funcionalidad.*

*Se considera que la examinada... inicie manejo psicoterapéutico por sicología al menos 2 veces a la semana por un tiempo no menor a 1 año y manejo por psiquiatría de forma indefinida, quien definirá los psicofármacos más indicados para el manejo de síntomas afectivos (ansiosos y depresivos), así como el manejo de los síntomas somáticos asociados.*

...

*El examinado OSMAN GONZÁLEZ AGUILAR, presenta un cuadro de Distimia – Depresión Doble, según las clasificaciones internacionales vigentes, entidad que requiere de un manejo psicoterapéutico al menos por 12 meses y psicofarmacológico de forma indefinida.*

*El examinado... presenta un DAÑO PSÍQUICO LEVE...*

*Se considera que el examinado... inicie manejo psicoterapéutico por sicología al menos 2 veces a la semana por un tiempo no menor a 1 año y manejo por psiquiatría de forma indefinida, quien definirá los psicofármacos más indicados para el manejo de síntomas afectivos (ansiosos y depresivos).*

...

*La examinada GLADYS AGUILAR VARGAS, presenta un cuadro de Distimia – Depresión Doble, según las clasificaciones internacionales vigentes, entidad que requiere de un manejo psicoterapéutico al menos por 12 meses y psicofarmacológico de forma indefinida.*

*La examinada... presenta un DAÑO PSÍQUICO GRAVE, dado que existe un deterioro de las funciones psíquicas derivado de la ocurrencia del evento motivo de investigación y que ha afectado tanto el área psicológica como las áreas familiar, relacional, de pareja, sexual, laboral y social, y que se manifiesta mediante la presencia de una depresión doble, así como cambios perdurables en su personalidad*

*con la presencia de rasgos ansiosos, depresivos y evitativos, todos estos elementos que han estado presentes desde la ocurrencia de los hechos investigados.*

*Se considera que la examinada... inicie manejo psicoterapéutico por psicología al menos 2 veces a la semana por un tiempo no menor a 1 año y manejo por psiquiatría de forma indefinida, quien definirá los psicofármacos más indicados para el manejo de síntomas afectivos (ansiosos y depresivos), así como el manejo de los síntomas somáticos asociados."*

- 2.11.** Concepto médico del Departamento de Medicina Interna de la Facultad de Medicina –Sede Bogotá de la Universidad Nacional de Colombia allegado al proceso el 3 de octubre de 2017, suscrito por Especialista en Reumatología Dr. Yimy Francisco Medina Velásquez (fs. 1339 a 1342/ 1395 a 1403, c.Ppal. 3), respecto del cual se destaca:

*"... Las enfermedades autoinmunes producen oclusión arterial a través de mecanismos como vasculopatía, vasculitis o enfermedad trombótica/embólica. La vasculopatía consiste en una alteración de la capa interna (o íntima) de los vasos sanguíneos que altera su función. El mecanismo es inmune y no inmune. La vasculitis es la inflamación de la pared del o de los vasos sanguíneos por factores inmunes. La enfermedad trombótica (producción de trombo en la pared del vaso) o embólica (viaje a través del torrente sanguíneo y alojamiento a distancia de un trombo formado localmente en un vaso).*

*...La paciente presentó una oclusión arterial de la poplítea izquierda en forma aguda, con antecedentes no claros de lupus eritematoso sistémico, pero por la edad de la paciente (23 años), la probabilidad de una enfermedad autoinmune, como el síndrome antifosfolípido o Lupus Eritematoso sistémico era muy alta.*

*... Los pacientes con sospecha de enfermedad autoinmune se debe estudiar mediante la historia clínica: los síntomas o molestias de enfermedad autoinmune, signos al examen físico, antecedentes personales y familiares. Además, mediante exámenes complementarios como exámenes de sangre para estudio de glóbulos rojos, blancos, plaquetas, función renal, etc.; y anticuerpos específicos para cada enfermedad.*

*Las enfermedades autoinmunes, requieren para su diagnóstico una serie de criterios o elementos para su diagnóstico. Se debe recopilar la suma de ciertos elementos clínicos y de laboratorio mínimos para llegar a los criterios diagnósticos clasificatorios de cada enfermedad, es decir, un solo examen o elemento clínico no hace diagnóstico a diferencia de otras enfermedades (como la diabetes mellitus en que solo con la glicemia se puede llegar al diagnóstico).*

*...La historia clínica se debe hacer indagando los antecedentes personales y familiares de enfermedad autoinmune, revisión por sistemas de signos y síntomas de características autoinmunes, además de exámenes paraclínicos con anticuerpos y otros exámenes de laboratorio para determinar las características o criterios de enfermedad autoinmune.*

*Los criterios diagnósticos de cada enfermedad autoinmune, consta de antecedentes de enfermedades autoinmunes en la familia, antecedentes personales de enfermedad autoinmune y en el examen físico de hallazgos de cada subtipo de enfermedad autoinmune...*

*La Artritis Reumatoide es una enfermedad articular autoinmune, inflamatoria y crónica, que afecta principalmente a las mujeres. Con frecuencia compromete otros órganos distintos a las articulaciones y tiene un impacto adverso en la esfera biopsicosocial por lo que se considera una enfermedad sistémica y no solo articular. Aunque su causa es desconocida, se han identificado factores endocrinos,*

*ambientales y genéticos involucrados en su desarrollo, los cuales pueden variar de una población a otra. Afecta a todas las razas y ha sido descrita en grupos de población de todo el mundo...*

*El anticoagulante lúpico (ACL) es un anticuerpo que tiene especificidad inmunológica dirigido contra unos componentes de algunas células y la pared vascular que contienen cierto tipo de fosfolípidos. Actúa bloqueando la unión de los factores dependientes de vitamina K a las superficies fosfolípídicas de la tromboplastina (Enzima que cataliza la formación de la trombina a partir de la prototrombina durante el proceso de la coagulación). El Anticoagulante lúpico no está dirigido a una proteína de coagulación específica y **NO** se asocian con sangrado, aunque puede prolongar el tiempo parcial de tromboplastina (TPT). El ACL es procoagulante. Clínicamente se manifiesta con eventos tromboembólicos, abortos a repetición y trombocitopenia.*

...

*La valoración del día 26 de diciembre de 2008 no está completamente legible. La valoración por el médico general es urgencias –Triage a las 9:40 del Hospital Tunjuelito por cuadro de 20 días de dolor en pie, cambios de color y frialdad... Aparentemente solo existe la valoración de triage, pero no se encuentra una historia clínica, en donde se registren los antecedentes médicos de la paciente, una valoración y un plan de manejo. No se encuentran registradas las órdenes de salida; pero de acuerdo a las notas de enfermería, se dio su salida difiriendo el Doppler para estudio de una probable causa arterial de la necrosis de los dedos, no se realizó una valoración de medicina interna ordenado inicialmente. No se observa alguna conducta dirigida a tratar la necrosis del pie o a prevenir mayor daño, a tratar la probable causa y a realizar una valoración completa de la causa, las características u las posibles complicaciones de la enfermedad de base.*

*...La paciente según la valoración de triage, presentó una insuficiencia arterial que podía ser de varias causas. Según las historias clínicas realizadas en otras evaluaciones, tenía antecedentes de Lupus eritematoso sistémico (LES). Si bien en la valoración de ese día no había signos y síntomas diferentes de la necrosis del pie izquierdo, ante la sospecha de oclusión arterial que produjera insuficiencia arterial, se debió tomar todas las medidas para detener el daño, evitar la necrosis irreversible y complicaciones potenciales. De otra parte, se debió estudiar la o las causas, entre las que estaba el probable LES que tenía como antecedente e investigar si la necrosis del pie era secundaria al mismo LES o a un síndrome antifosfolípido asociado o primario. Las investigaciones de estas enfermedades se hacen en base a exámenes de laboratorio como anticuerpos y otros exámenes de sangre para establecer la enfermedad. Por lo menos se esperaría que la paciente fuera valorada por un especialista en medicina interna para que se iniciara la atención y los estudios complementarios.*

*... La paciente al tener una insuficiencia arterial y como consecuencia de ello, la necrosis de los dedos del pie izquierdo, requería por lo menos de realizar de forma prioritaria el examen de los vasos arteriales para determinar la probable causa y el nivel de oclusión. Además requirió la valoración del especialista en medicina interna para que dirigiera el estudio y el tratamiento de su enfermedad y sus causas. Luego de esta primera valoración (26/12/2008), se esperaría que se decidiera si requería la valoración de algún otros especialista y de medidas complementarias.*

*...requería iniciar de forma prioritaria un anticoagulante. Estos son claros signos de una oclusión arterial periférica que llevó a una isquemia y a la necrosis del pie izquierdo. En el contexto de la paciente la causa más probable podía ser un estado de hipercoagulabilidad, por su edad y por la ausencia de otros factores de riesgo cardiovasculares..."*

- 2.12. Dictamen pericial rendido por el doctor **Hernán Sepúlveda Martínez**, médico egresado de la Universidad Nacional de Colombia, especialista en Administración Hospitalaria y Cirugía General, quien conceptuó respecto de la atención médica brindada a la paciente LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR (fs. 1416 a 1433, c. Ppal. 3), respecto del cual se destacan los siguientes aspectos relevantes:

"...

*EL síndrome isquémico de origen arterial de las extremidades inferiores es una patología en la que la luz de las arterias es ocluida generando una disminución más o menos severa del aporte de oxígeno a los tejidos irritados por el vaso sanguíneo. Puede ser aguda, subaguda o crónica dependiendo del tiempo de evolución. Su tratamiento está encaminado a destapar la luz del vaso llevar por otras rutas sangre al órgano ya que de no realizarse una intervención adecuada y la corrección de su causa, la oclusión irá aumentando con el tiempo hasta producir la muerte de los tejidos.*

*Sus principales causas en el adulto joven femenino son los síndromes de hipercoagulabilidad, las enfermedades autoinmunes, las enfermedades valvulares cardíacas y los traumatismos.*

*Es crónico cuando los vasos arteriales se ocluyen paulatinamente por enfermedades de la pared del vaso dando lugar a la aparición de circulación colateral hacia la extremidad. Es agudo cuando la ocurrencia de la obstrucción es de instauración repentina ocasionada en general por la aparición de un trombo reciente a la luz del vaso o cuando un embolo migra desde el corazón o un gran vaso y se enclava en una arteria de la extremidad; la sintomatología es un dolor súbito muy intenso y en pocas horas se puede llegar a la necrosis de la extremidad.*

*...Cuando una arteria se ocluye agudamente y aparece una isquemia sí se constituye una emergencia médica debido a que una disminución abrupta del aporte de sangre oxigenada a los tejidos genera una hipoxemia que es la reducción grave del oxígeno en los tejidos. Los tejidos sin oxígeno sufren un proceso de necrosis o muerte de las células. El no corregir la causa de la oclusión arterial a tiempo puede llevar a la necrosis y pérdida de la extremidad.*

...

*El tiempo en que se debe intervenir médica y quirúrgicamente un miembro afectado por un proceso arterial oclusivo agudo es de pocas horas. El tiempo en el que aparece una lesión irreversible por hipoxia es variado y depende de muchas circunstancias clínicas pero se acepta que una extremidad puede tener daños irreparables después de 4 a 8 horas de isquemia total. Este es el tiempo en que los nervios y músculos pueden sufrir necrosis o lesión irreversible. Cuando se sospecha una oclusión arterial aguda se debe de inmediato iniciar anticoagulación plena con heparina o derivados ya que los trombos o émbolos una vez formados van a crecer en minutos y así ocluir más territorios arteriales y capilares e incluso venosos. La intervención quirúrgica o endo vascular se debe realizar en las primeras horas y se acepta que entre más se tarde en retirar el coágulo, menos probabilidad hay de recuperar la extremidad.*

*Para las oclusiones subaguda y crónica el tiempo es más largo y no se puede dar una cifra exacta ya que según la calidad de los tejidos y la circulación colateral pueden variar mucho, pero es deseable que el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la intervención sea del orden de unas horas a pocos días.*

*... La sospecha de una oclusión arterial aguda es completamente clínica: **dolor intenso de inicio súbito, palidez del miembro, disminución de su temperatura, ausencia de pulsos, y disminución de la sensibilidad o parestesias, disminución o ausencia de llenado capilar, disminución en la pulso oximetría de los dedos del miembro, medición de la presión arterial sistólica de los 4 miembros para la determinación del índice tobillo brazo***

**(norma mayor de 1.1) ante la sospecha se debe iniciar la anticoagulación plena y realizar de manera urgente una Doppler arterial y/o una arteriografía. Los dos exámenes y en especial la arteriografía suministra información del estado de los lechos distales o colateralidad del miembro.**

...

**EL cuadro de la paciente es un cuadro que en nota del 29 de diciembre de 2008 dice "De 2 semanas de evolución de frialdad distal en pie izquierdo con dolor en fosa poplítea. La oclusión arterial aguda según se define como un cuadro de inicio súbito. Transcurridas dos semanas después del evento inicial se habla de isquemia crónica. Por lo anterior el cuadro está en el límite agudo y crónico y se puede clasificar como subagudo."**

- ✚ Sobre el contenido de los reportes de la historia clínica en un paciente con las características presentadas por la paciente en el presente caso refirió:

*"La historia clínica de una oclusión arterial de los miembros inferiores debe contener la siguiente información:*

*Interrogatorio: tiempo de evolución, fecha y hora exacta del inicio de los síntomas, posibles eventos relacionados con el inicio de los síntomas, interrogatorio sobre claudicación intermitente, dolor en reposo o con el movimiento, con la bipedestación o con la posición acostada, fenómeno de Raynaud. Antecedentes personales con patologías cardíacas, enfermedad autoinmune, medicamentos, traumatismos. Antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes o cardíacas embólicas, artritis, lupus, enfermedades del colágeno (conectivopatías)... en la nota del 19 de diciembre de 2008 se puede observar. Dolor pie: No se anota si su instauración fue aguda o insidiosa, a intensidad es importante 8/10 limitando la marcha, el tipo de dolor se anota pero es ilegible, no se anota la irradiación, Parestesias, no se anota. Palidez o cianosis, no se anota nada sobre la coloración. Pulsos, se nota y se dice estar presentes pero no hay detalle de su valoración. Alteración motora, no se anota. Temperatura, no se anota. Llenado capilar, no se anota. Signos de infarto muscular, no se anotan. Signos de infarto cutáneo, no se anota estado de la piel. Todos los signos anteriores deberían ser registrados en el examen físico ya que son muy importantes principalmente en casos de patología vascular ya que son claves en el diagnóstico de una isquemia de un miembro, la patología más grave que se puede presentar en una extremidad... no veo ninguna anotación sobre examen físico de los miembros inferiores. Considero que para dar egreso una nota completa debe tener síntomas (subjetivo), examen físico y evaluación de exámenes (objetivo), análisis y plan debido a que estos cuatro elementos son básicos y protocolarios en cualquier historia clínica máxime en la última nota que es la de egreso...*

- ✚ Sobre la atención médica brindada a la paciente LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR a partir de la lectura de la historia clínica precisó:

*"El día 19 de diciembre de 2008 13:24 horas hay una historia clínica de H. Tunjuelito el que se anota como motivo de consulta "dolor en pie izquierdo". En la historia el espacio "Revisión por sistemas" aparece en blanco. La importancia de la revisión por sistemas radica en que se puede en esta obtener información valiosa de aspectos de cada uno de los órganos y sistemas del paciente de síntomas o enfermedades asociadas que pueden tener o no relación con el motivo de consulta. La presencia de enfermedades o síntomas o enfermedades asociadas pueden agravar el cuadro clínico o revelar asociaciones que ayudan al buen diagnóstico y al buen tratamiento y un manejo realmente integral del paciente... A mí modo de ver y con el antecedente de artritis reumatoide y anemia, más el manejo con corticoides y diclofenaco que se anota en los antecedentes, no es adecuado dar salida a una paciente con dolor 8/10 con una fórmula que la paciente ya venía tomando y sin hacer el diagnóstico*

diferencial de alguna patología vascular ya que las enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide se relacionan en ocasiones con enfermedades del colágeno y eventos trombóticos y embólicos vasculares... La paciente sí reconsulta el 26 de diciembre de 2008. En la nota de triage y de consulta sí se anota cuadro de 20 días de dolor en el pie con cianosis de los dedos, frialdad y necrosis de artejo, llenado capilar de más de 2 segundos, pulso medio disminuido en intensidad. **Estos hallazgos son conclusivos de una obstrucción de las arterias que irrigan el pie. De las 6 P que menciona la semiología de una oclusión arterial tiene: Déficit de pulso (pulseness: Ausencia o disminución de pulso). Cambios de temperatura (Pikilothermia: cambios de temperatura). Cambios de color... palidez o cambios de color... dolor a la palpación... adormecimiento... hormigueo... El llenado capilar de más de 2 segundos también es sugerente de una isquemia arterial. Todos estos hallazgos semiológicos obligan a pensar en el diagnóstico de isquemia arterial y que todos ellos clínicamente hablan de una isquemia crítica, es decir, una isquemia que puede llevar a la necrosis y pérdida del miembro. Los síntomas y signos son evidente de una oclusión arterial... era mandatorio la realización de un examen Doppler arterial y una valoración urgente por el servicio de cirugía general o cirugía vascular. La importancia del Doppler radica en que es un examen rápido, económico y fácilmente disponible que permite de forma objetiva valorar el flujo de sangre que corre por las arterias y venas y de esta forma confirmar la sospecha clínica de obstrucción arterial. Puede valorar también sin la obstrucción es aguda, subaguda o crónica según la calidad ecográfica de embolo o trombo. La urgencia de valoración por cirugía general o cirugía vascular radica en el hecho de que se trata de una isquemia crítica es decir de un miembro en riesgo de necrosis. Los estados de isquemia crítica deben ser manejados de forma urgente con anticoagulación más un manejo quirúrgico o endovascular... la paciente debió ser manejada por un tercer nivel de atención desde el inicio.**

**... a la paciente se le da salida el 26 de diciembre con los siguientes hallazgos clínicos: "frialdad, necrosis arteal, dolor a la palpación, pulsos pedio disminuido en intensidad, llenado capilar mes de 2 segundos y equimosis en 1/3 distal del MII" aunado al dolor y disestesias y coloración negral del pie. Todos estos signos hablaban de que el miembro estaba isquémico por lo que no considero que el manejo ambulatorio fuera el adecuado. A mi parecer la paciente debió haber sido hospitalizada o remitida de manera urgente... En la ESE H. Tunjuelito no realizó toma de Doppler arterial indicado por el médico, no inició la anti coagulación plena indicada, no se realizó la valoración los especialistas de cirugía y no se remitió a un tercer nivel de atención a la paciente cuando estas conductas eran necesarias...**

- ✚ Respecto de la remisión urgente que hizo médico particular consultado por la paciente, que evidenció su diligencia para auscultar en las razones de su enfermedad con intención de buscar alivio o cura y, en relación con la atención médica brindada en el HOSPITAL EL TUNAL III NIVEL E.S.E. entre el 29 y el 31 de diciembre de 2008, conceptuó:

**"La nota de Triage No. 121262 del Hospital El Tunal del 29 de diciembre de 2008 anota en el motivo de consulta "remitida por médico particular por obstrucción completa de arteria poplítea izquierda" y en los hallazgos positivos anotan "aceptable estado general, presente frialdad e hipo perfusión distal del miembro inferior izquierdo" hallazgos compatibles con el diagnóstico del médico particular que remitió. La obstrucción total de la arteria poplítea es un evento en el cual hay ausencia de flujo de sangre desde el muslo hacia la pierna, produciéndose**



*una disminución del aporte de oxígeno hacia los tejidos de la pierna y que de no tratarse puede llevar a necrosis de la pierna con requerimiento de amputación del miembro. La obstrucción de la arteria poplítea es especialmente grave debido a que es la única arteria que lleva sangre del muslo a la pierna y en personas jóvenes no hay ramas colaterales que suplan de forma suficiente este aporte de sangre a los tejidos de la pierna. Constituye en general una urgencia quirúrgica cuando el proceso es agudo o subagudo... El Dúplex Scan color arterial de miembros inferiores (ó Doppler+ecografía bidimensional a color) del lunes 29 de diciembre de 2008 realizado por el Dr. Oscar Giraldo Neira tiene como conclusión "Obstrucción de la poplítea en su tercio medio y distal con débil señal de los vasos infra poplíteos que llenan por colaterales"... significa que el aporte de sangre a los tejidos de la pierna es mínimo por consiguiente hay riesgo de hipoxia en las células."*

*"...El TPT (o PTT por sus iniciales en inglés) reportado en nota el 31 de diciembre a las 16:30 dice que estaba en 122 segundos. El TPT o Tiempo Parcial de tromboplastina es una prueba general del sistema de coagulación que da una idea general del funcionamiento del mismo. Sus valores normales varían según los reactivos utilizados, pero puede oscilar normalmente entre 20 a 40 segundos. El hecho del que TPT esté prolongado a más del doble indica una alteración del sistema de la coagulación y debe ser estudiado para aclarar el origen de ésta anomalía. Se puede interpretar que el paciente no coagula la sangre de forma adecuada o que existe una sustancia en la sangre que prolonga este valor de manera anormal (ej. El anticoagulante lúpico)... ante la presencia de un TPT prolongado se deben realizar estudios hematológicos especializados. Dichos estudios pueden ser realizados de forma hospitalaria o ambulatoria dependiendo de la condición clínica del paciente. Si presenta una patología que ponga en riesgo su vida es mejor realizarlos de manera pronta con el paciente hospitalizado.*

*...Un diagnóstico de Oclusión de la arteria poplítea implica una subsecuente valoración por los servicios de cirugía general o cirugía vascular ya que son estos especialistas los más idóneos para tratar la patología, esto debido a que en muchas ocasiones esta requiere de la realización de una cirugía. **En revisión de historia clínica de los días 29, 30 y 31 de diciembre de 2008 no encuentro en las notas ni en las órdenes solicitud de valoraciones por cirugía, ni anotaciones hechas por especialista en cirugía...no hay anotaciones sobre hospitalización en un servicio específico ni tampoco hay evidencia de estar en una cama numerada. No encuentro ninguna "Nota de enfermería" que sustente dónde se encontraba la paciente...el 29 de diciembre a las 19:15 medicina general solicita valoración por el servicio de medicina interna. El 30 de diciembre 2008 sin anotar la hora es valorada por el Dr. Luis H. Bautista de Medicina Interna quien elabora una nota de solo 7 renglones cuyo texto completo es el siguiente: "22 años O+. Obstrucción arteria poplítea izquierda. Se interroga un Sx antifosfolípido. Plan Anti coagulación con enoxaparina 60 Mg c12 H estudio APS" y no anotan nada más. No hay signos vitales, ni anamnesis ni revisión por sistemas ni examen físico ni anotan para clínicos ni análisis ni diagnósticos finales, nota que a todas luces no cumple con los atributos de una buena historia clínica...En las notas elaboradas entre el 29 y el 31 de diciembre solo se anota el 31 de diciembre un TPT en 122 segundos. No hay más registros de exámenes en la historia clínica revisada que ayuden a profundizar en el diagnóstico...***

- ✚ Referente con la atención médica brindada el **2 de enero de 2009** cuando la paciente reconsulta luego de haber pedido salida voluntaria el 31 de diciembre de 2008, esto es, 2 días después, cuestionó:

*"...En la nota de Triage 120955 del 2 de enero de 2009 06:56 horas se anota en el*

Motivo de consulta "Paciente con antecedente de trombosis venosa profunda, Sd. Antifosfolípido en tto con HNPM consulta por cefalea y dolor torácico. Luego...08:10 horas se anota motivo de consulta "Dolor en pierna, pie izquierdo dolor del pecho y en el diagnóstico aparece 1. Sx antifosfolípido 2. TVP x historia clínica (trae Doppler) 3. Dolor torácico... 16:20 anotan presencia de TVP. Hasta ese momento no hay evidencia de exámenes que hagan diagnósticos de VP (Trombosis venosa profunda) por lo que es probable que se haya confundido el diagnóstico de trombosis arterial con el de trombosis venosa..."

La evolución sucesiva en el Hospital el Tunal se resume a continuación.  
Ingresa el 2 de enero 8:10 cuando anotan en el examen físico de los miembros "No edemas" sin más información. No informan pulsos ni sensibilidad, ni llenado capilar, ni temperatura ni color del miembro afectado. El 2 de enero a las 16:20... No edemas ROT ++/++++, presencia de TVP, no anotan hallazgos del miembro afectado.  
El 3 de enero a las 9 a.m. el especialista Danilo Arévalo Neumólogo intensivista anota término que no se puede leer "Extr ocmuia pspasia"... hay una nota de 7 renglones con letra ininteligible que anota al final "igual manejo"... **sale el 3 de enero no se anota la hora por orden del especialista en medicina interna Dr. Danilo Arévalo con fórmula de enoxaparina 60 mg sc c 12 y control por consulta externa de medicina interna de forma ambulatoria, pero no hace descripción del examen físico ni del estado del pie de la paciente por lo que no se puede determinar cómo fue el estado en el miembro inferior evolucionó ese día"...**

- ✚ En cuanto a la valoración realizada el **12 de enero de 2009 por el HOSPITAL TUNJUELITO II NIVEL E.S.E.** se refiere:

"...No hay una relación detallada de cada uno de los sistemas. Los pacientes con LES (Lupus Eritematoso Sistémico) pueden tener sintomatologías de varios sistemas que no fueron adecuadamente interrogados. (De ahí la denominación de Sistémico)... En la nota de remisión anota además: "Dedos de las manos con edema de articulaciones dedos en salchicha?". Presenta signos de necrosis y equimosis en dedos de pie izquierdo pulsos disminuidos". Análisis: Varias palabras son ilegibles... el examen físico adolece de información básica a saber: inspección: color, tiempo de llenado capilar, descripción detallada de la localización y extensión de las zonas de necrosis, los pulsos femoral, poplíteo, pedio, tibial posterior, temperatura, medición de diámetros de la pierna. Auscultación: medición de tensión arterial sistólica en los cuatro miembros, determinación de los índices tobillo, brazo derecho e izquierdo, búsqueda de soplos que indiquen estenosis arterial... Reumatología...el médico en su calidad de especialista no solicita ningún examen para estudiar enfermedades del colágeno. Además, teniendo una patología vascular periférica (PVP) no se remite al servicio de cirugía general ni al servicio de cirugía vascular periférica... la nota en la historia clínica... tiene fallas en su legibilidad y adolece de elementos semiológicos básicos que son de obligatoria evaluación en una paciente con obstrucción arterial poplíteo y una sospecha de LES. No se ordena ningún examen para el estudio de una enfermedad del colágeno y no se remite al cirujano quien es el médico encargado de tratar una obstrucción de la arteria poplíteo por lo que considero que la información registrada en la consulta puede ser calificada como no idónea.

- ✚ En relación con la valoración realizada el **17 de marzo de 2009 en el HOSPITAL EL TUNAL III NIVEL E.S.E.** se conceptuó:

"...se solicita interconsulta a Cirugía Vascular. La nota de cirugía vascular Dr. Álvaro Delgado Beltrán Cirujano vascular valora a la paciente el 15 de marzo 11:50. **La interconsulta por cirugía vascular fue respondida de manera oportuna pero dicha interconsulta fue solicitada muy tardíamente dentro del contexto de la enfermedad actual de la paciente ya que la primera consulta fue el**

**19 de diciembre de 2008 por un cuadro típicamente vascular y solo es valorada por cirugía vascular 3 meses después...** los hallazgos de la consulta fueron: "De 2 meses dolor intenso de los dedos de los pies. Hace 8 días necrosis de 5to dedo cara posterior de 4 y 3 er dedo pie izquierdo. Antecedentes TVP MII tto Fraxiparina 1C/día. Examen físico: Miembro inferior izquierdo necrosis dedos 3,4 y 5 pie izquierdo. Pulso femoral (++) poplíteo (+) tibial posterior (-) pedio (-) Cianosis de pie. Frialdad, llenado capilar mayor a 3 segundos. Se hace diagnóstico de Ateroembolia MII (Sx de dedos azules) EAOC Fontaine IV. Sd. Hipercoagulabilidad. Ant TVP y solicita Dúplex arterial e indica anticoagulación plena con heparinas de bajo peso molecular y hospitalización por cirugía vascular.

La paciente venía siendo anticoagulada de manera profiláctica ya que la dosis de anticoagulante (fraxiparina) una vez al día no es la dosis de anticoagulación plena. La dosis de anticoagulación trombótico instaurados debió ser desde el inicio dosis de anticoagulación plena y no de profilaxis.

... No hay ningún registro posterior en esta hospitalización (17 al 19 de marzo de 2009). No encuentro información sobre nuevas valoraciones de cirugía vascular ni epicrisis ni orden de salida. Nuevamente el 24 de marzo de 2009 hay una hoja de Triage 129953 con motivo de consulta de dolor en pie izquierdo de 15 días con cianosis. Se pasa a consulta, se valora y se da salida con control por consulta externa prioritaria de cirugía vascular y continuar manejo instaurado que según los antecedentes farmacológicos anotados... son Cloroquina, prednisona, tramadol, naproxeno (No anotan anticoagulantes). NO hay notas de la historia clínica del Hospital El Tunal. No hay información disponible sobre el plan final de manejo al egreso del Hospital El Tunal...

✚ **Sobre la atención médica en general recibida por la paciente conceptuó así:**

"... En general la realización de las actividades en salud realizadas en la paciente Luzy Paola presentaron notorias tardanzas y se enumeran:

Fecha de la primera consulta 19 de diciembre de 2008 en hospital de Tunjuelito

Fecha de la primera valoración por el cirujano 17 de marzo en Hospital el Tunal

Fecha de toma de primer Doppler 29 de diciembre de 2008

Fecha de primera intervención terapéutica medica con anticoagulantes 29 de diciembre de 2019 (sic)

Fecha de la primera intervención quirúrgica 16 de abril de 2009

Estos tiempos de espera son inaceptables teniendo en cuenta que la en el sistema de dolor agudo de los miembros inferiores la patología más grave que se debe siempre descartar son los eventos vasculares arteriales o venosos máxime en pacientes con factores de riesgo como lo son las enfermedades del colágeno. La oclusión aguda venosa o arterial debe ser tratada den cuestión de horas debido a sus potenciales riesgos de muerte o pérdida de la extremidad. En este caso el diagnóstico y manejo de la paciente no tomó horas sino semanas y meses.

**Mirando retrospectivamente cada una de las acciones claves que requería la paciente tuvieron demoras inadmisibles lo que junto con la enfermedad de la paciente llevaron a la pérdida del miembro"**

"... En cualquier enfermedad grave el factor tiempo es decisivo. Una demora en el diagnóstico y el tratamiento de una afección pueden significar la pérdida de un órgano o función o la pérdida de la vida del paciente. Hablando de la enfermedad arterial oclusiva, patología en la cual se disminuye el aporte de oxígeno a los tejidos, la consecuencia final es la necrosis con pérdida de órgano. El tiempo de hipoxia se mide en minutos y por eso las acciones deben ser oportunas, considerándose el evento una real urgencia. Una intervención oportuna tal y como una buena y completa valoración clínica, una atención oportuna por el cirujano y la determinación de una conducta quirúrgica hubiera podido en ese momento salvar la extremidad de

*la paciente. Una vez hecho el diagnóstico de oclusión arterial se debe por definición tratar de destapar el vaso bien sea con métodos farmacológicos o quirúrgicos. Estas intervenciones quirúrgicas se realizaron muy tardíamente cuando ya existía necrosis de los tejidos. Entre más oportuna es la desobstrucción del vaso más tasa de éxito hay, debido a que el trombo después de los primeros 3 a 5 días experimenta un proceso de organización con fibrosis del interior del vaso, lo que indefectiblemente daña el delicado endotelio del vaso. Además, los territorios necrosiados ya no se pueden recuperar ya que es tejido muerto. En conclusión, sobre la paciente Lucy Paola González Aguilar se realizaron atenciones médicas inoportunas y con muchas falencias en su calidad..."*

- 2.13.** Declaración de la señora **Flor María Rey Baquero**, de ocupación ama de casa, quien refirió conocer a la paciente LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR desde hace "23 años" porque son amigas. Refiere haber acompañado a la paciente desde el momento en que presentó los síntomas clínicos por los cuales consultó en diciembre de 2009, refirió situaciones temporo modales que se vivieron antes, durante y después de la amputación de la pierna izquierda de su amiga. Refiere ser testigo de sus constantes depresiones, dificultad para movilizarse y realizar actividades propias e independientes, es decir que depende netamente de otra persona para poderse mover con tranquilidad. Refiere que la paciente practicaba el baloncesto como deporte antes de la ocurrencia de los hechos materia de debate. También declaró sobre la conexión emocional que tiene la anotada demandante con su núcleo familiar más próximo y su tía Jacqueline (fs. 688 a 692, continuación C.Ppal.1 a partir del folio 603).
- 2.14.** Declaración de la señora **Celinia Coba Gordillo**, de ocupación ama de casa, quien refirió conocer a la paciente LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR desde hace aproximadamente "5 años" porque es la novia y amiga de su hijo, JUAN DAVID BAUTISTA COBA. Refiere haber acompañado a la paciente desde el momento en que presentó los síntomas clínicos por los cuales consultó en diciembre de 2009, refirió situaciones temporo modales que se vivieron antes, durante y después de la amputación de la pierna izquierda de su nuera, como también relata el impacto que ella percibió tuvieron estos acontecimientos en el estado anímico de su hijo, la manera en cómo este dejó de interactuar con su núcleo social y laboral por estar más pendiente de su pareja sentimental. Afirma que considera una causa probable de la ruptura entre ellos dos, la situación depresiva por la que atraviesa LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR a raíz de la pérdida de su pierna (fs. 693 a 701, continuación C.Ppal.1 a partir del folio 603).
- 2.15.** Declaración del señor **Jair Alonso Rubio Bermúdez**, de ocupación empleado en Concrexol S.A, quien refirió conocer al señor JUAN DAVID BAUTISTA COBA, por tratarse de su compañero de trabajo hasta no hace más de dos meses a la fecha en que rindió la declaración. Refiere haber acompañado a su amigo durante el tiempo que se dieron los hechos materia de debate, asegura ser testigo del impacto que tuvo la enfermedad de la novia de aquél y la posterior pérdida del pie, porque notó su aislamiento progresivo y cambio de rutinas sociales para destinar tiempo al cuidado y atención de su novia, refirió ser testigo los sentimientos de tristeza expresados por aquél con ocasión a lo que le sucedió a ella. Refiere que el demandante cambió su estadía permanente en la ciudad de Bogotá debido al cambio de trabajo (fs. 702 a 705, continuación C.Ppal.1 a partir del folio 603).
- 2.16.** Declaraciones de las señoras **Liby Yazmín Sánchez Aguilar** (prima de la víctima directa de lesiones); **Diana Marcela Barón Pardo** (amiga de la víctima directa de lesiones y su progenitora); **Gladys Aguilar Vargas** (progenitora de la víctima directa de lesiones); y **Melba Inés Aguilar Vargas** (tía de la víctima directa de lesiones), quienes declararon situaciones temporo modales que se vivieron antes, durante y después de la amputación de la pierna izquierda de LUCY PAOLA GONZÁLEZ

AGUILAR, y la manera en como esto repercutió en su entorno familiar, social y laboral en todos los miembros del núcleo familiar primario (fs. 609a 721, continuación C.Ppal.1 a partir del folio 603).

### **3. Análisis probatorio. Hechos probados.**

A partir del material probatorio anteriormente relacionado es posible determinar que la señora LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR para la época de los hechos materia de debate era una joven de 23 años de edad, con antecedentes de artritis reumatoide y anemia, que consultó por el servicio de urgencias del Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E. el 19 de diciembre de 2008, por presentar dolor en su pie izquierdo con 2 semanas de evolución, de intensidad 8/10 tipo ardor que limita la marcha, por lo que es diagnosticada en un primer momento con artralgia de pie izquierdo (pruebas 2.1, 2.2. y 2.3).

Que el 29 de abril de 2009 fue sometida a una amputación de su pie izquierdo por encima de rodilla por presentar una oclusión total de su arteria poplítea que impidió la irrigación sanguínea a su extremidad y provocó la necrosis o muerte del tejido y posterior celulitis, por lo que fue necesario someterla a tratamiento previo a realizar la amputación definitiva (pruebas 2.1., 2.2, 2.3, 2.7 y 2.8).

Que la causa de obstrucción fue un coágulo que se trombosó en la parte posterior de su pierna izquierda por debajo de la rodilla. Que el origen de la formación anormal de estos coágulos de sangre en pacientes jóvenes como ella, está marcado por la presencia de enfermedades autoinmunes como un síndrome antifosfolípido severo, síndrome hipercoagulable, lupus eritematoso sistémico (enfermedades autoinmunes que el mismo organismo ataca sus estructuras), todas estas que para el caso de la paciente en contexto, se presentaron paralelamente y que se manifestaron atacando las arterias de miembros inferiores, algunas arterias del cerebro y algunas arterias del pulmón que hicieron que la paciente presentara hipertensión pulmonar severa. Constituyendo estas enfermedades de base (pruebas 2.1., 2.2, 2.3, 2.7, 2.8 y 2.11).

Que, a pesar de presentar antecedentes claros que podrían sugerir la presencia de una enfermedad autoinmune, por cuanto la artritis en sí misma es un tipo de enfermedad autoinmune, la conducta médica asumida por los galenos que la atendieron en un primer momento en el Hospital Tunjuelito y en El Tunal no se direccionó a encontrar la causa de la obstrucción, sino solamente se ofreció un tratamiento paliativo para manejar el dolor, pero no para controlar la frialdad distal y la insuficiencia de irrigación sanguínea que ya mostraba signos clínicos desde la consulta del 19 de diciembre de 2008 (pruebas 2.1., 2.2, 2.3, 2.7, 2.8 y 2.11).

Aunque está demostrado que estas enfermedades cursan por una clínica completamente asintomática durante muchos años, cuando dan sintomatología generalmente los procesos autoinmunes ya están bien avanzados y, generalmente a pesar de la implementación de tratamientos acordes, la pérdida de alguna parte de las extremidades resulta prácticamente inminente, también se demostró que el factor tiempo resulta preponderante para evitar que la pérdida se de en una mayor escala, pues entre más tiempo pase es mayor el tejido blando que se compromete, lo que puede llevar incluso al deceso del paciente. (pruebas 2.7, 2.8 y 2.14).

Sobre la importancia del tiempo en el manejo de las enfermedades que presentaba la

paciente se acreditó que "lo ideal es que el diagnóstico siempre se haga lo más temprano posible" y en el caso particular de esta paciente, se obvió toda su sintomatología desde el primer momento, solo se evidencia conductas médicas asertivas en la consulta del 11 de abril de 2009 por parte del equipo médico del Hospital Occidente de Kennedy (pruebas 2.11).

También se encuentra acreditado que los signos clínicos que se presentan en una enfermedad autoinmune que pueda dirigir su diagnóstico está la oclusión o trombosis arterial (pruebas 2.11 y 2.12).

Respecto al síndrome antifosfolípido severo, síndrome de hipercoagulabilidad y lupus eritematoso sistémico está acreditado que son enfermedades autoinmunes que lo que hacen en el organismo es atacar los linfocitos, "reconocen como células extrañas a células de órganos que están normales, entonces estas células lo que hacen es encargarse de destruir esas células, en una persona normal esos linfocitos son como los soldados que se encuentran en la sangre y cuando encuentran una bacteria o virus que llega al organismo, ellos se encargan de atacarlo y destruirlo... el lupus y el síndrome antifosfolípido, estos... linfocitos se descontrolan o hacen como si algo los hipnotizara y ataca, cree que todo es malo. En el síndrome hipercoagulable, es como una consecuencia de lo que está pasando con ese ataque, como la gran mayoría de lo que ataca es normal, entonces hay mucha actividad en el torrente sanguíneo, hay gran cúmulo de linfocitos que atacan y eso forma grumos en los vasos sanguíneos y forma coágulos" (pruebas 2.7).

A partir de lo anterior, conforme con las consideraciones expuestas por el juez de instancia la Sala estima que su sentencia habrá confirmarse en el sentido de considerar que el daño antijurídico ha reconocer, no es la pérdida o amputación del miembro inferior izquierdo de la paciente LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR, sino la pérdida de oportunidad o chance de recibir un tratamiento oportuno y asertivo que le hubiera permitido, sí no la preservación total de su extremidad, al menos si gran parte de ésta, con lo que se hubiera podido evitar un perjuicio con las magnitudes que ahora percibe la demandante y su núcleo familiar, pues se entiende que el impacto que genera en la interacción social de la paciente con todo su entorno no habría de ser tan drástico si hubiera perdido algunos dedos de su pie izquierdo y no la totalidad de la extremidad desde la rodilla, como en efecto aconteció (Pruebas 2.7, 2.8, 2.10, 2.11 y 2.12).

Si bien está acreditado que, las enfermedades autoinmunes de base presentadas por la paciente fueron un condicionante clave en la producción del daño discutido por la parte demandante, es decir, el representado en la pérdida definitiva de la extremidad y que éstas resultan ser un factor preponderante en la posibilidad cierta y concreta de haber preservado la extremidad ante un diagnóstico y tratamiento oportunos, también lo es que, definitivamente a la paciente se le negó una atención médica oportuna, de calidad, asertiva, completa y acorde con el cuadro clínico que manifestó desde el primer momento en que se hicieron notar sus afecciones, por parte de los Hospitales Tunjuelito y El Tunal E.S.E. representados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., quienes desconocieron la *lex artis* aplicable a casos como el presentado por la señora LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR (Pruebas 2.11 y 2.12).

Para la Sala existen pruebas que aportan convicción sobre el papel que significó la actitud de la víctima de lesiones en la producción del resultado porque decidió rechazar el tratamiento instaurado por el Hospital del Tunal en dos oportunidades, pues constituyen un

indicio en contra suya, sin embargo no son absolutamente determinantes en la producción definitiva del resultado, pues no había una conducta médica clara o por lo menos, no se evidencia una clara intención por parte de este centro hospitalario, de indagar asertivamente la etiología del cuadro clínico presentado por la paciente, no ofrecían mayor tratamiento o plan terapéutico que dejarla en observación, cuando lo que debieron haber hecho desde el mismo momento en que se sospechó la enfermedad autoinmune, fue convocar una valoración interdisciplinaria que interpretara la complejidad de su cuadro y les permitiera actuar a tiempo. (Pruebas 2.2, 2.11 y 2.12).

Siendo el tiempo un factor preponderante ante la necrosis de un tejido o una parte del cuerpo, este no fue valorado por el equipo médico que la atendió en el aludido hospital, aún cuando su nivel de complejidad le exigía tal conducta, pues deberían contar con todo lo necesario para hacer un diagnóstico y tratamiento oportunos. De manera que la Sala comparte las apreciaciones que en este sentido realizó el *a quo*, y la morigeración de la responsabilidad en cabeza de la víctima con una asignación del 30% y del 70% para los Hospitales Tunjuelito y El Tunal E.S.E. representados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. (Pruebas 2.11 y 2.12).

En lo que respecta a los planteamientos en cuanto al reconocimiento de perjuicios, en primer lugar, la Sala considera acertado el reconocimiento que se hizo en favor del que fuere el novio de la señora LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR para la época de los hechos, esto es, el señor JUAN DAVID BAUTISTA COBA, quien hasta hace no mucho mantuvo su relación con ella, pues no debe olvidarse que además de su relación de noviazgo son amigos, circunstancia que no fue desmentida a lo largo del proceso, por el contrario, con las declaraciones recaudadas, da cuenta de un acompañamiento real, y de su aflicción por el sufrimiento percibido en su ser querido, de manera que la sentencia apelada también será confirmada en este aspecto (Pruebas 2.13, 2.14, 2.15 y 2.16).

En relación el reparo presentado por la parte demandante en lo que corresponde a la manera en cómo se liquidó el perjuicio moral y material, la Sala considera confirmar la sentencia del *a quo* en sentido también, porque en el presente caso no se está indemnizado plenamente el daño antijurídico deprecado por los demandantes consistente en la pérdida de la extremidad de la señora LUCY PAOLA GONZÁLEZ AGUILAR, sino por el contrario la pérdida de oportunidad o chace que se le restó de recibir tratamiento oportuno que le hubiese significado preservar la mayor parte de su extremidad amputada, de manera que la forma en que se hace este reconocimiento varía de un caso al otro.

Sin embargo, de acuerdo con el estado actual de la jurisprudencia, no es procedente una condena en razón de perjuicios materiales (daño emergente y lucro cesante) ni daño a la salud, comoquiera que esos perjuicios tienen causa directa en el daño final, el cual no se indemniza, por lo tanto, se revocará el reconocimiento que se realizó por concepto de lucro cesante consolidado y futuro (Pautas de indemnización en acápite 5.6 del acápite de Consideraciones).

#### **4. Costas Procesales.**

En atención a que el artículo 171 del Código Contencioso Administrativo contempla la condena en costas únicamente para la parte vencida en el proceso, considera la Sala que en el presente caso no procede tal condena, al no existir prueba que la justifique.

En mérito de lo expuesto, la Subsección "C" del de la Sección Tercera del Tribunal Administrativo de Cundinamarca, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

**FALLA**

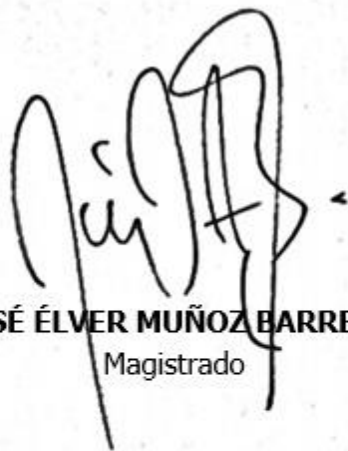
**PRIMERO: REVOCAR** los numerales noveno y décimo de la parte resolutive de la sentencia proferida por el Juzgado 63 Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá D.C, conforme a lo expuesto en la parte motiva de esta decisión.

**SEGUNDO: CONFIRMAR** en todo lo demás la sentencia apelada, conforme a lo expuesto en la parte motiva de esta decisión.

**TERCERO:** Sin condena en costas.

**CUARTO: DEVOLVER** el expediente al Juzgado de origen para lo de su competencia.

**CÓPIESE, NOTIFÍQUESE, CÚMPLASE**



**JOSÉ ÉLVER MUÑOZ BARRERA**  
Magistrado



**MARÍA CRISTINA QUINTERO FACUNDO**  
Magistrada



**FERNANDO IREGUI CAMELO**  
Magistrado