

República de Colombia



**TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA  
– SECCIÓN TERCERA – SUBSECCIÓN “C”  
ESCRITURALIDAD**

**MAGISTRADA PONENTE: MARÍA CRISTINA QUINTERO FACUNDO**

Bogotá, D. C., diecinueve (19) de agosto de dos mil veintiuno (2021).  
(Proyecto discutido y aprobado en Sala de la fecha)

<b>Expediente</b>	<b>110013331037 2009 00339-01</b>
<b>Sentencia</b>	<b>SC3-08-21-2384</b>
<b>Acción</b>	<b>REPARACIÓN DIRECTA</b>
<b>Demandante</b>	<b>SANDRA MILENA ACOSTA GÓMEZ Y OTRA</b>
<b>Demandado</b>	<b>CAPRECOM Y OTROS</b>
<b>Asunto</b>	<b>APELACION SENTENCIA</b>
<b>Tema:</b>	<b>PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL SERVICIO MÉDICO</b>

**Del 16 de marzo al 01 de julio 2020, estuvieron suspendidos los términos judiciales**, de conformidad con lo establecido en los Acuerdos PCSJA20-11517, PCSJA20-11518, PCSJA20-11519, PCSJA20-11521, PCSJA20-11526, PCSJA20-11527, PCSJA20-11528, PCSJA20-11529, PCSJA20-11532, PCSJA20-11546, PCSJA20-11549, PCSJA20-11556 y PCSJA 20- 11567, proferidos por el Consejo Superior de la Judicatura, por motivos de salubridad pública y fuerza mayor con ocasión de la pandemia originada en el coronavirus - COVID-19.

**Cumplido por la Magistrada Sustanciadora el trámite previsto en el Código Contencioso Administrativo- CCA**, para el procedimiento ordinario, encuentra para que la Sala provea.

## **I. OBJETO DE LA DECISIÓN**

Desatar el recurso de apelación interpuesto por la activa y la pasiva, **para que respectivamente, se modifique parcialmente, y se revoque la sentencia** calendada veintinueve (29) de marzo de dos mil diecinueve (2019), proferida por el Juzgado Sesenta y Cinco (65) Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá, **que accedió parcialmente a las pretensiones de la demanda.**

## **II- ANTECEDENTES**

### **2.1. DEMANDA Y ARGUMENTOS DE LA ACTIVA**

Las señoras FLOR ALBA GÓMEZ CORTÉS, y SANDRA MILENA ACOSTA GÓMEZ, actuando a través de apoderado judicial y por vía del medio de control de reparación directa, promovieron demanda contra la CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES - CAPRECOM y OTROS., a efectos que se reparen los perjuicios que les fueron causados con ocasión de la muerte del señor VICENTE ACOSTA JARA, cónyuge y padre de las demandantes respectivamente, en hechos ocurridos el 7 y 8 de septiembre de 2007, en las instalaciones de las entonces denominadas CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA DE CHAPINERO y CLÍNICA SAN PEDRO CLAVER, establecimientos pertenecientes a la extinta ESE LUIS CARLOS GALÁN SARMIENTO.

En la descrita secuencia, se formulan las siguientes **pretensiones**:

*"1.- La NACIÓN- I.S.S. ESE LUIS CARLOS GALÁN SARMIENTO EN LIQUIDACIÓN- CLINICA SAN PEDRO CLAVER, LA NUEVA. EPS, LA CORPORACIÓN UNIVERSITARIA JUAN CIUDAD - HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR, Antigua clínica SAN PEDRO CLAVER, Y NACION CAPRECOM E.P.S. Son administrativamente responsables por falla en el servicio que condujo a la muerte de VICENTE ACOSTA JARA acaecida el 8 de septiembre de 2007.*

*2.- En consecuencia, condenar a dichas entidades como reparación del daño ocasionado a cancelar el valor de los **perjuicios morales** sufridos por FLORALBA GOMEZ CORTES y SANDRA MILENA ACOSTA GOMEZ con ocasión de la muerte de su esposo y padre. Que se estiman en \$461.500.000.*

*3. Los entes demandados darán cumplimiento a la sentencia en los términos del artículo 176 y 177 del C.C.A."*

En fundamento aducen en síntesis los siguientes **hechos**:

El 7 de septiembre de 2007, el señor VICENTE ACOSTA JARA, se encontraba laborando en el Fondo Nacional del Ahorro, al sentirse asfixiado acude a las 2:32 p.m., al SERVICIO DE URGENCIAS DE CHAPINERO - ESE LUIS CARLOS GALÁN SARMIENTO, en razón a encontrarse afiliado a E.P.S. del I.S.S.

En urgencias fue atendido por el médico cirujano ARMANDO A. ARANGO H, como consta en la Historia de Atención de Urgencias con consecutivo diario No 121 del

mentado centro de atención ambulatoria. En la que se consignó, su ingreso a las 2:32 p.m., atención a las 2:50 p.m. y salida a las 3:00 p.m., registrando como motivo de consulta sensación de ahogo, ansiedad y mucho cansancio para caminar; tensión arterial 160/100, y diagnóstico de ingreso "Cardiopatía hipertensiva".

Como el señor AGOSTA JARA, sentía congestionados los pulmones, le solicitó al médico ARANGO H. le ordenara un electrocardiograma, quien se negó indicando que no era posible por el servicio de urgencias, y debía ser tramitado previa solicitud de cita por consulta externa. Se surte medicación dentro de la cual se incluye fármacos para la hipertensión y para desinflamar porque se encontraba muy hinchado.

Habiendo regresado a su trabajo y hacia las 5:30 p.m. llamó a su esposa, manifestándole que se encontraba mal y que los síntomas persistían, razón por la que, se encontraron en el barrio Paulo Sexto, y se dirigieron al servicio de urgencias del SEGURO SOCIAL - ESE LUIS CARLOS GALÁN SARMIENTO hoy en liquidación, sede de Chapinero.

El señor ACOSTA JARA, iba frío, no podía respirar, ni hablar y con deseos de vomitar, e ingresó a las 7:50 p.m, y en las notas de enfermería se consignó que se encontraba en regular estado general, con deficiencia respiratoria y dolor abdominal. El médico ARMANDO ARANGO, quien le había prestado la atención inicial, les solicita que compren aspirinetas para suministrarle, porque no se contaba con las mismas en ese centro asistencial. Lo que efectivamente se hizo, siéndole suministrada vía oral.

El mismo galeno, deja constancia en la historia clínica que, en ese centro asistencial no hay apoyo de laboratorio 24 horas y que tampoco se cuenta con la Meperidina formulada, e informa a la esposa del paciente que, éste presenta una afección cardiaca aguda, y era necesario remitirlo a un Centro Médico de III Nivel, para ser valorado por la especialidad de medicina interna, y efectúa la correspondiente orden de remisión, consignando como diagnóstico "**isquemia coronaria aguda**".

A las 8:25 p.m. se confirma la remisión a la CLÍNICA SAN PEDRO CLAVER hoy HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR, e informan al servicio de ambulancias sobre

el traslado inmediato de VICENTE ACOSTA JARA, sus condiciones y prioridad. Dos horas más tarde, siendo aproximadamente las 10 de la noche, llegó la ambulancia y en el desplazamiento la enfermera asignada a dicho automotor, informa a la clínica que le preocupaba la condición del paciente pues iba muy frío.

Al ingresar a la CLÍNICA SAN PEDRO CLAVER hoy HOSPITAL UNIVERSITAREO MAYOR, el paciente es llevado al área de dolor torácico, y recibido por el doctor CAMILO CAICEDO médico internista quien ordenó suministrar otro medicamento, también adquirido por su esposa, la señora FLOR ALBA, y se lo aplicaron. En la epicrisis consignó como diagnóstico “**Edema Pulmonar**”, y a las 12:30 p.m. la enfermera informa que no es necesario que la esposa pase la noche en la clínica, porque el Paciente, encontraba estabilizado y con suministro de oxígeno, y le requirió, para traer al día siguiente, utensilios de aseo. La señora FLOR ALBA, antes de abandonar el centro hospitalario, informó sus números telefónicos y dirección, para que le comunicaran cualquier novedad, gestión que se omitió por quienes atendían al paciente, por cuanto al día siguiente, 8 de septiembre de 2007, siendo las 8:00 a.m., una sobrina del señor VICENTE ACOSTA JARA, le informó que había fallecido, y le habían avisado a las 4:00 a.m.

Al preguntársele al médico tratante, quien expidió el certificado de defunción, sobre las causas de muerte, manifestó a la señora FLOR ALBA, que el paciente había llegado del CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL SEGURO SOCIAL, LUIS CARLOS GALÁN SARMIENTO, SEDE CHAPINERO, hoy en liquidación, con un **edema pulmonar**, que le causó varios infartos, y que el último fue tan fuerte que le ocasionó la muerte, situación que era grave para un paciente hipertenso como él.

Finiquita en la descrita secuencia fáctica, la activa que, la muerte de VICENTE ACOSTA JARA, resulta derivada de una falla en la prestación del servicio de salud de urgencias de la ESE LUIS CARLOS GALÁN SARMIENTO, que no fue adecuado, y no contaba con los recursos físicos y humanos para atender patologías de urgencia, destaca que, al momento de su fallecimiento contaba con 60 años cumplidos de edad, había contraído matrimonio civil con FLOR ALBA GOMEZ CORTES, y procreado en esa unión matrimonial, a SANDRA MILENA ACOSTA GOMEZ, quienes sufrieron moralmente por su pérdida, con un profundo dolor y aflicción, viendo afectada su salud, estado anímico y condiciones de trabajo.

Asimismo, coloca de relieve que, el 31 de mayo de 2007, mediante Escritura Pública No 753 de la Notaría 30 del Círculo de Bogotá, inscrita en la cámara de comercio de Bogotá, en la misma fecha, se constituyó la NUEVA E.P.S. S.A a donde fueron trasladados de manera automática todos los afiliados del ISS en salud; el 24 de agosto siguiente, el Gobierno Nacional, mediante Decreto No 3202, ordenó la liquidación de la ESE LUIS CARLOS GALÁN SARMIENTO y designó a la sociedad fiduciaria de desarrollo agropecuario FIDUAGRARIA S.A como liquidadora de la citada ESE. Habiendo asumido CAPRECOM E.P.S, la administración y operación de las clínicas que conformaban la red de la ESE en Bogotá; la CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD con personería jurídica otorgada por el Ministerio de la Protección Social según Resoluciones 814 y 1202 del 2008, adquirió dentro del proceso liquidatorio, entre otras la CLINICA SAN PEDRO CLAVER cambiando su nombre por el de HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR.

Afirma además que, CAPRECOM E.P.S en la actualidad tiene la custodia de las Historias Clínicas de la ESE LUIS CARLOS GALAN SARMIENTO EN LIQUIDACION - CLINICA SAN PEDRO CLAVER correspondientes al año 2007.

## **2.2 SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA**

El Juez Sesenta y Cinco (65) Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá<sup>1</sup>, desestimó la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva de CAPRECOM; declaró de oficio la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva de MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA y CÓNDOR S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES; estimó la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva propuesta por el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, **y declaró patrimonialmente responsables a la NACIÓN - CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES “CAPRECOM” (hoy FIDUCIARIA LA PREVISORA S. A., vocera y administradora del PATRIMONIO AUTONOMO DE REMANENTES PAR CAPRECOM LIQUIDADO), de los perjuicios sufridos por las demandantes como consecuencia de la pérdida de oportunidad de sobrevivir padecida por el señor VICENTE ACOSTA JARA, fallecido el 8 de septiembre de 2007 en Bogotá D.C.**

---

<sup>1</sup> Ver folios 622 a 656 del cuaderno de continuación del principal.

En resarcimiento del daño dispuso lo siguiente:

“**SEXTO.** Como consecuencia de lo anterior, **CONDÉNASE** a la NACIÓN - CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES “CAPRECOM” (hoy FIDUCIARIA LA PREVISORA S. A., vocera y administradora del PATRIMONIO AUTONOMO DE REMANENTES PAR CAPRECOM LIQUIDADO en los términos establecidos en las consideraciones de la presente sentencia) a pagar a las demandantes, como indemnización de perjuicios por la pérdida de oportunidad, las siguientes sumas de dinero por concepto de perjuicios morales:

Para la señora FLOR ALBA GÓMEZ CORTÉS, en calidad de cónyuge del fallecido, la suma de cincuenta (50) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes.

Para la señora SANDRA MILENA ACOSTA GÓMEZ, en calidad de hija del fallecido, la suma de 50 Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes.

**SÉPTIMO: DECLARAR** la sucesión procesal de la CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES “CAPRECOM” a la FIDUCIARIA LA PREVISORA S. A., vocera y administradora del PATRIMONIO AUTONOMO DE REMANENTES PAR CAPRECOM LIQUIDADO, conforme a las consideraciones anteriormente expuestas.

**OCTAVO: CÚMPLASE** lo dispuesto en esta providencia, en los términos establecidos en los artículos 176 y 177 del Código Contencioso Administrativo y **EXPÍDASE** copias con destino a las partes, con las precisiones del art. 115 del Código de Procedimiento Civil. Teniendo en cuenta lo dispuesto en los acuerdos 2252 de 2004, PSAA 084650 de 2008y 11176 del 13 de diciembre de 2018 proferidos por la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura, la parte interesada deberá aportar las copias correspondientes y consignar la suma de seis mil pesos (\$6.800) y adicionalmente la suma de \$250 por cada folio a autenticar, en la cuenta No 3-0820-000636-6 del Banco Agrario de Colombia denominada arancel judicial- Dirección Ejecutiva de Administración Judicial. Las copias destinadas a la parte actora serán entregadas al apoderado judicial que ha venido actuando.

**NOVENO:** Sin condena en costas en esta instancia.

(...).”

En fundamento de su decisión el Juez de Primera Instancia, estructuró la responsabilidad del Estado, bajo la tesis de pérdida de oportunidad como daño autónomo, retomando los parámetros señalados en sentencia del 05 de abril de 2017, de la Sección Tercera del Consejo de Estado<sup>2</sup>, y contrastando el caso concreto, destaca que el señor VICENTE ACOSTA JARA sufría hipertensión arterial, enfermedad que venía en tratamiento, cuando acudió por primera vez, al CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA DE CHAPINERO - ESE LUIS CARLOS GALÁN SARMIENTO, siendo las 2:50 p.m. del 07 de septiembre de 2007, y coloca de relieve que, el diagnóstico inicial de cardiopatía hipertensiva, obvió tener en cuenta, que el cuadro clínico era de disnea asociada a dolor precordial de un (1) mes de evolución y que el motivo de la consulta era sensación de ahogo, ansiedad

<sup>2</sup> Consejo de Estado. Sección Tercera. Subsección B. Sentencia del 05 de abril de 2017. Expediente 17001 23 31 000 2000 00645 01 (25706). C.P. Ramiro Pazos Guerrero.

y cansancio para caminar. Asimismo, destaca que en criterio del Perito, al paciente se le debió suministrar nitroglicerina, ordenar un electrocardiograma, no autorizar su egreso a las 3:00 p.m. sino remitirlo a un centro de mayor complejidad.

Consideraciones a las que agrega, que el referido dictamen pericial concluyó que, los síntomas manifestados por el paciente a su ingreso por primera vez al Centro de Atención Ambulatoria de Chapinero, sugerían la necesidad de trasladarlo de manera prioritaria a un centro de tercer nivel, y en aclaración al experticio, indicó que el diagnóstico de "cardiopatía hipertensiva" de la primera atención correspondía a la enfermedad general relacionada con las cifras de tensión arterial encontradas en el examen físico, pero no era afín con el motivo de consulta. En esta secuencia, advierte, fortalece el hecho probado, que horas más tarde, entre las 7:50 p.m. y las 8:00 p.m., el paciente ingresa nuevamente al Centro de Atención Ambulatoria de Chapinero, y siendo atendido por el mismo profesional médico que lo auscultó primigeniamente, diagnostica en esta oportunidad precordialgia, y ordena electrocardiograma, con fundamento en el que cambia el diagnóstico a isquemia coronaria aguda, y ordena su remisión inmediata a la CLÍNICA SAN PEDRO CLAVER.

Enfatiza además en contexto de la enunciada pericia, que evidencia también, en el hecho que, al parecer, tampoco le fueron practicados al paciente exámenes de laboratorio, dado que en la historia clínica se consignó que "*No se cuenta con respaldo de laboratorio 24 hrs*", y aunque a las 8:25 p.m., se confirmó la remisión del paciente a la CLÍNICA SAN PEDRO CLAVER; se comunicó a la ambulancia la prioridad del traslado, y el servicio fue requerido al menos en cuatro (4) ocasiones, arriba hasta las 9:50 pm., una (1) hora y veinticinco (25) minutos después del momento en que fue requerida por primera vez, y a las 10:05 p.m., el paciente ingresa a la CLÍNICA SAN PEDRO CLAVER, siendo atendido por el doctor Camilo Caicedo, quien le diagnosticó "edema pulmonar cardiogénico", y a las 10:30 p.m., fue ingresado a la Unidad de Dolor Torácico (UDT), donde le fueron suministrados diversos medicamentos y oxígeno, le practicaron exámenes de laboratorio, le brindaron los cuidados de enfermería, le tomaron de forma periódica los signos vitales y le administraron líquidos, todo lo cual corresponde con las órdenes médicas y la condición de salud del paciente.

Entre las 3:00 y 3:30 a.m. del 8 de septiembre de 2007, el médico tratante, atiende llamado de enfermería, se ordena la entubación del paciente y se traslada a la Unidad de Cuidados Intensivos., y a las 3:45 am, el paciente entra en paro cardiorrespiratorio y después de 15 minutos de maniobras de reanimación, se declara su fallecimiento a las 4:05 a.m. Según el dictamen pericial toda la actuación cumplida en la Clínica San Pedro Claver, fue oportuna y adecuada.

Finiquita en esta secuencia, el Juez de Primera Instancia, que se evidencian algunas irregularidades durante la prestación del servicio médico en el CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA DE CHAPINERO DE LA ESE LUIS CARLOS GALÁN, tanto en la primera como en la segunda atención, aunque, no es posible establecer con certeza, si el señor VICENTE ACOSTA JARA no habría fallecido de haber mediado una correcta y oportuna intervención del servicio médico; contrastado que no se cuenta con razones objetivas ni científicas suficientes para concluir que el daño cuya indemnización se solicita, resulta imputable a las entidades demandadas por las irregularidades cometidas, porque si bien hubo demora en prestarle una correcta atención, ésta, aunque tardía, finalmente se llevó a cabo en forma oportuna y adecuada; emergiendo entonces de la realidad probatoria, que el daño irrogado resulta de la pérdida de oportunidad de sobrevivir.

Perdida de oportunidad que se configura, en cuanto se evidencia la falta de certeza respecto a si el señor VICENTE ACOSTA JARA no habría fallecido de haberse presentado un diagnóstico más acertado desde la primera atención; en segundo lugar, existe certeza de la existencia de una oportunidad, pues pese a que el paciente padecía de hipertensión arterial y un edema pulmonar conservaba una expectativa cierta y razonable de sobrevivir desde el momento en que se presentó por primera vez al CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA DE CHAPINERO DE LA ESE LUIS CARLOS GALÁN, circunstancia que habría permitido realizar oportunamente un pronóstico de la evolución de la afección y contrarrestar las probabilidades de muerte; sin embargo, dicha posibilidad desapareció por causa del primer diagnóstico incorrecto, aunado a las demás irregularidades que se presentaron, con lo cual no se garantizó una atención adecuada, y en consecuencia, el chance de sobrevivir se extinguió, es decir, evidencia la “pérdida definitiva de la oportunidad”.

En esta secuencia y en análisis de la imputabilidad del daño de pérdida de oportunidad a CAPRECOM, destaca que en éste recaía la obligación jurídica en la prestación del servicio<sup>3</sup>, por cuanto, la cláusula primera del convenio suscrito entre la ESE LUIS CARLOS GALÁN SARMIENTO y CAPRECOM IPS, establece que, “*A partir del 25 de agosto de 2007, la IPS CAPRECOM asume la administración y operación de las Unidades Hospitalarias y los Centros de Atención Ambulatoria que se relacionan en el anexo número 1, de acuerdo con las posibilidades de prestación de servicios de salud que le permitan las instalaciones, equipamiento e insumos que recibe, sin perjuicio de personal que requiera conforme a lo señalado en el numeral tercero del presente convenio.*”, y en el mentado anexo se encuentra enlistado el Centro de Atención Ambulatoria de Chapinero.

En liquidación de perjuicios, advierte que no existe certeza sobre la cuantificación del porcentaje de probabilidad que tenía el paciente de escapar del evento fatal, pues no existe prueba científica que lo determine, en aplicación del principio de equidad, se califica dicha probabilidad en un 50%, índice que determinó la tasación de perjuicios morales, únicos solicitados en el petitum de la demanda.

## **2.3 RECURSO DE APELACIÓN**

**2.3.1.- La FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A., en calidad de vocera y administradora del Patrimonio Autónomo de Remanentes PAR CAPRECOM LIQUIDADO, pretende se revoque el fallo de primera instancia y en su lugar se nieguen las pretensiones de la demanda por ausencia de responsabilidad de la extinta CAPRECOM, y subsidiariamente, se surta la tasación de los perjuicios morales conforme a los parámetros jurisprudenciales del Consejo de Estado, observando en su aplicación el principio de non reformatio in peius.**

Argumenta en sustento de su pretensión, que las deficiencias en la prestación del servicio de salud, en las que cifra el Juez de Primera Instancia, la responsabilidad

---

<sup>3</sup> La cláusula primera del convenio suscrito entre la ESE Luis Carlos Galán Sarmiento y CAPRECOM IPS, visto a folios 1 a 5A del cuaderno No. 2, establece: “*A partir del 25 de agosto de 2007, la IPS CAPRECOM asume la administración y operación de las Unidades Hospitalarias y los Centros de Atención Ambulatoria que se relacionan en el anexo número 1, de acuerdo con las posibilidades de prestación de servicios de salud que le permitan las instalaciones, equipamiento e insumos que recibe, sin perjuicio de personal que requiera conforme a lo señalado en el numeral tercero del presente convenio.*”. Y en el anexo del precitado convenio, visto a folio 5A del cuaderno 2, se encuentra enlistado el Centro de Atención Ambulatoria de Chapinero.

extracontractual del Estado por pérdida de oportunidad, ubican en el CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS DE LA ESE LUIS CARLOS GALÁN, de modo que se exonera de responsabilidad, toda la actuación posterior a la salida del centro de salud y hasta la hora de la muerte, y aquellas no son la causa eficiente del daño del que se pretende indemnización, contrastado que el imputado error en el diagnóstico de *cardiopatía hipertensiva* asume fundamentación en contraste con la historia clínica el paciente, por cuanto tenía antecedentes de hipertensión arterial y los síntomas claramente definen la existencia de ese tipo de padecimiento, según se determina en el literal C y D del dictamen pericial, y no desvirtúa por el hecho que en la segunda atención y ante la práctica de electrocardiograma, el diagnóstico inicial evolucionara a una *Isquemia Coronaria Aguda*, al efecto indicó el dictamen que el diagnóstico de la atención inicial fue de "cardiopatía hipertensiva", y el de remisión fue de "isquemia coronaria aguda" los cuales, con los datos clínicos consignados en la historia y el electrocardiograma, corresponden al cuadro clínico planteado, esto es, fue de acuerdo a la *lex artis*.

Agrega en esta misma línea, el recurrente que, tampoco configura pérdida de oportunidad, la no remisión en una primera oportunidad y diligencia en el traslado al centro de tercer nivel en la segunda oportunidad, advertido que el diagnóstico fue adecuado, se ordenó medicación, y si bien pudo haberse realizado la remisión en la primera atención, no es menos cierto que, la sintomatología presentada en criterio del galeno no requería internación, observación, ni remisión a tercer nivel, y aunque en la segunda atención se ordenó la remisión y se presentó una tardanza en el servicio de ambulancia por 1 hora y 25 minutos, de la historia clínica se puede establecer que el paciente ya se encontraba medicado y estable al momento de llegada al centro de tercer nivel, al punto que no se requirió que la acompañante pasara la noche en el centro asistencia como es habitual en la mayoría de urgencias donde se encuentra comprometida la vida.

Asimismo, no tiene incidencia en el fallecimiento, la falta de suministro de Nitroglicerina, porque si bien, el dictamen evidencio el hecho, es igualmente cierto que, el despacho no ordenó ampliar el dictamen a efectos de sustentar ello de forma científica y no meramente circunstancial, y por consiguiente, no existe prueba científica que demuestre que la falta de medicación con nitroglicerina, fue causa

eficiente al hecho generador del daño, y así evidencia el hecho, que fue después de varias horas en observación que el paciente sufre el paro cardiorrespiratorio, no por una falla del servicio, sino por una clara complicación de la condición de su salud que finalmente produce el fallecimiento de forma inevitable.

### **III- TRÁMITE PROCESAL EN SEGUNDA INSTANCIA.**

**3.1.** Con proveído del 24 de octubre de 2019, **se admitió el recurso de apelación**, contra la sentencia de primera instancia (fl. 682 del cuaderno de continuación del principal).

**3.2.** Por auto del 5 de febrero de 2021, se **corrió traslado para alegar de conclusión**; derecho ejercido por La Previsora S.A. y el Ministerio de Salud y Protección Social, sin pronunciamiento del Ministerio Público.

**3.2.1.** El Ministerio de Salud y Protección Social, circunscribe sus alegatos a solicitar se mantenga la decisión de primera instancia en cuanto a lo allí dispuesto frente a ese ministerio.

**3.2.2.** La Previsora S.A. en calidad de vocera y administradora del PATRIMONIO AUTONOMO DE REMANENTES PAR CAPRECOM LIQUIDADO, insiste en la ausencia de responsabilidad de CAPRECOM, reiterando los argumentos del recurso de alzada, y destacando que de conformidad con el dictamen pericial el diagnóstico en la ESE Luis Carlos Galán fue de acuerdo a la LEX ARTIS; aunque pudo realizarse la remisión al centro de tercer nivel, con anterioridad, e incluso desde la primera atención, esta circunstancia no es causa eficiente del daño, ya que al llegar a la ESE, el paciente estaba estable y después de varias horas en observación fue que sufrió el paro cardiorrespiratorio, resultado de una complicación de su condición de salud; No hay prueba técnica o científica que demuestre que la falta de suministro de nitroglicerina, fue causa eficiente del hecho generador del daño; En la historia clínica y principalmente en el dictamen pericial, se evidencia que no existe nexo entre la atención en la ESE Luis Carlos Galán, la relativa tardanza en la remisión del paciente y la evolución de su cuadro clínico el 8 de septiembre de 2007, en la Clínica San Juan de Dios, que es la causa de la muerte.

## **IV- CONSIDERACIONES DE LA SALA.**

### **4.1. ASPECTOS DE EFICACIA Y VÁLIDEZ**

Conforme enuncio antes, el asunto se promovió en vigencia del Código de Contencioso Administrativo C.C.A, y del Código de Procedimiento Civil, como norma supletoria o subsidiaria, y conjugado que esta última fue derogada por el Código General del Proceso - CGP, que encontraba en rigor para el momento en que se promovió el recurso que nos ocupa **se tiene conforme sigue:**

**4.1.1. Se reitera la competencia de esta Corporación para conocer del recurso que nos ocupa,** por cuanto trata de recurso de apelación contra sentencia proferida por Juez Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá y el asunto se promovió en vigencia del Código Contencioso Administrativo - CCA, cuyo artículo 133 establece:

“(…) Los tribunales administrativos conocerán en segunda instancia:

1. De las apelaciones y consultas de las sentencias dictadas en primera instancia por los jueces administrativos y de las apelaciones de autos susceptibles de este medio de impugnación, así como de los recursos de queja cuando no se conceda el de apelación o se conceda en un efecto distinto del que corresponda. (...)”.  
(Subrayado y suspensivos fuera de texto).

**4.1.2. Encuentran satisfechos los requisitos de sustentación clara, suficiente y pertinente del recurso de alzada, en contraste con la sentencia que es objeto del mismo,** advertido que el presente recurso de apelación se rige por el C.C.A y como norma supletoria por el Código General del Proceso, contrastado que derogó el Código de Procedimiento Civil – C.P.C. al que reenvía aquel y aplica en esta jurisdicción desde junio de 2014<sup>4</sup>, y los incisos 3º y 4º del numeral 3º del artículo 322 del precitado Código General del Proceso - CGP, disponen que, *tratándose de la apelación de una sentencia, el recurrente debe precisar, de manera breve, los reparos concretos que le hace a la decisión y para su sustentación será suficiente que el apelante exprese las razones de su inconformidad con la providencia objeto de alzada.*

---

<sup>4</sup> Conforme Auto de Unificación del 25 de junio de 2014 Rad. Interno 49299 y Auto del 25 de junio de 2015, rad. interno 50408, del Consejo de Estado, Sala Contencioso Administrativa, Sección Tercera M.P.Enrique Gil Botero

Premisa a la que agrega, el artículo 320 del mismo estatuto procesal que prescribe:

*“(...) El recurso de apelación tiene por objeto que el superior examine la cuestión decidida, únicamente en relación con los reparos concretos formulados por el apelante, para que el superior revoque o reforme la decisión (...)”*

Habiendo precisado el Consejo de Estado en el reseñado contexto normativo, *que quien tiene interés en que el asunto sea analizado de fondo debe señalar cuáles fueron los yerros o desaciertos en que incurrió el juez de primera instancia al resolver la Litis presentada*<sup>5</sup>.

**4.1.3.- Se advierten satisfechos los presupuestos procesales del medio de control de reparación directa,** constatación que se realiza en observancia del control de legalidad de que trata el numeral 12 del artículo 42 del CGP, en particular los concernientes a oportunidad de la demanda y legitimación en la causa procesal, adjetiva o de hecho por activa y pasiva.

4.1.3.1- Como quiera que, en tópico de caducidad de la acción, destaca de la situación fáctica que sustenta las pretensiones en el presente asunto que, corresponde a la presunta omisión en la adecuada prestación de los servicios de salud suministrados a la víctima directa entre el 7 y 8 de septiembre de 2007, siendo esta última la fecha de su muerte, y contrastado que la demanda fue interpuesta el 7 de septiembre de 2009<sup>6</sup>, esto es dos (2) días antes de que operara la caducidad, evidencia que la demanda fue interpuesta dentro de los dos (2) años de los que disponía, en marco del numeral 8) del artículo 136 del CCA, máxime teniendo en cuenta que en virtud de lo dispuesto en el artículo 21 de la Ley 640 de 2001<sup>7</sup>, se descuentan los tiempos del trámite de la conciliación extrajudicial que para el caso comprende del 13 de abril de 2009, fecha de presentación de la solicitud, al 1 de junio siguiente, fecha de expedición de la constancia correspondiente,<sup>8</sup> totalizando, un (1) mes y diecinueve (19) días, durante los cuales se suspendió el conteo del término de caducidad.

<sup>5</sup> IBIDEM. Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, Sentencia del 31 de enero de 2019, Rad.66001- 23-31-000-2012-0027 (52663) C.P. María Adriana Marín.

<sup>6</sup> Folio 2 del tomo I del cuaderno principal.

<sup>7</sup>“(...) La presentación de la solicitud de conciliación extrajudicial en derecho ante el conciliador suspende el término de prescripción o de caducidad, según el caso, hasta que se logre el acuerdo conciliatorio o hasta que el acta de conciliación se haya registrado en los casos en que este trámite sea exigido por la ley o hasta que se expidan las constancias a que se refiere el artículo 2o. de la presente ley o hasta que se venza el término de tres (3) meses a que se refiere el artículo anterior, lo que ocurra primero. Esta suspensión operará por una sola vez y será improrrogable”.

<sup>8</sup> Folios 67-69 del cuaderno 4.

4.1.3.2- En ámbito de la legitimación en la causa, se tiene que, en acción de reparación directa, la procesal por pasiva, emerge con la imputación que hace el extremo procesal accionante, contra las demandadas como generadoras del daño, y la procesal por activa, se da con la invocación de las accionantes de ser víctimas directas o indirectas del evento dañoso, y en contraste con el presente asunto, asume relevancia, en tamiz de la legitimación por pasiva, que en virtud del Convenio Interadministrativo celebrado el 25 de agosto de 2007, entre la ESE LUIS CARLOS GALÁN SARMIENTO EN LIQUIDACIÓN, y CAPRECOM INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD, *“para operación de unidades hospitalarias y centro de atención ambulatoria - CAA”*, en su cláusula primera se determinó que *“a partir del día 25 de agosto de 2007, la IPS CAPRECOM, asume la administración y operación de las Unidades Hospitalarias y los Centros de Atención Ambulatoria que se relacionan en el anexo número 1”*, anexo dentro del que se relacionan, entre otros, la CLÍNICA SAN PEDRO CLAVER, y el CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA DE CHAPINERO (fls. 16-20 C.2).

En esta secuencia emerge cumplida la legitimación en la causa por pasiva de LA PREVISORA S.A. en calidad de vocera y administradora del PATRIMONIO AUTONOMO DE REMANENTES PAR CAPRECOM LIQUIDADO, como quiera que mediante el Decreto 2519 de 2015, se ordenó la supresión y liquidación de la CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES “CAPRECOM”, constituida por la Ley 32 de 1912 y transformada en Empresa Industrial y Comercial del Estado con Ley 314 de 1996, vinculada al Ministerio de Salud y Protección Social, según el Decreto 4107 de 2011; y el Decreto 2519 de 2015, en su artículo 2o, dispuso que la liquidación de CAPRECOM debería realizarse en un plazo de 12 meses, término que fue prorrogado mediante el Decreto No. 2192 del 28 de diciembre de 2016, que dispuso que el proceso de liquidación debía culminar a más tardar hasta el 27 de enero de 2017, y además estableció en su artículo 2 que,

*“en el marco de lo previsto en el artículo 35 del Decreto-ley 254 de 2000, se podrá constituir fiducia mercantil por la cual se transfieran los activos remanentes de la liquidación, a fin de que sean enajenados y su producto sea destinado a pagar los pasivos y contingencias de la entidad en liquidación en la forma que se prevea en el mismo contrato. La entidad fiduciaria administradora del patrimonio autónomo que en virtud del presente artículo se constituya será la Fiduciaria La Previsora S. A.”.*

Con fundamento en el artículo 38 del precitado Decreto Ley 254 de 2000, el apoderado General de la FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A., declaró la terminación

del proceso de liquidación y extinción para todos los efectos legales de la persona jurídica denominada CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM, decisión que fue aceptada por el Ministerio de Salud y Protección Social, y quedó en firme en acta suscrita y publicada en el Diario Oficial No. 50.129, dejando así de ser una entidad sujeto de derechos y obligaciones a partir del 28 de enero de 2017.

Así las cosas, en cumplimiento del artículo 2 del Decreto 2192 del 28 de diciembre de 2016, se celebró contrato de fiducia mercantil No. CFM 3-1 67672 del 24 de enero de 2017<sup>9</sup>, entre CAPRECOM EN LIQUIDACIÓN y la FIDUPREVISORA S.A. constituyéndose el fideicomiso denominado P.A.R. CAPRECOM LIQUIDADO, el cual es administrado por la fiduciaria LA PREVISORA S.A., como representante y vocera del P.A.R. CAPRECOM, razón por la cual y de conformidad con lo señalado en el literal “a” numeral 7.2.3. de la cláusula 7, tiene la obligación de atender adecuada y diligentemente los procesos judiciales que se hayan iniciado en contra de la entidad en liquidación<sup>10</sup>.

En consecuencia, se tiene que la entidad liquidada CAPRECOM E.I.C.E. constituyó el patrimonio autónomo denominado P.A.R. CAPRECOM LIQUIDADO mediante el contrato de fiducia suscrito con la FIDUPREVISORA S.A. encargado de asumir las contingencias de la entidad en liquidación, incluidos los procesos judiciales que cursan en contra de la dicha entidad, razón por la cual el PAR CAPRECOM LIQUIDADO administrado por FIDUPREVISORA S.A. es quien encuentra legitimado por pasiva en el asunto de la referencia.

Finalmente, se evidencia la acreditación de la legitimación en la causa de las demandantes, pues obra Registro Civil de Matrimonio N° 179351 (fl. 26 C.4), del 13 de agosto de 1984, en que consta que los contrayentes son VICENTE ACOSTA JARA y FLOR ALBA GÓMEZ CORTÉS. A su turno, obra Registro Civil de Nacimiento (fl. 27 c.4), en el que se constata que SANDRA MILENA ACOSTA GÓMEZ, es hija de VICENTE ACOSTA JARA y FLOR ALBA GÓMEZ CORTÉS.

---

<sup>9</sup> Consultable en el sitio web: [http://parcaprecom.com.co/wp-content/uploads/2020/03/CFM\\_3-1-67672\\_PAR\\_CAPRE\\_LIQUI1.pdf](http://parcaprecom.com.co/wp-content/uploads/2020/03/CFM_3-1-67672_PAR_CAPRE_LIQUI1.pdf)

<sup>10</sup> Al efecto, también es de destacar que

**4.1.4-** Asume relevante también, que no se advierte irregularidad que configure nulidad procesal, como quiera que, contrastada la actuación surtida en primera y segunda instancia, avizora que sometió a las ritualidades establecidas en el Código Contencioso Administrativo - CCA para el proceso ordinario.

## **4.2. LIMITES AL JUEZ DE SEGUNDA INSTANCIA**

**4.2.1-** Tratándose de apelante único la alzada debe ser resuelta, en principio, con sujeción a los argumentos de inconformidad invocados por el recurrente; como quiera que en el presente asunto se rige, y reitera en ello, por el Código Contencioso Administrativo -CPACA, y de manera supletoria o subsidiaria, por el Código General del Proceso - CGP, y conforme al artículo 328 de este último, el tópico se reglamenta así:

***“(...) El juez de segunda instancia deberá pronunciarse solamente sobre los argumentos expuestos por el apelante, sin perjuicio de las decisiones que deba adoptar de oficio, en los casos previstos por la ley.***

*Sin embargo, cuando ambas partes hayan apelado **toda** la sentencia o la que no apeló hubiere adherido al recurso, el superior resolverá sin limitaciones.*

*En la apelación de autos, el superior sólo tendrá competencia para tramitar y decidir el recurso, condenar en costas y ordenar copias.*

*El juez no podrá hacer más desfavorable la situación del apelante único, salvo que en razón de la modificación fuera indispensable reformar puntos íntimamente relacionados con ella.*

*En el trámite de la apelación no se podrán promover incidentes, salvo el de recusación. Las nulidades procesales deberán alegarse durante la audiencia.”* (Suspensivos, subrayado y negrillas fuera de texto).

Por consiguiente, la habilitación Juez de Segunda Instancia para resolver en sede de apelación sin limitaciones, encuentra condicionada a que **ambas partes** hayan impugnado **toda** la sentencia, y contrastado el caso en concreto, el enunciado condicionamiento para abordar sin límites el estudio de la sentencia objeto de apelación, no encuentra cumplido; es así por cuanto **la activa no ataca la decisión de primera instancia.**

**4.2.2.** Premisa que se advierte aplica, sin perjuicio del control de legalidad, que se dio por superado en decisión parcial que antecede (4.1.3 y 4.1.4).

**4.2.3.** Asimismo, asume como excepción la subregla de hermenéutica comprensiva del recurso de apelación, teniendo como precedente de autoridad, Sentencia de Unificación del Consejo de Estado, conforme a la cual, la competencia del juez de segunda instancia frente al recurso de quien actúa como apelante único, de controvertir un aspecto global de la sentencia, comprende todos los asuntos contenidos en ese rubro general, aunque de manera expresa no se hayan referido en el recurso de alzada. Puntualizó el Alto Tribunal así:

*“(...) 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. Lo anterior, desde luego, sin perjuicio de la potestad que tiene el juzgador de pronunciarse oficiosamente sobre todas aquellas cuestiones que sean necesarias para proferir una decisión de mérito, tales como la caducidad, la falta de legitimación en la causa y la indebida escogencia de la acción, aunque no hubieran sido propuestos por el apelante como fundamentos de su inconformidad con la providencia censurada.*

*En el caso concreto, la entidad demandada apeló la sentencia de primera instancia con el objeto de que se revisara la decisión de declararla administrativamente responsable (...), y de condenarla a pagar indemnizaciones en cuantías que, en su criterio, no se compadecen con la intensidad de los perjuicios morales padecidos por algunos de los demandantes.*

*En consecuencia, la Sala, atendiendo al criterio expuesto y a la prohibición de la reformatio in pejus, revisará todos aquellos aspectos que son desfavorables a la entidad demandada y que son consecuencia directa de la declaratoria de su responsabilidad, lo cual incluye -en el evento de ser procedente- no solo la condena por perjuicios morales, sino también por perjuicios materiales en la modalidad de lucro cesante.”<sup>11</sup>*

En este orden y decantando en el caso en concreto, no procede acudir al enunciado juicio comprensivo, contrastado que no hubo condena en costas y por consiguiente, en el evento de ser confirmada la sentencia objeto de apelación, armoniza en este rubro con la subregla de esta Subsección conforme a la cual, no es suficiente resultar vencido para soportar la referida carga.

### **6.3. FIJACIÓN DEL DEBATE.**

<sup>11</sup> IB. Sala Plena. C.P. Danilo Rojas Betancourth. Sentencia del 06 de abril de 2018, Rad. 05001-23-31-000-2001-03068-01(46005).

**6.3.1-** La controversia se suscita en esta instancia, porque en criterio de la pasiva CAPRECOM, la sentencia de primera instancia debe ser revocada, y en su lugar desestimar las pretensiones de la demanda, porque las deficiencias en los servicios salud prestados el 7 de septiembre de 2007, en el CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS DE LA ESE LUIS CARLOS GALÁN SARMIENTO, en que fundamentó la pérdida de oportunidad, no fueron causa eficiente del daño, sino que devino en secuencia de la complicación del cuadro clínico del señor VICENTE ACOSTA JAR; advertido que el manejo dado con posterioridad y hasta su fallecimiento fue acertado y oportuno, y contrastado que en el primero y conforme estableció la pericia, el diagnóstico inicial de "*cardiopatía hipertensiva*", no fue errado y guarda correspondencia con los antecedentes de su historia clínica de hipertensión arterial del paciente; el acierto de este diagnóstico, no se desvirtúa por el hecho que en la segunda atención, con apoyo en electrocardiograma, evolucionara a "*Isquemia Coronaria Aguda*", así como tampoco, asume como causa del daño, la tardanza de una hora y veinticinco minutos en el servicio de ambulancia, por cuanto el paciente se encontraba medicado y estable, al momento de llegada al centro de tercer nivel, y no se probó la incidencia del no suministro de Nitroglicerina, aunque evidencia carece de entidad, el hecho que el fallecimiento se presentó transcurridas varias horas.

**6.3.2-** En contraste, el Juez de Primera Instancia encuentra configurada la responsabilidad de CAPRECOM, por pérdida de oportunidad estructurada a partir de las irregularidades en la atención del 7 de septiembre de 2007 por el CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA DE CHAPINERO DE LA ESE LUIS CARLOS GALÁN SARMIENTO, específicamente, i) error en el diagnóstico de "cardiopatía hipertensiva" en la primera atención; ii) falta de remisión a un centro de mayor complejidad en la primera atención; iii) ausencia de orden para práctica de electrocardiograma y de exámenes de laboratorio en horario diurno desde la primera atención; iv) falta de suministro de nitroglicerina en la primera y segunda atención; v) retraso de la ambulancia para el traslado al paciente; y vi) enmendaduras, tachaduras y vacíos en la historia clínica de las atenciones adelantadas en el mismo centro de salud.

**6.3.3.-** En el descrito panorama fáctico procesal, se tiene como **problema jurídico:**

¿EL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA DE CHAPINERO DE LA ESE LUIS CARLOS GALÁN SARMIENTO EN LIQUIDACIÓN, incurrió en omisión en la adecuada prestación de los servicios de salud, suministrados el 7 de septiembre de 2007, que configuran respecto de la muerte del señor VICENTE ACOSTA JARA, pérdida de oportunidad de sobrevivir?

#### **6.4. ASPECTOS SUSTANCIALES.**

**6.4.1.** En labor de desatar el interrogante planteado es **tesis de la Sala**, que de la realidad probatoria se evidencia configurada la pérdida de oportunidad para la sobrevivencia del señor VICENTE ACOSTA JARA, advertido que ingresó el 7 de septiembre de 2007, a las 14:32 horas a urgencias del Centro de Atención Ambulatoria de Chapinero de la ESE Luis Carlos Galán Sarmiento, con motivo de la consulta **“Sensación de ahogo, ansiedad y mucho cansancio para caminar”**, **cuadro clínico de un (1) mes de evolución consistente en disnea asociada a dolor precordial**, y si bien al examen físico se evidenciaron antecedentes de hipertensión arterial, y se constata tensión arterial de 160/100 (indicativo de hipertensión no controlada grado 2), sin apoyo en diagnóstico de laboratorio, o electrocardiograma, ni orden de observación, se realiza diagnóstico de cardiopatía hipertensiva<sup>12</sup>, se ordena medicación, para este tipo de diagnóstico y se da salida a las 15:00 horas.

Lo cierto es que de conformidad con la pericia **dicho diagnóstico no está relacionado con el motivo de consulta**, aspecto en el que el experticio técnico es concluyente al indicar que los síntomas del paciente, **“sugerían la necesidad de trasladarlo de manera prioritaria a un tercer nivel”**.

---

<sup>12</sup> “Se refiere a problemas cardíacos que ocurren debido a la presión arterial alta que permanece durante mucho tiempo. La presión arterial alta significa que la presión dentro de los vasos sanguíneos (llamados arterias) es muy alta. A medida que el corazón bombea contra esta presión, tiene que trabajar más arduamente. Con el tiempo, esto lleva a que el miocardio se engruese. Debido a que a menudo no hay síntomas con la presión arterial alta, las personas pueden tener este problema sin saberlo. Los síntomas frecuentemente no se presentan hasta después de muchos años de un mal control de la presión arterial, cuando se presenta daño al corazón. Con el tiempo, el músculo se vuelve tan grueso que no recibe suficiente oxígeno. Esto puede causar **angina** (dolor torácico). Sin un control adecuado de la presión arterial el corazón puede debilitarse y con el tiempo puede presentar una **insuficiencia cardíaca**. La presión arterial alta también conduce al engrosamiento de las paredes de los vasos sanguíneos. Cuando se combina con depósitos de colesterol en los vasos sanguíneos, aumenta el riesgo de ataque cardíaco y accidente cerebrovascular. La cardiopatía hipertensiva es la principal causa de enfermedad y muerte por presión arterial alta.”. Consultado en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000163.htm>

Omisión de remisión prioritaria, que se refuerza por la necesidad del paciente de reingresar **cinco (5) horas más tarde** a urgencias del Centro de Atención Ambulatoria de Chapinero de la ESE Luis Carlos Galán Sarmiento, ante el agravamiento de sus síntomas, presentando cuadro de dolor en epigastrio asociado a disnea, palidez y diaforesis, tensión arterial 100/60, FC 76 FR 18, T36. Segundo ingreso en el que es nuevamente atendido por el mismo galeno que lo auscultó en precedencia, quien en esta oportunidad en principio diagnostica precordalgia<sup>13</sup>, sin embargo, ordena electrocardiograma a partir del cual determina con suficiencia el desarrollo de una **isquemia coronaria aguda**, en atención al reporte de inversión de ondas T evidenciado en el electrocardiograma. No ordenó exámenes de laboratorio debido a que no se contaba con ese servicio las 24 horas, con todo, ordenó medicación y la remisión inmediata a III nivel para valoración, a efectos que se definiera conducta final por medicina interna por urgencias.

Siendo precisamente esta omisión de remisión prioritaria a centro de mayor complejidad en el estadio de atención inicial, donde se evidencia la configuración de pérdida de oportunidad que estructura la responsabilidad reconocida por el Juez de Primera Instancia, máxime cuando el paciente presentaba disnea asociada a dolor precordial que implicaba una conducta preventiva del personal médico.

En refuerzo de la configuración de pérdida de oportunidad, se observa que en relación de las otras dos deficiencias destacadas por la pericia frente a la atención inicial, aunque se tiene que no hay prueba de suministro efectivo de medicación inadecuada, así como de la incidencia de falta de orden y suministro de nitroglicerina en la atención inicial para impedir el evento dañoso, conforme a la literatura médica se observa que la medicación de nitroglicerina se surte para reducir la carga de trabajo que soporta el miocardio, pues este nitrato de acción breve, dilata las venas, las arterias y las arteriolas, lo que a su vez reduce la precarga y la poscarga del ventrículo izquierdo y como resultado, la demanda miocárdica de oxígeno disminuye, lo que reduce la isquemia, razón por la cual “*se recomienda la administración de nitroglicerina por vía intravenosa durante las primeras 24 a 48 h*

---

<sup>13</sup> “f. nombre genérico que se usa para designar a todos los dolores de la región precordial, y en particular, al angor pectoris o a las anginas de pecho no verdaderas.” Consultado en: <https://www.diccionariomedico.net/diccionario-terminos/1778-precordialgia>.

*en los pacientes con insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio anterior extenso, dolor torácico persistente o hipertensión arterial.”<sup>14</sup>*

Por tanto, de la realidad probatoria, y las conclusiones de la pericia no se infiere la alegada adecuación a la *lex artis* de la atención inicial que invoca el recurrente, por el contrario se observa una inadecuada prestación del servicio de salud suministrado al señor VICENTE ACOSTA JARA, en atención de urgencias del 7 de septiembre de 2007, a las 14:32 horas en el Centro de Atención Ambulatoria de Chapinero de la ESE Luis Carlos Galán Sarmiento, que implicó una pérdida de oportunidad de sobrevida del paciente.

En conclusión, se habrá de confirmar en integridad la sentencia objeto de alzada.

**6.4.2.** En fundamento, esta Sala previo análisis del caso concreto, abordará los siguientes tópicos: **(i)** elementos que estructuran la responsabilidad patrimonial del Estado; **(ii)** concepto de daño antijurídico y presupuestos; **(iii)** falla de servicio y pérdida de oportunidad como títulos de imputación en responsabilidad médica-asistencial del Estado; **(iv)** carga de la prueba como sucedáneo de certeza. A modo de **premisas normativas**:

**6.4.1. El daño antijurídico y su imputabilidad a la entidad pública accionada, son los elementos que estructuran la responsabilidad patrimonial del Estado,** advertido que la cláusula general del deber indemnizatorio del Estado, encuentra en el artículo 90 Superior, conforme al cual, *el Estado es patrimonialmente responsable por los daños antijurídicos que le sean imputables, por la acción o la omisión de las autoridades públicas,* y comprende los ámbitos precontractual, contractual y extracontractual, e integra con el artículo 2º *Ibídem*, en virtud del cual, *las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias y demás derechos y libertades.*

En el descrito panorama normativo, indica la doctrina del H. Consejo de Estado, que el juez de la responsabilidad patrimonial del Estado, debe constatar la

---

<sup>14</sup> “La isquemia es la reducción del flujo sanguíneo en los tejidos del cuerpo humano que provoca la disminución de la cantidad de oxígeno y nutrientes en la zona afectada: si faltan estos dos elementos fundamentales de las células, las consecuencias sobre los tejidos y los órganos afectados pueden ser muy graves, llegando en ocasiones a la necrosis.”. Consultado en: <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/isquemia#>

antijuridicidad del daño y elaborar un juicio de imputabilidad que le permita encontrar un título jurídico de imputación, es decir, no la mera causalidad material, sino *establecer la imputación jurídica y la imputación fáctica*<sup>15</sup>. Advertido además que en igual sentido concluye la Corte Constitucional<sup>16</sup>.

**6.4.2. El daño antijurídico es aquel que comporta una aminoración en una situación favorable y que el afectado no encuentra en la obligación de soportar**, y exige como condiciones de existencia que sea personal, directo y cierto o actual. Bajo la consideración que por su carácter personal exige la violación a los derechos subjetivos de la persona damnificada, independientemente a que provenga de un hecho que afecte en forma inmediata, o mediata en virtud del daño sufrido por otro, con quien el damnificado tiene relación. En este último evento se predica la existencia de daño reflejo, que es el menoscabo soportado por persona distinta del damnificado inmediato. Caso del daño patrimonial y moral que se ocasiona a los parientes de la víctima.

Por el carácter directo, el daño supone un nexo de causalidad respecto del perjuicio, de forma que este sea consecuencia de la alteración negativa que comporta el primero, y solo indemnizable en cuanto provenga del mismo.

El carácter cierto del daño refiere a su real acaecimiento, es decir, que el agravio debe poseer una determinada condición de certeza para que origine efectos jurídicos, ello es que el daño debe existir y hallarse probado para que origine el derecho a obtener un resarcimiento. Certeza igualmente exigible del daño consolidado o actual como del daño futuro.

El H. Consejo de Estado, advierte del daño antijurídico, que el ordenamiento no contiene una disposición que consagre su definición, y puntualiza:

*“(...)se refiere a “la lesión de un interés legítimo, patrimonial o extrapatrimonial, que la víctima no está en la obligación de soportar, que no está justificado por la ley o el derecho”, de ahí que para que proceda declarar la responsabilidad del Estado, se ha de probar inicialmente la existencia del daño antijurídico, el cual debe ser cierto “es decir, que no puede ser eventual, hipotético, fundado en suposiciones o conjeturas” -, (...) la existencia de un daño antijurídico, (...) constituye el fundamento mismo de la responsabilidad, de suerte que “si no hay daño no hay responsabilidad” y “sólo ante su*

<sup>15</sup> *“la imputatio juris y la imputatio facti”*, CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia del 13 de julio de 1993.

<sup>16</sup> CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencias C-619 de 2002 y C-918 de 2002.

*acreditación, hay lugar a explorar la imputación del mismo al Estado".<sup>17</sup> (Suspensivos y subrayado fuera de texto)*

Consecuentemente, no todo daño asume como daño antijurídico, y el carácter de antijurídico estriba, en que el afectado no tiene la obligación de soportarlo.

#### **6.4.3. La falla probada en el servicio es el título de imputación en responsabilidad estatal por la actividad médico hospitalaria.**

Advertido que si bien en el derecho de daños el modelo de responsabilidad estatal que adoptó la Constitución de 1991, no privilegió ningún régimen en particular, sino que dejó en manos del juez definir frente a cada caso concreto, la construcción de una motivación que consulte las razones tanto fácticas como jurídicas, que den sustento a la decisión que habrá de adoptar<sup>18</sup>.

Bajo tal paradigma la jurisdicción de lo contencioso administrativo ha dado cabida a la utilización de diversos títulos de imputación, para la solución de los casos propuestos a su consideración, sin que esa circunstancia pueda entenderse como la existencia de un mandato que imponga al juez la obligación de utilizar frente a determinadas situaciones fácticas, un específico título de imputación, por cuanto su uso debe hallarse en consonancia con la realidad probatoria del caso en concreto.

Sin embargo, la Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una subregla en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual, es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, y se exige a la activa acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste<sup>19</sup>.

En evolución jurisprudencial, donde la Alta Corporación Judicial transitó por los regímenes de falla presunta del servicio y carga dinámica de la prueba, retornando

---

<sup>17</sup> CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN TERCERA, SUBSECCIÓN A, Consejera ponente: MARTA NUBIA VELÁSQUEZ RICO, Bogotá, D. C., diez (10) de mayo de dos mil diecisiete (2017), Radicación número: 25000-23-26-000-2003-02128-01(29901), Actor: DOW QUÍMICA DE COLOMBIA S.A., Demandado: NACIÓN – CONGRESO DE LA REPÚBLICA Y OTRO, Referencia: APELACIÓN SENTENCIA - ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA

<sup>18</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sentencia del 13 de junio de 2016. Expediente 850012331000200500630-01(37.387). C.P. Carlos Alberto Zambrano Barrera.

<sup>19</sup> IB. Sentencia del 28 de febrero de 2013. Expediente 660012331000200100063-01(25075). C.P. Danilo Rojas Betancourt.

a partir del año 2006<sup>20</sup>, al régimen de falla probada del servicio<sup>21</sup>. Título jurídico de imputación por excelencia<sup>22</sup>, que contiene un control de legalidad del acontecer del Estado en la prestación de los servicios que provee, y presupone que exista una obligación legal o normativa a cargo de la autoridad pública, incumplida por su acción u omisión, que deriva en un daño antijurídico indemnizable.

Control de legalidad que en imputación de responsabilidad por falla en el servicio médico asistencial, se realiza en principio, en marco de los contenidos obligacionales establecidos en la Ley 23 de 1981<sup>23</sup> y su reglamentación.

6.4.3.1. La pérdida de oportunidad también es de recibo en estructuración de la responsabilidad extracontractual del Estado en prestación del servicio de salud, y se define como la frustración de una esperanza, dirigida a la consecución de un resultado que pondría a la persona en una situación más favorable a la previa o la evitación de un perjuicio<sup>24</sup>. En este orden presupone un elemento de incertidumbre sobre las probabilidades del resultado beneficioso, y un elemento de certeza respecto a que la falla en el servicio le arrebató la posibilidad de participar en las probabilidades.

Se exige un grado de incertidumbre razonable, bajo la consideración que no toda probabilidad es susceptible de edificar una pérdida de oportunidad, sino solo aquella que permite razonar que ante la inexistencia de la falla en el servicio, la persona tendría la probabilidad de obtener el resultado favorable.

Es de precisar además, que la pérdida de oportunidad se ha abordado desde dos enfoques<sup>25</sup>: **(i)** como un daño autónomo, del que deriva un perjuicio con identidad

---

<sup>20</sup> **IB.** Sentencia del 31 de agosto de 2006. Expediente 15772. C.P. Ruth Stella Correa.

<sup>21</sup> Ver evolución en Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C, Sentencia del 26 de febrero de 2015, Expediente 25000-23-26-000-2005-01356-01(38149); C.P. Olga Mérida Valle De La Hoz.

<sup>22</sup> Ver sobre noción de falla del servicio y elementos en Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 19 de junio de 2008, Expediente 76001-23-31-000-1994-00736-01(15263), C.P. Myriam Guerrero de Escobar.

<sup>23</sup> Por la cual se dictan normas en materia de ética médica

<sup>24</sup> **CONSEJO DE ESTADO.** Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia del 24 de octubre de 2013. Expediente 25869. M.P. Dr. Enrique Gil Botero.

<sup>25</sup> **IBÍDEM.** Sentencia del 24 de octubre de 2013. Expediente 25.869. C.P. Enrique Gil Botero.

propia que puede indemnizarse<sup>26</sup>, y **(ii)** como factor de imputación o instrumento de facilitación probatoria y se utiliza para suplir la falta de prueba en el nexo causal directo entre la falla del servicio y el daño.

Paradigmas en orden de los cuales, la indemnización del perjuicio en pérdida de oportunidad, se viene abordando también y básicamente bajo dos (2) esquemas: **(i)** la indemnización como daño autónomo, y **(ii)** la indemnización del perjuicio en una proporción reducida, equivalente al porcentaje de oportunidad pérdida.

Asumiendo como requisitos que deben concurrir para que exista la pérdida de oportunidad como daño indemnizable, los siguientes:

**(i)** Certeza respecto de la existencia de una oportunidad que se pierde, aunque la misma envuelva un componente aleatorio; es decir, no se trata de la vulneración de un derecho subjetivo consolidado sino el grado de probabilidad en grado suficiente de que el hecho dañoso le cercenó la expectativa de obtener la ganancia o bien o evitar perjuicio.

**(ii)** Imposibilidad definitiva de obtener el provecho o de evitar el detrimento; es decir, lo indemnizable es que debido al hecho dañoso se pierde la probabilidad de obtener la ventaja o bien o evitar la desventaja, se diferencia del lucro cesante, por ejemplo, porque éste rubro consisten en la pérdida de ganancia cierta mientras que el primero es una pérdida de una ganancia probable.

**(iii)** La víctima debe encontrarse en una situación potencialmente apta para pretender la consecución del resultado esperado; es decir, aquí se analiza la idoneidad fáctica y jurídica del afectado para obtener o alcanzar el provecho<sup>27</sup>.

En conclusión, si existe certeza sobre la causa del daño, torna desacertada la aplicación de la figura de la pérdida de oportunidad, y consecuente el análisis del nexo causal desde la perspectiva de la probabilidad. De forma que aplica en sede

<sup>26</sup> IB. Sentencia del 25 de agosto de 2011. Expediente 19718. C.P. Mauricio Fajardo Gómez. En este fallo se reconoce este rubro indemnizatorio de manera autónoma a los demandantes, padres e hijos, de la víctima directa del daño y diferente al daño moral.

<sup>27</sup> IB. Sentencia del 31 de mayo de 2016. Expediente 630012331000200300261-01(38267). C.P. Danilo Rojas Betancourth.

de la imputación fáctica, ante la insuficiencia de prueba del nexo causal entre hecho dañoso y daño, o en situaciones de duda o incertidumbre en el nexo causal.

Aproximándose en cada caso en concreto y dependiendo de las pruebas técnicas de que disponga, al porcentaje de probabilidad sobre el cual se debe establecer el grado de pérdida de la oportunidad y, consecuentemente, el impacto de tal valor en el monto a indemnizar, y la forma de indemnizar la pérdida de la oportunidad, debe ser proporcional al porcentaje que se restó el beneficio con la falla en el servicio.

**6.4.4. El principio de la carga de la prueba como sucedáneo de certeza,** encuentra fundamento en comprensión de la jurisdicción contencioso administrativa, porque en marco del ordenamiento positivo, cada uno de los extremos procesales del litigio encuentra obligado a probar determinados hechos y circunstancias cuya falta de acreditación conlleva una decisión adversa a sus intereses o pretensiones.

Bajo el descrito paradigma la doctrina define la carga de la prueba, *como una regla de decisión o de juicio que permite al juzgador resolver la controversia en favor de quien no está sometido a ella, en caso de que la prueba aportada no sea concluyente.*

Probar es establecer la veracidad de una proposición cualquiera, y trasmutado al proceso judicial, comporta, *“(...) someter al juez de un litigio los elementos de convicción adecuados para justificar la verdad de un hecho alegado por una parte y negado por la otra”<sup>28</sup>*. Dirige a producir en el juez el estado de certeza, el pleno convencimiento sobre la existencia o no de un hecho, y su sucedáneo conjugado el Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española, corresponde a elemento que por tener propiedades parecidas puede reemplazarlo.

6.4.5.1- En este orden asume como regla general, que corresponde a la actora probar los fundamentos de hecho de sus pretensiones y a la accionada los de su excepción o defensa. Advertido que en este sentido prescribe el artículo 167 del Código General del Proceso -CGP, sin perjuicio de la atribución que confiere al juez

---

<sup>28</sup>Tratado de Derecho Civil, Marcel Planiol y Georges Ripert.

de distribuir la carga de la prueba, de oficio o a solicitud de parte, en oportunidad de su decreto, practica o cualquier otro momento antes de fallar.

Marco normativo al que adiciona el artículo 1757 del Código Civil – C.C, conforme al cual, incumbe probar las obligaciones o su extinción al que alega aquéllas o ésta, y que circunscribe el principio de la carga de la prueba como sucedáneo de certeza, de forma que si existe duda sobre los hechos que sustentan la demanda, sus pretensiones serán declaradas infundadas.

## 6.5. CASO CONCRETO

### 6.5.1. Aspectos Probatorios.

#### 6.5.1.1. La comunidad probatoria relevante a la controversia planteada en segunda instancia encuentra integrada por documental y experticio técnico, y se avizora válida y eficaz.

Es así contrastado que **la documental**, allegada por los extremos procesales en virtud del decreto de pruebas efectuado en primera instancia, satisface el esquema normativo del artículo 246 del Código General del Proceso,<sup>29</sup> y destaca que una vez se agregó al expediente, no hubo tacha ni se repudió de ninguna otra forma su aducción.

El **experticio técnico**, corresponden a pericia rendida por el Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá, que satisface los requerimientos de razonabilidad exigibles de la prueba técnica, a más que no fue objetado.

6.5.1.2. En este orden de ideas y con relevancia para el debate que ocupa a esta Sala de Decisión, se tienen los siguientes **medios de prueba**:

Historia de atención de urgencias del señor Vicente	<b>07/09/2007</b> (fl. 28 y C.4) <b>a las 14:32</b> horas el señor Vicente Acosta Jara, de 60 años de edad, ingresó a urgencias Centro de Atención Ambulatoria
---	--

<sup>29</sup> “**Artículo 246. Valor probatorio de las copias. Las copias tendrán el mismo valor probatorio del original, salvo cuando por disposición legal sea necesaria la presentación del original o de una determinada copia.**”

**Sin perjuicio de la presunción de autenticidad, la parte contra quien se aduzca copia de un documento podrá solicitar su cotejo con el original, o a falta de este con una copia expedida con anterioridad a aquella. El cotejo se efectuará mediante exhibición dentro de la audiencia correspondiente.**” (Subrayado y negrillas fuera del texto).

Acosta Jara en el Centro de Atención Ambulatoria de la ESE Luis Carlos Galán Sarmiento. Identificada con consecutivo diario 121.

de la ESE Luis Carlos Galán Sarmiento, con **motivo de la consulta** **“Sensación de ahogo, ansiedad y mucho cansancio para caminar”**.

A las 2:50 p.m., fue atendido por el médico cirujano Armando Aranqo, quien consigna:

**“ANAMNESIS Y ENFERMEDAD ACTUAL:** Cuadro clínico de 1 mes de evolución consistente en disnea asociada a dolor precordial.

**ANTECEDENTES:** HTA<sup>30</sup> controlada con verapamilo 120, 1-1-1 (...) enalapril 120, 1-0-1 asa 100 x 1.

**EXAMEN FÍSICO HALLAZGOS:** TA 160 100 (anotación poco comprensible) FC 96 FR 14 T 37

**CABEZA Y CUELLO:** Sin hallazgos clínicos de importancia.

**TORAX:** RSCSRC<sup>31</sup> sin soplos, pulmones claros.

**ABDOMEN Y GENITOURINARIO:** Blando depresible no doloroso, no masas, no (ilegible).

**EXTREMIDADES:** (ilegible)

**NEUROLÓGICO Y MENTAL:** Sin déficit neurológico aparente.

**DIAGNOSTICO DE INGRESO: Cardiopatía hipertensiva IS19**

**IV. APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA:**

**LAB. CLÍNICO:** (Cuales): (espacio en blanco)

**RESULTADOS:** (espacio en blanco)

**IMAGENOLOGÍA y RX:** (espacio en blanco)

**RESULTADOS:** (espacio en blanco)

**PROCEDIMIENTOS:** (espacio en blanco)

**INTERCONSULTA:** (espacio en blanco)

**ESPECIALIDAD:** (espacio en blanco)

**DIAGNOSTICO:** (espacio en blanco)

**FARMACIA NOMBRE CANTIDAD DOSIS**

**Prescripción:** 1. Metropolol 50 mg (ilegible) c/12 h # (ilegible) 7am – 7 pm

2. hidroclorotiazida 25 mg (ilegible) / día # 30

3. Verapamilo 120 mg (ilegible) c / 8h # 90

4. Enalapril 20 mg (ilegible) c 12h # 60

5. Asa 100 mg (ilegible) / día # 30”

**PASA A OBSERVACIÓN:** SI: NO: X **MEDICO ORDENA:** (espacio en blanco)

(...)

**VI. SALIDAD REAL DIA 07 MES 09 AÑO 07 HORA MILITAR 15:00**

**DIAGNÓTICO DE EGRESO: Cardiopatía hipertensiva CÓDIGO**

**DIAGNÓTICO:** IS19

**SALIDA VOLUNTARIA:** si”

**07/09/2007** (fl. 29 y C.4) **a las 20:00** el señor Vicente Acosta Jara, de 60 años de edad, reingresó a urgencias Centro de Atención Ambulatoria de la ESE Luis Carlos Galán Sarmiento, volviendo a ser atendido por el médico cirujano Armando Aranqo, quien consigna:

**“Reingresa paciente con cuadro de dolor en epigastrio asociado a disnea.**

TA 100/60 FC 76 FR 18 T36

<sup>30</sup> Sigla medica de la “hipertensión arterial”. Consultado en: <https://www.saha.org.ar/rincon-del-hipertenso/hipertension-arterial>.

<sup>31</sup> Ruidos cardiacos rítmicos. Ruidos cardiacos rítmicos.

	<p><b><u>Pálido diaforético</u></b></p> <p>CLP RsCsRs sin soplos, pulmones claros. Abdomen plano depresible no doloroso, no masas, no megalias (ilegible)</p> <p><b><u>TDX: PRECORDALGIA RO72</u></b> <b><u>S/S EKG<sup>32</sup> → Inversión de onda T en AvL ½ Y 1/3</u></b></p> <p>NOTA: no se cuenta con respaldo de laboratorio 24 hrs. S/O 1. Reposo absoluto en cama con cabecera a 30°. 2. O2 humidificado por cánula nasal a 5 L/min. 3. Asa 300 ml (ilegible) 4. Heparina 5000 ul sc 5. Diclofenaco 75 mg /m 6. Meperidina 100 mg iv (no hay)</p> <p><b><u>7. Remisión inmediata a III nivel para valoración y conducta final por medicina interna urgente.</u></b></p> <p>8. (ilegible) 9. (ilegible)</p> <p><b><u>20:25 Confirma remisión a CSPC dra. Yineth Torres coordinación de urgencias.</u></b> <b><u>Se informa a servicio de ambulancias para traslado inmediato del paciente y se explica condiciones y prioridad del mismo.</u></b> <b><u>20:45 Paciente presenta dolor intenso en miembros inferiores.</u></b> <b><u>21:50 Paciente sale en referencia</u></b> hacia clínica San Pedro Claver hemodinámicamente estable, presentando gran dolor en ms/s.</p> <p>→ Notas de enfermería del <b>07/09/2007</b> (fl. 32 y C.4):</p> <p>“Paciente que reingresa x2 vez al servicio de urgencias en regular estado general diaforético, dificultad respiratoria y dolor abdominal, es valorado Dr. Arango quien lo atención en la consulta anterior. Se coloca O2 x (ilegible) nasal (ilegible) <b>se toma EKG</b> se toma SV TA: 100/80 FC: 88 (ilegible) se analiza (ilegible). 20+35 Se coloca 5000 unidades de heparina subcutánea (ilegible) Dr. Arango TA: 100/80 se llama la ambulancia nuevamente. 21+00 Se llama la ambulancia nuevamente. 21+30 Se llama la ambulancia nuevamente. <b><u>21+50 llega ambulancia paciente es trasladado</u></b> CSPC en regular estado (ilegible)”</p> <p>→ Formato de referencia y contrareferencia de la ESE Luis Carlos Galán Sarmiento diligenciado el <b>07/09/2007</b> (fl. 30 y C.4) por el dr. Armando Arango. En el que se remite al paciente a la especialidad de medicina interna por urgencias. “anamnesis: cuadro clínico de dos horas de evolución. (ilegible). <b><u>Diagnóstico: isquemia coronaria aguda.</u></b> TEP??. Paraclínicos entregados: EKG.”</p> <p>→ Historia clínica de traslado (fl. 39 y C.4), “diagnóstico de traslado: dx IAM. Nota de evolución del traslado: se traslada pte. CAA Chapinero, pte en mal estado se coloca O2 (ilegible).”</p>
Historia de atención del señor Vicente Acosta Jara en la Unidad Hospitalaria Clínica San Pedro Claver - C.S.P.C., de la ESE Luis Carlos Galán Sarmiento.	<b>07/09/2007</b> ingreso del paciente a las 22:05 horas (fl. 34 y C.4), con diagnóstico de ingreso IAM <sup>33</sup> , relacionado HTA. Diagnóstico de egreso edema pulmonar, diagnostico relacionado 1 IAM, relacionado 2 HTA. Motivo de consulta dificultad respiratoria, estado general al ingreso malo. Enfermedad actual disnea progresiva de dos días de evolución, epigastralgia, dolor en cuello y brazo. Antecedentes de HTA. “Hallazgos al examen físico: TA 140/90, FC 72m FR 30 (ilegible). Conducta: Se asigna a UDT se traslada a SACPM. Evolución: paciente con mala evolución (tachones ilegible) presenta (ilegible) C. respiratoria y fallece

<sup>32</sup> Siglas para el Electrocardiograma. Consultado en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/ekg/about/pac-20384983>

<sup>33</sup> Infarto agudo de miocardio.

	<p>4:05. (...) medicamento administrado: (ilegible) Asa, (ilegible), adrenalina. (...) Plan de manejo: Paciente fallece a las 04:05 horas.”</p> <p>→ Registro de enfermería 07/09/2007 (fl. 36 y C.4), “22+30 ingresa paciente al servicio consciente, alerta, orientado en camilla con familiares, paciente es valorado por el médico de turno quien da orden de hospitalizar, se canaliza vena (ilegible) en miembro superior izquierdo por orden médica se inicia goteo de nitroglicerina a 6 a x hora. Se coloca máscara con oxígeno de ventury 35%. Se toman muestras para laboratorio 24+00 paciente muy ansioso se controlan signos vitales, paciente elimina espontaneo 01+00, paciente continua muy ansioso (ilegible) 2+00 paciente continua en iguales condiciones, 3+00 se hace llamado a dr. Caicedo para que valore paciente dr. ordena entubación para traslado a UCI. Se controlan signos vitales, se monitoriza, 3+45 paciente entra en paro cardio respiratorio, el dr. Caicedo y jefe de turno realizan maniobras de reanimación sin resultados positivos 4+05 paciente fallece no respondió después de 15 minutos de reanimación, se arregla cadáver se traslada a la hora que medico realiza certificado de defunción. Nota: se llama a teléfono que aparece en la (...) y contesta una sobrina llamada Yolanda Ortega Acosta, quien contestó que él no vive allí y que la señora del paciente esta en la clínica, la salgo a buscar y no contesta el llamado.”</p> <p>8/09/2007 impresión de laboratorio clínico de la U.H. Clínica San Pedro Claver, a las 1:18 horas, con química y hemograma (fl. 41 y C.4)</p>
<p>Dictamen pericial rendido por el Hospital Universitario Clínica San Rafael de la ciudad de Bogotá, a través de su Director Científico (fls. 534-540 y 598-602 del C.P.)</p>	<p>Dentro de las premisas y conclusiones que desarrolla, destacan las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. La medicina no es una ciencia exacta, es de medios y no de resultados, por lo tanto, no garantiza los resultados de un tratamiento o procedimiento, por cuanto ello depende de la respuesta individual del paciente, raza, género, talla, peso, estado nutricional, estado de defensas biológicas, entre otras condiciones específicas de cada paciente, y no necesariamente, de los médicos que prestan la atención, ni de las actividades o procedimientos utilizados como tratamiento.</li><li>2. La hipertensión arterial es una elevación de la presión arterial sistémica por encima de las cifras que mundialmente se han considerado como normales, a saber, igual o superior a 140/90.</li><li>3. El tratamiento de la hipertensión arterial incluye diversas medidas terapéuticas que van desde la modificación de estilos de vida (disminución de peso, disminución de ingesta de sodio, actividad física regular, etc.), hasta el suministro de medicamentos antihipertensivos, que se recomienda para pacientes con presión arterial sistólica mayor o igual a 160 o tensión arterial diastólica mayor o igual a 100.</li><li>4. En sus literales C y D señala conforme sigue:  <i>“c. Señale cuáles son las posibles complicaciones de la Hipertensión Arterial</i>  <i>Dado que la Hipertensión Arterial es una enfermedad que afecta todo el sistema vascular puede comprometer todo el organismo. Dado la gravedad del daño que pueda producir, se han establecido el llamado órgano blanco, es decir los afectados, entre ellos se incluye cerebro con aceleración de la arterioesclerosis y aparición de eventos vasculares hemorrágicos; corazón con hipertrofia</i></li></ol>

ventricular que puede dar inicio a falla cardíaca (Cardiopatía Hipertensiva), renal con deterioro progresivo de la función renal.

d. Diga si la Cardiopatía Hipertensiva se encuentra asociada a la patología de Hipertensión arterial.

Sí. La Hipertensión Arterial implica la necesidad de un mayor trabajo del corazón que va produciendo diversos cambios en este órgano como Hipertrofia Ventricular, deterioro de la función cardíaca, cambios que se denominan Cardiopatía Hipertensiva. Sin embargo, el paciente Hipertenso puede tener otras enfermedades que contribuyan al deterioro de la función cardíaca.”

5. Las posibles causas de la muerte súbita cardíaca corresponden, en un 80% de los casos, a la anormalidad en las arterias coronarias, seguido de las cardiomiopatías no isquémicas y las arritmias cardíacas.

6. En relación con el diagnóstico dado al señor Vicente Acosta Jara el 7 de septiembre de 2007, en el Centro de Atención Ambulatoria de Chapinero ESE Luis Carlos Galán Sarmiento, se señala que:

“De acuerdo al registro observado, el diagnóstico de atención inicial fue de “cardiopatía hipertensiva”, y el de remisión fue de “isquemia coronaria aguda”, las cuales con los datos clínicos consignados en la historia y el electrocardiograma, corresponde al cuadro clínico planteado.”

7. En relación con la idoneidad de la atención prestada al señor Vicente Acosta Jara el 7 de septiembre de 2007, en el Centro de Atención Ambulatoria de Chapinero ESE Luis Carlos Galán, el dictamen manifestó que:

“El tratamiento realizado con oxígeno, líquidos, asa, metoprolol, verapamilo y heparina profiláctica; corresponden al manejo para síndrome coronario agudo e hipertensión. Sin embargo, el verapamilo no debe formularse conjuntamente con el metoprolol por riesgo de bloqueo del sistema de conducción. También faltó la prescripción de nitroglicerina.”

8. Asimismo, establece el dictamen que los síntomas iniciales presentados por el paciente, esto es, los manifestados en el Centro de Atención Ambulatoria de Chapinero ESE Luis Carlos Galán Sarmiento, **“sugerían la necesidad de trasladarlo de manera prioritaria a un tercer nivel.”** Adicionalmente, de acuerdo con los registros de historia clínica y el interrogatorio inicial al paciente, si bien no era posible sospechar “edema pulmonar” en ese momento, **sí “era necesario trasladarlo a un centro de mayor complejidad”.**

9. La atención prestada al señor Vicente Acosta Jara en la Clínica San Pedro Claver el 7 de septiembre de 2007, “de acuerdo a lo escrito en la historia clínica fue oportuna y adecuada.

10. La hipertensión arterial presentada por el señor Vicente Acosta Jara el 7 de septiembre de 2007, en el Centro de Atención Ambulatoria de Chapinero ESE Luis Carlos Galán, fue un factor de riesgo importante para el empeoramiento de la función cardíaca, pero no es el único. La elevación del colesterol y la arterioesclerosis también aportan conjuntamente para el desenlace fatal.

11. Frente a la atención proporcionada el 7 de septiembre de 2007, en el Centro de Atención Ambulatoria de Chapinero ESE Luis Carlos Galán, concluye que “el registro de la historia clínica es muy limitado para

*deducir si todo lo que podía hacer se llevó a cabo o faltaba algún recurso de apoyo técnico o humano. No obstante, de acuerdo a lo registrado en la historia se realizó el diagnóstico relacionado con los síntomas y signos que presentaba el paciente y con base en ello se formuló la medicación correspondiente.”*

En aclaración de la pericia precisó:

1. Respecto a la atención inicial de urgencias del 7 de septiembre de 2007 en el Centro de Atención Ambulatoria de Chapinero de la ESE Luis Carlos Galán, se indica que:

*“(…) hay que separar el diagnóstico de la primera atención y el del reingreso realizados el 7 de septiembre a las 14 horas y a las 20 horas (El registro de esta historia clínica fue realizado a mano).*

*a. El diagnóstico de la primera atención es cardiopatía hipertensiva que corresponde a la enfermedad general que el paciente tenía relacionado con sus cifras de tensión arterial encontradas en el examen físico, pero que no está relacionada con el motivo de consulta. Vale la pena destacar que el formato que observo para la realización de la historia clínica está muy restringido en espacio por lo que no hay aporte de más información.*

*b. Al reingreso el diagnóstico es inicialmente “precordialgia” y en la hoja de remisión “isquemia coronaria aguda”. En esta ocasión el médico solicitó un electrocardiograma que junto con la evolución clínica del paciente le permitió orientar el diagnóstico y que suscitó la remisión inmediata.” (se resalta)*

2. Respecto a la idoneidad de la atención del paciente en la Clínica San Pedro Claver el 7 de septiembre de 2007, señala que *“Al revisar la histórica clínica, se observa que se prestó la atención inicial de urgencias, realizando el diagnóstico de edema pulmonar y síndrome coronario agudo, para lo cual se solicitaron electrocardiograma y laboratorios, y se trasladó el paciente a la unidad de dolor torácico. En estos documentos no está el plan terapéutico, pero en la epicrisis se describe la administración de medicamentos correspondiente al diagnóstico planteado.”*

3. Aclara que en la atención del 7 de septiembre de 2007 en el Centro de Atención Ambulatoria de Chapinero, el paciente presentaba hipertensión arterial de 160/100, que corresponde a hipertensión no controlada grado 2, la cual es un factor de riesgo para presentar infarto agudo al miocardio. No obstante, lo que produce el infarto es la oclusión de la arteria coronaria por una placa ateromatosa<sup>34</sup>.

<sup>34</sup> “¿Qué es un ateroma? Una placa de ateroma es una lesión que se produce por la aparición de un “abultamiento” en la pared interna de una arteria. Algunos la definen como una placa de células muertas de colesterol en la pared arterial que bloquea el flujo sanguíneo. Y es que, la aparición de una de estas placas hace que el diámetro de las arterias se reduzca y, por tanto, se obstaculice el pasaje de la sangre. Pero ¿en qué consiste este “abultamiento” y qué peligro puede tener para la salud? (...) “Una placa de ateroma es un engrosamiento localizado de la pared de la arteria en cuyo interior suele haber una gran cantidad de colesterol, suele haber también una parte de tejido fibroso y células muertas”. (...) “La consecuencia más grave de las placas de ateromas es el infarto agudo miocárdio”.

¿Por qué se desarrolla una placa de ateroma? Las placas de ateromas son unas lesiones localizadas en el interior de las arterias. Se desarrollan fundamentalmente porque el cuerpo interpreta que ha habido una agresión a la arteria. Esta agresión suele ser el exceso de colesterol, pero hay otras muchas causas. “No pensemos que sólo el colesterol daña a las arterias. El exceso de glucosa o de azúcar también provoca agresiones a las arterias. Es lo que ocurre en las diabetes. También podemos mencionar las alteraciones químicas que provocan hábitos como el tabaco o la hipertensión arterial, que produce alteraciones del flujo de la sangre”. Ante estas agresiones, la se defiende formando una especie de abultamiento, o engrosamiento localizado en su pared compuesto por tejido fibroso y células muertas. (...)” Consultado en: <https://www.redtrescero.es/es/actualidad/redcast-que-es-una-placa-de-ateroma-y-por-que-puede-poner-en-riesgo-tu-salud>

	4. Finalmente, en relación a la atención proporcionada el 7 de septiembre de 2007, en el Centro de Atención Ambulatoria de Chapinero ESE Luis Carlos Galán, señala que el documento de historia clínica “ <i>es muy restrictivo para analizar la atención integral del paciente y definir la actuación médica acorde con la lex artis</i> ”.
--	--

**6.5.1.3.** Conjunto probatorio del que se tienen, contrastado el debate que se suscita en esta instancia, como relevantes los siguientes **hechos probados**:

- El 7 de septiembre de 2007, a las 14:32 horas el señor VICENTE ACOSTA JARA, de 60 años de edad, ingresó a urgencias del Centro de Atención Ambulatoria de Chapinero de la ESE Luis Carlos Galán Sarmiento, con **motivo de la consulta “Sensación de ahogo, ansiedad y mucho cansancio para caminar”**.
- A las 2:50 p.m., fue atendido por el médico cirujano Armando Aranqo, quien registra que trata de cuadro clínico de un (1) mes de evolución consistente en disnea asociada a dolor precordial, con antecedentes de hipertensión arterial, con hallazgos físicos de tensión arterial de 160/100 (indicativo de hipertensión no controlada grado 2), la cual es un factor de riesgo para presentar infarto agudo al miocardio, FC 96, FR 14, T 37, sin déficit neurológico aparente. Panorama clínico en atención al cual **diagnostica cardiopatía hipertensiva**<sup>35</sup>, sin indicación de surtimiento de apoyo diagnóstico de laboratorio, o electrocardiograma, ni orden de observación, se realiza medicación, a saber: Metoprolol, hidroclorotiazida, Verapamilo, Enalapril, y Asa. Dándose salida a las 15:00 horas.
- Si bien, el tratamiento realizado con oxígeno, líquidos, asa, metoprolol, verapamilo y heparina profiláctica, corresponden al manejo para síndrome coronario agudo e hipertensión, el verapamilo no debe formularse

<sup>35</sup> “Se refiere a problemas cardíacos que ocurren debido a la presión arterial alta que permanece durante mucho tiempo. La presión arterial alta significa que la presión dentro de los vasos sanguíneos (llamados arterias) es muy alta. A medida que el corazón bombea contra esta presión, tiene que trabajar más arduamente. Con el tiempo, esto lleva a que el miocardio se engruese. Debido a que a menudo no hay síntomas con la presión arterial alta, las personas pueden tener este problema sin saberlo. Los síntomas frecuentemente no se presentan hasta después de muchos años de un mal control de la presión arterial, cuando se presenta daño al corazón. Con el tiempo, el músculo se vuelve tan grueso que no recibe suficiente oxígeno. Esto puede causar [angina](#) (dolor torácico). Sin un control adecuado de la presión arterial el corazón puede debilitarse y con el tiempo puede presentar una [insuficiencia cardíaca](#). La presión arterial alta también conduce al engrosamiento de las paredes de los vasos sanguíneos. Cuando se combina con depósitos de colesterol en los vasos sanguíneos, aumenta el riesgo de ataque cardíaco y accidente cerebrovascular. La cardiopatía hipertensiva es la principal causa de enfermedad y muerte por presión arterial alta.”. Consultado en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000163.htm>

conjuntamente con el metoprolol por riesgo de bloqueo del sistema de conducción, y también hizo falta la prescripción de nitroglicerina. Con todo, los síntomas iniciales presentados por el paciente, **“sugieran la necesidad de trasladarlo de manera prioritaria a un tercer nivel”**, y si bien no era posible sospechar “edema pulmonar” en ese momento, **sí “era necesario trasladarlo a un centro de mayor complejidad”** dado el motivo de consulta.

- Aunque en esta atención inicial de urgencias en el Centro de Atención Ambulatoria de Chapinero de la ESE Luis Carlos Galán, el diagnóstico cardiopatía hipertensiva corresponde a la enfermedad general que el paciente tenía relacionado con sus antecedentes y sus cifras de tensión arterial encontradas en el examen físico, **lo cierto es que no está relacionado con el motivo de consulta.**
- Ese mismo 7 de septiembre de 2007, a las 20:00 horas el señor VICENTE ACOSTA JARA, reingresa en regular estado al servicio de urgencias del Centro de Atención Ambulatoria de Chapinero de la ESE Luis Carlos Galán Sarmiento, donde es atendido nuevamente por el médico cirujano Armando Aranqo, por cuadro de dolor en epigastrio asociado a disnea, palidez y diaforesis, tensión arterial 100/60, FC 76 FR 18, T36. Situación frente a la cual **se diagnostica precordialgia**<sup>36</sup>. Con todo, se registra realización de Electrocardiograma que reporta **“Inversión de onda T en AvL ½ Y 1/3”**, no se registra orden de laboratorios, al respecto se aclara que no se cuenta con respaldo de laboratorio 24 horas. Se dispone: Reposo absoluto en cama con cabecera a 30°, O2 humidificado por cánula nasa, Asa, Heparina, Diclofenaco, Meperidina y **remisión inmediata a III nivel para valoración, a efectos que se defina conducta final por medicina interna por urgencias, con diagnóstico de isquemia coronaria aguda, determinado a partir del electrocardiograma ordenado en este reingreso del paciente.**
- La remisión hacia la Clínica San Pedro Claver se confirma a las 20:25 horas, y luego de varios requerimientos de la ambulancia, se surte hasta las 21:50 horas, con paciente en regular estado, hemodinámicamente estable, presentando gran

---

<sup>36</sup> “f. nombre genérico que se usa para designar a todos los dolores de la región precordial, y en particular, al angor pectoris o a las anginas de pecho no verdaderas.” Consultado en: <https://www.diccionariomedico.net/diccionario-terminos/1778-precordialgia>.

dolor en miembros inferiores, y diagnóstico de traslado de Infarto Agudo del Miocardio - IAM.

- El ingreso a la Unidad Hospitalaria Clínica San Pedro Claver de la ESE Luis Carlos Galán Sarmiento, se surtió a las 22:05 horas, motivo de consulta dificultad respiratoria, disnea progresiva de dos días de evolución, TA 140/90, FC 72, FR 30, estado general al ingreso malo, con diagnóstico de ingreso IAM, relacionado HTA y diagnóstico de egreso edema pulmonar<sup>37</sup>, y síndrome coronario agudo, para lo cual se solicitaron electrocardiograma y laboratorios, y se trasladó al paciente a la unidad de dolor torácico - UDT<sup>38</sup>, se administraron los medicamentos correspondientes al diagnóstico planteado, sin embargo, presentó mala evolución que termina con paro cardio respiratorio derivado de oclusión de la arteria coronaria por una placa ateromatosa<sup>39</sup>, falleciendo a las 4:05 horas pese a las maniobras de reanimación.

## **6.5.2. Análisis de la situación fáctica y decisión**

**6.5.2.1. Procede confirmar la sentencia proferida en primera instancia, como quiera que se configura la responsabilidad extracontractual, que compromete la obligación indemnizatoria de la CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES “CAPRECOM” (hoy PATRIMONIO AUTONOMO DE REMANENTES PAR CAPRECOM LIQUIDADO cuya vocera y administradora es la FIDUCIARIA LA PREVISORA S. A.), teniendo como daño infligido a las aquí accionantes, la pérdida de oportunidad para la sobrevivencia del señor VICENTE ACOSTA JARA.**

---

<sup>37</sup>

<sup>38</sup> Unidad de Dolor Torácico. Consultado en: <https://www.revespcardiol.org/es-unidades-dolor-toracico-organizacion-protocolo-articulo-13026387>

<sup>39</sup> “¿Qué es un ateroma? Una placa de ateroma es una lesión que se produce por la aparición de un “abultamiento” en la pared interna de una arteria. Algunos la definen como una placa de células muertas de colesterol en la pared arterial que bloquea el flujo sanguíneo. Y es que, la aparición de una de estas placas hace que el diámetro de las arterias se reduzca y, por tanto, se obstaculice el pasaje de la sangre. Pero ¿en qué consiste este “abultamiento” y qué peligro puede tener para la salud? (...) “Una placa de ateroma es un engrosamiento localizado de la pared de la arteria en cuyo interior suele haber una gran cantidad de colesterol, suele haber también una parte de tejido fibroso y células muertas”. (...) “La consecuencia más grave de las placas de ateromas es el infarto agudo miocardio”.

¿Por qué se desarrolla una placa de ateroma? Las placas de ateromas son unas lesiones localizadas en el interior de las arterias. Se desarrollan fundamentalmente porque el cuerpo interpreta que ha habido una agresión a la arteria. Esta agresión suele ser el exceso de colesterol, pero hay otras muchas causas. “No pensemos que sólo el colesterol daña a las arterias. El exceso de glucosa o de azúcar también provoca agresiones a las arterias. Es lo que ocurre en las diabetes. También podemos mencionar las alteraciones químicas que provocan hábitos como el tabaco o la hipertensión arterial, que produce alteraciones del flujo de la sangre”. Ante estas agresiones, la se defiende formando una especie de abultamiento, o engrosamiento localizado en su pared compuesto por tejido fibroso y células muertas. (...) Consultado en: <https://www.redtrescero.es/es/actualidad/redcast-que-es-una-placa-de-ateroma-y-por-que-puede-poner-en-riesgo-tu-salud>

**6.5.2.1.1-** Advertido que el señor VICENTE ACOSTA JARA, ingresó el 7 de septiembre de 2007, a las 14:32 horas a urgencias del CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA DE CHAPINERO DE LA ESE LUIS CARLOS GALÁN SARMIENTO, con motivo de la consulta “Sensación de ahogo, ansiedad y mucho cansancio para caminar”, cuadro clínico de un (1) mes de evolución consistente en disnea asociada a dolor precordial, y si bien al examen físico se evidenciaron antecedentes de hipertensión arterial, y se constata tensión arterial de 160/100 (indicativo de hipertensión no controlada grado 2), sin apoyo en diagnóstico de laboratorio, o electrocardiograma, ni orden de observación, se realiza diagnóstico de cardiopatía hipertensiva<sup>40</sup>, se ordena medicación, para este tipo de diagnóstico y se da salida a las 15:00 horas.

Lo cierto es que de conformidad con la pericia dicho diagnóstico no está relacionado con el motivo de consulta, aspecto en el que el experticio técnico es concluyente al indicar que los síntomas del paciente, “sugerían la necesidad de trasladarlo de manera prioritaria a un tercer nivel”, y si bien no era posible sospechar “edema pulmonar” en ese momento, sí “era necesario trasladarlo a un centro de mayor complejidad” dado el motivo de consulta. Pericia que además destacó ausencia de prescripción de nitroglicerina, e inadecuada prescripción de verapamilo que no debe formularse conjuntamente con el metoprolol por riesgo de bloqueo del sistema de conducción.

Omisión de remisión prioritaria, que se refuerza por la necesidad del paciente de reingresar **cinco (5) horas más tarde** a urgencias del Centro de Atención Ambulatoria de Chapinero de la ESE Luis Carlos Galán Sarmiento, ante el agravamiento de sus síntomas, presentando cuadro de dolor en epigastrio asociado a disnea, palidez y diaforesis, tensión arterial 100/60, FC 76 FR 18, T36. Segundo ingreso en el que es nuevamente atendido por el mismo galeno que lo auscultó en

---

<sup>40</sup> “Se refiere a problemas cardíacos que ocurren debido a la presión arterial alta que permanece durante mucho tiempo. La presión arterial alta significa que la presión dentro de los vasos sanguíneos (llamados arterias) es muy alta. A medida que el corazón bombea contra esta presión, tiene que trabajar más arduamente. Con el tiempo, esto lleva a que el miocardio se engruese. Debido a que a menudo no hay síntomas con la presión arterial alta, las personas pueden tener este problema sin saberlo. Los síntomas frecuentemente no se presentan hasta después de muchos años de un mal control de la presión arterial, cuando se presenta daño al corazón. Con el tiempo, el músculo se vuelve tan grueso que no recibe suficiente oxígeno. Esto puede causar [angina](#) (dolor torácico). Sin un control adecuado de la presión arterial el corazón puede debilitarse y con el tiempo puede presentar una [insuficiencia cardíaca](#). La presión arterial alta también conduce al engrosamiento de las paredes de los vasos sanguíneos. Cuando se combina con depósitos de colesterol en los vasos sanguíneos, aumenta el riesgo de ataque cardíaco y accidente cerebrovascular. La cardiopatía hipertensiva es la principal causa de enfermedad y muerte por presión arterial alta.”. Consultado en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000163.htm>

precedencia, quien en esta oportunidad en principio diagnostica precordialgia<sup>41</sup>, sin embargo, ordena electrocardiograma a partir del cual determina con suficiencia el desarrollo de una **isquemia coronaria aguda**, en atención al reporte de inversión de ondas T evidenciado en el electrocardiograma. No ordenó exámenes de laboratorio debido a que no se contaba con ese servicio las 24 horas, con todo, ordenó medicación y la remisión inmediata a III nivel para valoración, a efectos que se definiera conducta final por medicina interna por urgencias. Siendo precisamente esta omisión de remisión prioritaria a centro de mayor complejidad en el estadio de atención inicial, donde se evidencia la configuración de pérdida de oportunidad que estructura la responsabilidad reconocida por el Juez de Primera Instancia, máxime cuando el paciente presentaba disnea asociada a dolor precordial que implicaba una conducta preventiva del personal médico.

En especial, en atención a que la literatura médica señala frente a los daños que puede sufrir el miocardio, que la isquemia, la lesión y la necrosis miocárdica son los distintos grados de daño que sufre el miocardio ante un desbalance entre el oxígeno aportado por las arterias coronarias y el consumo del músculo cardíaco, esto es, tras un síndrome coronario agudo. Siendo el tiempo que dura la alteración el factor determinante de la aparición de la isquemia y su progresión a lesión o a necrosis. Cada alteración presenta cambios específicos en el electrocardiograma, permitiendo realizar su diagnóstico de forma rápida, en la isquemia se produce un retraso en la repolarización de las células miocárdicas, provocando alteraciones en la onda T. **“Durante las fases de isquemia y de lesión, el daño miocárdico es potencialmente reversible, no así en la fase de necrosis.”**<sup>42</sup>

Es de destacar también, en refuerzo de la configuración de pérdida de oportunidad, que en relación de las otras dos deficiencias destacadas por la pericia frente a la atención inicial, aunque se tiene que no hay prueba de suministro efectivo de medicación inadecuada, así como de la incidencia de falta de orden y suministro de nitroglicerina en la atención inicial para impedir el evento dañoso, conforme a la literatura médica se observa que la medicación de nitroglicerina se surte para reducir la carga de trabajo que soporta el miocardio, pues este nitrato de acción

---

<sup>41</sup> “f. nombre genérico que se usa para designar a todos los dolores de la región precordial, y en particular, al angor pectoris o a las anginas de pecho no verdaderas.” Consultado en: <https://www.diccionariomedico.net/diccionario-terminos/1778-precordialgia>.

<sup>42</sup> Consultado en: <https://www.my-ekg.com/infarto-ekg/isquemia-lesion-necrosis.php>

breve, dilata las venas, las arterias y las arteriolas, lo que a su vez reduce la precarga y la poscarga del ventrículo izquierdo y como resultado, la demanda miocárdica de oxígeno disminuye, lo que reduce la isquemia, razón por la cual “se recomienda la administración de nitroglicerina por vía intravenosa durante las primeras 24 a 48 h en los pacientes con insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio anterior extenso, dolor torácico persistente o hipertensión arterial.”<sup>43</sup>

Por tanto, de la realidad probatoria, y las conclusiones de la pericia no se infiere la alegada adecuación a la *lex artis* de la atención inicial que invoca el recurrente, por el contrario, se observa una inadecuada prestación del servicio de salud suministrado al señor VICENTE ACOSTA JARA, en atención de urgencias del 7 de septiembre de 2007, a las 14:32 horas en el Centro de Atención Ambulatoria de Chapinero de la ESE Luis Carlos Galán Sarmiento, que implicó una pérdida de oportunidad de sobrevivida del paciente, tal como lo determinó el Juez de Primera instancia, razón por la cual se confirmará su decisión.

Teoría de pérdida de oportunidad cuya aplicación resulta plausible como quiera que en el presente asunto, aunque no encuentra probado que no haber realizado la remisión prioritaria a centro de atención de mayor complejidad del señor VICENTE ACOSTA JARA, desde su atención inicial el 7 de septiembre de 2007, asume como la causa eficiente de su fallecimiento, no es menos cierto, que evidencia probado que de haber asumido con criterio de precaución, el manejo del cuadro que presentaba hubiera tenido oportunidad de sobrevivir, y por consiguiente, que el daño infligido a las aquí accionantes, constituye en la pérdida de oportunidad para la sobrevivencia de la víctima directa.

Con todo, no resulta comprensible porqué en la atención inicial, frente a los motivos de consulta (Sensación de ahogo, ansiedad y mucho cansancio para caminar, cuadro clínico de un (1) mes de evolución consistente en disnea asociada a dolor precordial), no se surtió remisión prioritaria a nivel superior de atención, o cuando menos se surtió electrocardiograma que hubiera permitido tener una aproximación acertada del estado de la situación coronaria del paciente, examen que en la

---

<sup>43</sup> “La isquemia es la reducción del flujo sanguíneo en los tejidos del cuerpo humano que provoca la disminución de la cantidad de oxígeno y nutrientes en la zona afectada: si faltan estos dos elementos fundamentales de las células, las consecuencias sobre los tejidos y los órganos afectados pueden ser muy graves, llegando en ocasiones a la necrosis.”. Consultado en: <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/isquemia#>

segunda atención sí se ordenó ante el agravamiento de la condición de salud y permitió dar un diagnóstico adecuado.

**6.5.2.1.2- De las pretensiones indemnizatorias prosperan las de reconocimiento de los perjuicios morales únicas requeridas por las demandantes, por encontrarse acreditado parentesco por consanguinidad en grado en que se presume la aflicción por muerte del pariente cercano.**

Bajo tamiz de la anterior premisa, resulta de interés con fines a la fundamentación del perjuicio moral por muerte y su cuantificación, que la Sala de la Sección Tercera, en sentencia de unificación del 28 de agosto de 2014, estableció cinco niveles de cercanía afectiva entre la víctima directa del daño o causante y quienes acuden a la justicia en calidad de perjudicados o víctimas indirectas, conforme sigue

REPARACIÓN DEL DAÑO MORAL EN CASO DE MUERTE					
REGLA GENERAL					
	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
	Relaciones afectivas conyugales y paterno filiales	Relación afectiva del 2° de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)	Relación afectiva del 3° de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4° de consanguinidad o civil	Relaciones afectivas no familiares - terceros damnificados
Porcentaje	100%	50%	35%	25%	15%
Equivalencia en salarios mínimos	100	50	35	25	15

Para los niveles 1 y 2, en que subsumen los aquí accionantes, se requiere solo la prueba del estado civil, que acredite el parentesco, y conforme decantó antes, en el presente asunto encuentra cumplido.

Por consiguiente, procede el reconocimiento de indemnización por perjuicio moral, aunque su cuantificación debe conjugar que la imputación se hace por pérdida de oportunidad, por cuanto difiere del esquema conceptual de la precitada sentencia de unificación, aunque asume como referente, y determina con apoyo en el arbitrio judicial, un cincuenta por ciento de los quantums fijados en aquella.

Ello es y respecto de las demandantes de quienes se demostró parentesco en primer grado de consanguinidad, FLOR ALBA GÓMEZ CORTÉS y SANDRA

MILENA ACOSTA GÓMEZ, en calidad de esposa e hija de la víctima directa respectivamente, tal como lo dispuso el Juez de Primera Instancia **cincuenta (50) salarios mínimos mensuales legales vigentes - smlmv- a la fecha de esta sentencia.**

**6.5.3. No encontrándose probada temeridad manifiesta, no procede condena en costas del extremo procesal vencido.**

Como quiera que tratándose de proceso que por preceptiva del artículo 308 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo – CPACA, se regula conforme ha venido decantando, por el régimen anterior, se tiene quede conformidad con el artículo 171 del Código Contencioso Administrativo CCA, reformado por el artículo 55 de la Ley 446 de 1998, la condena en costas exige que se establezca temeridad del extremo procesal que se grava con aquella, y en contraste con la conducta procesal de los aquí accionantes, no se satisface el precitado requerimiento normativo.

**En mérito de lo expuesto, EL TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA – SECCIÓN TERCERA – SUBSECCIÓN “C”, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,**

**FALLA**

**PRIMERO: CONFIRMAR** la sentencia veintinueve (29) de marzo de dos mil diecinueve (2019), proferida por el Juzgado Sesenta y Cinco (65) Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá, conforme a lo expuesto en esta providencia.

**SEGUNDO: Abstenerse** de condenar en costas.

**TERCERO:** Ejecutoriada esta decisión, devuélvase el expediente al Juzgado de origen para lo de su competencia.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

**MARÍA CRISTINA QUINTERO FACUNDO**  
**Magistrada**

**FERNANDO IREGUI CAMELO**  
**Magistrado**

**JOSÉ ÉLVER MUÑOZ BARRERA**  
**Magistrado**

MAMB