



Bogotá D.C., veintitrés (23) de junio de dos mil veintiuno (2021)

Asunto	Proceso ordinario de reparación directa
Radicación No.	11001-33-43-060-2017-00252-00
Accionantes	Luz María Ramírez Tamayo
Accionado	Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE
Sentencia No.	2021-0101RD
Tema	Falla en el servicio médico – Error de diagnóstico de urgencias
Sistema	Oral

Contenido

1. ANTECEDENTES	2
2. PARTES	2
3. LA DEMANDA	2
3.1 HECHOS RELEVANTES	2
3.1.1 ACERCA DEL HECHO DAÑOSO Y DE LA FALLA DEL SERVICIO	3
3.1.2 ACERCA DEL DAÑO	4
3.2 PRETENSIONES.....	4
4. LA DEFENSA	6
4.1 ACERCA DE LOS HECHOS RELEVANTES	6
4.2 ACERCA DE LAS PRETENSIONES	8
4.3 EXCEPCIONES.....	8
4.3.1 AUSENCIA DE FALLA DEL SERVICIO POR PARTE DE LA ENTIDAD DEMANDADA	8
4.3.2 AUSENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE EL ACTUAR DEL HOSPITAL SANTA CLARA Y EL POSTERIOR DESENLACE DEL PACIENTE	9
4.3.3 HECHO DETERMINANTE DE UN TERCERO AJENO AL HOSPITAL SANTA CLARA	9
4.4 RAZONES DE LA DEFENSA	10
4.4.1 DE LOS HECHOS QUE DIERON LUGAR A LA DEMANDA	10
4.4.2 EN CUANTO A LA IMPUTACIÓN DE RESPONSABILIDAD.....	10
5. TRÁMITE	11
6. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN	12
6.1 PARTE DEMANDANTE	12
6.2 PARTE DEMANDADA.....	16
6.2.1 EN CUANTO A LOS HECHOS QUE SE LOGRARON PROBAR EN EL TRÁMITE DE INSTANCIA	17
6.2.2 DEL SUSTENTO LEGAL, CONSTITUCIONAL Y JURISPRUDENCIAL A TENER EN CUENTA EN LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA	19
A. LA EXISTENCIA DE UN DAÑO ANTIJURÍDICO, QUE IMPLIQUE LESIÓN DE UN BIEN JURÍDICAMENTE TUTELADO	20
B. UNA AUSENCIA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, OMISIÓN, RETARDO, IRREGULARIDAD O INEFICIENCIA DEL MISMO.....	20
C. UNA RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE EL DAÑO Y LA FALLA	20



7. CONCEPTO DE LA AGENCIA DEL MINISTERIO PÚBLICO	22
8. CONSIDERACIONES	22
8.1 TESIS DE LAS PARTES.....	22
8.2 PROBLEMA JURÍDICO.....	22
8.3 LA RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO.....	22
8.3.1 ACERCA DEL HECHO DAÑOSO	23
8.3.2 ACERCA DEL NEXO CAUSAL - FALLA DEL SERVICIO.....	23
8.3.3 ACERCA DEL DAÑO	34
8.4 CASO CONCRETO.....	35
8.5 CONDENA EN COSTAS.....	35
8.6 COPIAS Y ARCHIVO.....	35
9. DECISIÓN.....	36

1. ANTECEDENTES

Agotadas las etapas del proceso declarativo ordinario pasa a proferirse sentencia dentro del presente proceso.

2. PARTES

Son partes del proceso las siguientes:

A.	Demandante	Identificación
1	Luz María Ramírez Tamayo	C.C. 39.523.092
2	Danny Andrés Vargas Ramírez	C.C 1.007.722.298
3	Nidia Paola Ramírez Tamayo	C.C. 52.822.156
4	Carol Elizabeth Bolaños Ramírez	Menor de edad
B.	Demandada	
1	Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente	
C.	Ministerio Público	
1	Procuraduría 79 Judicial I para Asuntos Administrativos de Bogotá	

3. LA DEMANDA

Los elementos esenciales de la demanda se resumen a continuación

3.1 HECHOS RELEVANTES

Los hechos se resumen conforme los elementos de la responsabilidad patrimonial del Estado:



3.1.1 ACERCA DEL HECHO DAÑOSO Y DE LA FALLA DEL SERVICIO

Se relata en la demanda que el 1 de enero de 2016 el señor CARLOS ANDRÉS RAMÍREZ TAMAYO recibió un impacto de bala de arma de fuego, siendo llevado por MARÍA JENIFFER BARRAGÁN ARTUNDUAGA y MAXIMINA ARTUNDUAGA SALAMANCA, novia y suegra respectivamente a eso de las 3:30 a.m. al servicio de urgencias del Hospital Santa Clara ESE, en compañía de varios integrantes de la Policía Nacional a quienes se les informó la novedad.

Las señoras MARÍA JENNIFER BARRAGÁN ARTUNDUAGA y MAXIMINA ARTUNDUAGA SALAMANCA suministraron los pormenores y motivos por los cuales acudían al servicio de urgencias indicando acerca de los impactos de arma de fuego recibidos por CARLOS ANDRÉS RAMÍREZ TAMAYO.

Una vez se le informaron los detalles al médico de turno, indicó que lo que padecía era un grado de intoxicación por consumo de alcohol, sin más explicaciones y ordenándose a las señoras MARÍA JENNIFER BARRAGÁN ARTUNDUAGA y MAXIMINA ARTUNDUAGA SALAMANCA se salieran del lugar de atención y volvieran posteriormente mientras se procedía la desintoxicación de CARLOS ANDRÉS RAMÍREZ TAMAYO.

El señor CARLOS ANDRÉS RAMÍREZ RAMAYO fue valorado por el médico de turno WILLIAM TAMAÑO NIÑO, quien realiza el triage a las 4:57:44 a.m. donde observa según su criterio signos vitales:

Tensión arterial	:	93/43
Frecuencia cardiaca	:	110
Frecuencia respiratoria	:	18
Temperatura	:	36.9°

Se dio como diagnóstico: "Otros síntomas y signos que involucran la función cognitiva y la conciencia y los no especificado" (Sic) quedando registrado el ingreso del paciente a las 5:06 a.m. del 1 de enero de 2016.

En una segunda oportunidad a eso de las 5:50 a.m. del mismo 1 de enero de 2016 el paciente es valorado por el médico WILLIAM TAMAYO NIÑO, quien de acuerdo con su criterio diagnosticó:

"ANÁLISIS Y JUSTIFICACIÓN DE ESCANCIA A PACIENTE QUE LUEGO DE INGERIR ALCOHOL INICIÓ SÍNTOMAS SUGESTIVOS DE TRASTORNO ANSIOSO, LOS CUALES SE HAN VENIDO CALMANDO PAULATINAMENTE, SIN EMBARGO AUN SE NOTA INQUIETO SE INGRESA PARA INICIO DE MANEJO MÉDICO, TOMA DE PARACLÍNICOS, PERFIL TOXICOLÓGICO, POR SOSPECHA DE INTOXICACIÓN AGUDA" (sic)

Sin algún otro manejo ni atención según se demuestra con la historia clínica.

En la historia clínica se registra a las 12:03 del medio día del 1 de enero de 2016:

"Siendo las 11:05, AM INGRESA PACIENTE DE 29 AÑOS DE EDAD TRASLADADO DE PASILLOS SIN SIGNOS VITALES, CIANOSIS GENERALIZADA Y PUIPIAS MIDRIÁTICA. SE REVISAS PULSO CAROTIDEO AUSENTE. POR LO QUE SE INICIA REANIMACIÓN AVANZADA CARDIOPULMONAR A RELACIÓN 30 X 2. ADRENALINA 1 MG EN DOS DOSIS. LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA FUE INTOXICACIÓN POR INTERROGATORIO AL INGRESO POR LO QUE SE DECIDE ADMINISTRAR NAXOLONA Y BICARBONATO DE SODIO. DESPUÉS DE 7:30 MINUTOS PRESENTA RETORNO A LA CIRCULACIÓN



ESPONTANEA, SE REALIZA REVISIÓN SECUNDARIA ENCONTRANDO TRAUMA A NIVEL DE BRAZO IZQUIERDO TERCIO SUPERIOR CARA LATERAL HERIDA POR ARMA DE FUEGO ORIFICIO DE ENTRADA EN ZONA DESCRITA SIN ORIFICIO DE SALIDA. SE ABRE POSIBILIDAD DIAGNÓSTICA ENTONCES HIPOVOLEMICO SECUNDARIO A HERIDA POR ARMA DE FUEGO CON ALTA POSIBILIDAD DE LOCALIZACIÓN INTRATORACICA."

A la 1:45 p.m. del 1 de enero de 2016 se registra anotación:

"DIAG-PREOPERATORIO HERIDA POR PROYECTIL ARMA DE FUEGO EN TÓRAX + HEMOTORAX DIAG – POSOPERATORIO HEMOTORAX MASIVO SECUNDARIO A LESIÓN DE TRANSFICCIANTE DEL LÓBULO SUPERIOR (SEGMENTO APICOPOSTERIOR) CON SANGRADO ACTIVO PROCEDIMIENTO TRACTOTOMIA Y NEUMORRAFIA DEL LÓBULO SUPERIOR IZQUIERDO + VENTANA PERICARDICA NEGATIVA + DRENAJE HEMOTORAX MASIVO + MAS MASAJE CARDIACO POR TORACOTOMIA ANTEROLATERAL IZQUIERDA COMPLICACIONES AL FIUNALIZAR LA TRACTOTOMIA Y NEUMORRAFIA Y HABIENDO CONTROLADO EL SANGRADO. EL PACIENTE EN ACTIVIDAD ELÉCTRICA SIN PULSO SE REANIMA DURANTE 22 MINUTOS SIN RESPUESTA CLINICA."

Con la defectuosa y tardía atención médica por parte de los funcionarios del Hospital Santa Clara al señor CARLOS ANDRÉS RAMÍREZ TAMAYO falleció a las 13:30 aproximadamente según consta en la historia clínica.

Ningún médico ni mucho menos el doctor WILLIAM ALBERTO TAMAYO NIÑO tuvo en consideración las circunstancias que le fueron expuestas por las señoras MARÍA JENNIFER BARRAGÁN ARTUNDUAGA y MAXIMINA ARTUNDUAGA SALAMANCA, en relación al impacto de arma de fuego que recibiera CARLOS ANDRÉS RAMÍREZ TAMAYO, quedando ausente la debida y obligatoria LEX ARTIS médica.

3.1.2 ACERCA DEL DAÑO

El señor CARLOS ANDRÉS RAMÍREZ TAMAYO era hijo de LUZ MARÍA RAMÍREZ TAMAYO y hermano de NIDIA PAOLA RAMÍREZ TAMAYO y tío de DANNY ANDRÉS VARGAS RAMÍREZ y CAROL ELIZABETH BOLAÑOS RAMÍREZ.

La señora LUZ MARÍA RAMÍREZ TAMAYO dependía económicamente del ingreso percibido por CARLOS ANDRÉS RAMÍREZ TAMAYO.

Los hechos narrados en razón de la pérdida del señor CARLOS ANDRÉS RAMÍREZ TAMAYO, sus parientes y familiares, han estado en constante desasosiego, tristeza y dolor, angustia y zozobra por la pérdida de su hijo, hermano y tío.

A la fecha de presentación de la demanda, la familia RAMÍREZ TAMAYO no había podido superar la muerte de CARLOS ANDRÉS RAMÍREZ TAMAYO.

3.2 PRETENSIONES

Las pretensiones han sido planteadas de la siguiente forma:

"Con base en los hechos enunciados, en los documentos allegados a esta demanda y las pruebas que se llegasen a practicar durante el proceso, actuando en mi calidad de apoderado judicial de los señores LUZ MARIA RAMIREZ TAMAYO y DANNY ANDRES VARGAS RAMIREZ mayores de edad y domiciliados en la ciudad de Bogotá y de la señora NIDIA PAOLA RAMIREZ TAMAYO, también mayor de edad y



domiciliada en la ciudad de Bogotá, quien actúa en nombre propio y en nombre y representación de la menor CAROL ELIZABETH BOLAÑOS RAMIREZ, según poder que allego y que expresamente acepto, con todo respeto manifiesto a Usted que instauró demanda ordinaria ejerciendo la acción de REPARACION DIRECTA contra HOSPITAL SANTA CLARA ESE, representado por su RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. por medio de su representante legal o por quien haga sus veces y contra medico WILLIAM ALBERTO TAMAÑO NIÑO, mayor de edad, domiciliado en Bogotá e identificado con la cédula de ciudadanía Numero 1.098.629.912 y registro medico 3266-2012, para que previos los trámites del proceso ordinario se sirva hacer las siguientes declaraciones y condenas:

PRIMERO: Declarar patrimonialmente responsable al HOSPITAL SANTA CLARA ESE, representado por su RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. y al médico WILLIAM ALBERTO TAMAÑO NIÑO, por los perjuicios morales ocasionados a los señores LUZ MARIA RAMIREZ TAMAYO y DANNY ANDRES VARGAS RAMIREZ, NIDIA PAOLA RAMIREZ TAMAYO, y al menor CAROL ELIZABETH BOLAÑOS RAMIREZ, por la muerte del señor CARLOS ANDRES RAMIREZ TAMAYO (Q.E.P.D.) el 1 de enero de 2016.

SEGUNDO: En consecuencia, sírvase condenar al HOSPITAL SANTA CLARA ESE, representado por su RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. y al médico WILLIAM ALBERTO TAMAÑO NIÑO, a pagar a favor de los señores LUZ MARIA RAMIREZ TAMAYO y DANNY ANDRES VARGAS RAMIREZ, NIDIA PAOLA RAMIREZ TAMAYO y al menor CAROL ELIZABETH BOLAÑOS RAMIREZ, la suma equivalente a CUATROCIENTOS SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES, por concepto de daño moral subjetivo que les fuere causado, con ocasión de la muerte del señor CARLOS ANDRES RAMIREZ TAMAYO (Q.E.P.D.) el 1 de enero de 2016, así:

*200 SMLMV para la señora LUZ MARIA RAMIREZ TAMAYO
100 SMLMV para la señora NIDIA PAOLA RAMIREZ TAMAYO
50 SMLMV para el señor DANNY ANDRES VARGAS RAMIREZ
50 SMLMV para el menor CAROL ELIZABETH BOLAÑOS RAMIREZ*

TERCERO: En consecuencia, sírvase condenar al HOSPITAL SANTA CLARA ESE, representado por su RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. y al médico WILLIAM ALBERTO TAMAÑO NIÑO, la suma equivalente a CUATROCIENTOS SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES, por concepto de daño en la vida en relación que les fuere causado, con ocasión de la muerte del señor CARLOS ANDRES RAMIREZ TAMAYO (Q.E.P.D.) el 1 de enero de 2016, así:

*200 SMLMV para la señora LUZ MARIA RAMIREZ TAMAYO
100 SMLMV para la señora NIDIA PAOLA RAMIREZ TAMAYO
50 SMLMV para el señor DANNY ANDRES VARGAS MIREZ
50SMLMV para el menor CAROL ELIZABETH BOLANOS RAMIREZ*

CUARTO.: Se ordene al HOSPITAL SANTA CLARA ESE, representado por su RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y al médico WILLIAM ALBERTO TAMAÑO NIÑO, a pagar a mis mandantes las anteriores sumas dentro de los 180 días siguientes a la fecha de ejecutoria de la sentencia que así lo disponga, y si vencido tal plazo, no se ha dictado la resolución de cumplimiento de la misma, se ordene la liquidación de intereses moratorias, a la tasa máxima legal permitida.



QUINTO: Se condene a las entidades demandadas al pago de las costas a que diere lugar el presente proceso." (Sic)

4. LA DEFENSA

La parte demandada descurre el traslado de la siguiente forma:

4.1 ACERCA DE LOS HECHOS RELEVANTES

Respecto de los hechos, precisa la parte demandada que es cierto que el señor CARLOS ANDRÉS RAMÍREZ TAMAYO fue llevado al Hospital Santa Clara el 1 de enero de 2016, precisando que según la historia clínica, ingresó al centro hospitalario a las 4:57 a.m. y no a las 3:30 a.m. como se indica en la demanda.

No es cierto lo afirmado en la demanda en tanto la historia clínica registra que el motivo de consulta por urgencia fue "estaba tomando y me siento mal", de modo que no fue otro el motivo de la consulta, pues de haber sido como se afirma en la demanda, que le contaron las acompañantes al médico de urgencias sobre el supuesto impacto por arma de fuego, no solo habría quedado registrado en la historia clínica tal hecho, pues semejante noticia no puede pasar desapercibida, sino que la conducta médica a seguir habría sido pasar inmediatamente a cirugía, tal como prescribe el protocolo médico de atención en estos casos. Adicionalmente la parte demandante entra en contradicción al indicar que las acompañantes dieron todos los pormenores al médico sobre "los impactos de arma de fuego recibidos por Carlos Andrés Ramírez". No queda claro si era uno o varios. Tampoco aparece en la historia clínica que el paciente haya sido llevado en compañía de varios integrantes de la Policía, pues de haber sido así, habría quedado referenciado tal circunstancia.

El paciente CARLOS ANDRÉS RAMÍREZ fue valorado por el médico de urgencias WILLIAM TAMAYO NIÑO, se le hizo TRIAGE a las 4:57 a.m. y de acuerdo con la información suministrada por el paciente quien llegó consciente y orientado, el motivo de consulta fue "estaba tomando y me siento mal", y según su estado hemodinámico se le clasificó en TRIAGE II de atención.

Debe notarse que el médico pregunta por el motivo de consulta, a lo que refiere solamente que "estaba tomando y me siento mal", niega antecedentes de importancia, que consulta por cuadro clínico de una hora (es decir hacía una hora que había empezado a sentirse mal), se encontró que tenía agitación, palidez mucocutánea, diaforesis, polidipsia, mareo, por lo cual es traído por la novia. Niega consumo de sustancias psicoactivas.

En la valoración física que hace el médico encontró como hallazgos que el paciente está normo reactivo, no trabajo respiratorio, conjuntivas normocrómicas, mucosa oral húmeda, cuello sin masas, campos bien ventilados sin sobre agregados, abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni organomegalias, extremidades sin edemas, bien perfundidas, neurológico bajo efectos residuales de alcohol, pupilas isocóricas 2 mm, hiporeactivas, moviliza las 4 extremidades.

Nótese que el paciente habiendo sido clasificado en un TRIAGE II, donde según los protocolos el tiempo de espera para la atención es de más de 30 minutos, fue atendido a las 5:06 AM, es decir apenas 9 minutos después, lo cual evidencia la oportunidad y pertinencia de la atención médica. Con esto se evidencia que tanto en el TRIAGE como en la valoración de las 5:06 AM el paciente estaba alerta y orientado, donde el motivo de la consulta fue únicamente que estaba tomando y empezó a sentirse mal y a pesar de estar consciente no refirió cosa distinta.



Nuevamente a las 5:50 AM (45 minutos después) el paciente es valorado y se encuentra que está orientado, alerta y se registra que "luego de ingerir alcohol inicio síntomas sugestivos de trastorno ansioso, los cuales se han venido calmando paulatinamente; sin embargo aún se nota inquieto, se ingresa para inicio de manejo médico, toma de paraclínicos, perfil toxicológico por sospecha de intoxicación aguda."

Como plan de manejo o tratamiento se ordena "1) observación, 2) SSN 1000 cc en bolo y continuar a 100 CC por hora 3) ranitidina 50 mg IV cada 12 horas, 4) toma de perfil toxicológico + CH + FR, 5) revaloración con soportes, 6) CV y AC"

Así pues, en la valoración para la clasificación de la oportunidad de la atención a su ingreso (TRIAGE II) quién era tu médico de valoración por parte del médico no aparece por algún lado el que alguien le haya propinado un disparo y que ese fuera el principal motivo de la consulta.

En el acto médico se dan dos situaciones bien diferenciadas pero complementarias. De un lado, el deber de verdad por parte del paciente (o su acompañante si no está consciente) de contarle al médico el real motivo de la consulta y cuáles son sus dolencias, y de otra parte de la valoración que hace directamente el médico conforme a lo dicho por el paciente, además de evidenciar a sus signos vitales, quedando claro que el médico no fue informado de que el paciente había sufrido un impacto de arma de fuego, pues de haber sido así, el procedimiento habría sido otro, pues ello no puede pasar desapercibido. todo ello aunado a que el paciente no evidenciaba por alguna parte que estuviese sangrando lo que es sumamente raro cuando hay un impacto de arma de fuego.

La parte demandada tiene como cierto lo anotado en la historia clínica en cuanto a la ocurrencia de un paro cardio respiratorio y el procedimiento de reanimación, realizándose una revisión secundaria y encontrando que presentaba herida por arma de fuego en el tercio superior izquierdo, cara lateral del brazo, sin orificio de salida, ante lo cual se abre la posibilidad diagnóstica de choque hipovolémico secundario a herida por arma de fuego y neumotórax. Ante este cuadro se traslada inmediatamente a sala de cirugía, anotando que no se encontraron familiares disponibles durante esos hechos.

Debe notarse que solamente hasta que el paciente presentó el paro cardio respiratorio y ante la revisión física secundaria que pudo evidenciarse lo de la herida por arma de fuego, pues no estaba sangrando ni este hecho había sido informado al momento del ingreso, pues de haber sido así, inmediatamente hubiera pasado el paciente a cirugía.

Es cierto que en la historia clínica se registra que al paciente a las 12:20 pm se le realiza procedimiento quirúrgico consistente en neumorrafia, ventana pericárdica y masaje cardiaco a tórax abierto, y habiendo controlado el sangrado, el paciente nuevamente presenta actividad eléctrica sin pulso y se le realiza reanimación durante 22 minutos sin respuesta clínica.

No es cierto lo afirmado por la parte demandante, pues la atención médica brindada al paciente fue oportuna y pertinente de conformidad con el motivo de la consulta, siendo distinto que no se le haya informado al médico de urgencias el verdadero motivo de la consulta, al tiempo que no se presentaba algún signo externo visible como sangrado que hiciera sospechar otra cosa fuera de la impresión clínica inicial de forma que el manejo hubiese sido distinto.

Los demás hechos no le constan a la demandada.



4.2 ACERCA DE LAS PRETENSIONES

La demandada se opone a la totalidad de las pretensiones de la demanda, por cuanto no existe fundamento fáctico ni jurídico alguno para ello, pues no hay elemento de prueba que evidencie que el ente hospitalario haya incurrido en falla en la prestación del servicio médico asistencial para el paciente CARLOS ANDRÉS RAMÍREZ TAMAYO para la época del 1 de enero de 2016 como lo refiere la parte demandante.

4.3 EXCEPCIONES

Como excepciones fueron planteadas las siguientes:

4.3.1 AUSENCIA DE FALLA DEL SERVICIO POR PARTE DE LA ENTIDAD DEMANDADA

La jurisprudencia del Consejo de Estado respecto de los casos de responsabilidad médica ha establecido que esta se fundamenta en la falla probada, de forma que cuando no se demuestra que la entidad ha fallado en la prestación del servicio no hay lugar a la declaración de responsabilidad.

Dice el alto Tribunal que "Finalmente, en 2006 se abandonó definitivamente la presunción de falla en el servicio para volver al régimen general de falla probada. Actualmente se considera que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el expediente todos los elementos que la configuran, esto es, el daño, la actividad médica y el nexo causal entre esta y aquel, sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados, incluso de la prueba indiciaria".¹

"La responsabilidad estatal por fallas en la prestación del servicio médico asistencial no se deriva simplemente a partir de la sola constatación de la intervención de la actuación médica, sino que debe acreditarse que en dicha actuación no se observó la *lex artis* y que esa inobservancia fue la causa eficiente del daño. Esa afirmación resulta relevante porque de conformidad con lo previsto en el artículo 90 de la Constitución, el derecho a la reparación se fundamenta en la antijuridicidad del daño, sin que sea suficiente verificar que la víctima o sus beneficiarios no estaban en el deber jurídico de soportarlo para que surja el derecho a la indemnización, dado que se requiere que dicho daño sea imputable a la administración, y sólo lo será cuando su intervención hubiera sido la causa eficiente del mismo"²

Se tiene entonces que en el presente caso no hay lugar a imputar responsabilidad al demandado porque sencillamente la demandada no tuvo nada que ver, ni por acción ni por omisión en la muerte del paciente.

La historia clínica da cuenta del actuar correcto y oportuno del personal médico frente al motivo de consulta indicado por el paciente que manifestó que estaba tomando se sentía mal, frente a la impresión diagnóstica en la consulta inicial y en el plan de manejo que se realizó para atender el caso.

Como se ha dicho precedentemente, por ninguna parte aparece que el motivo de la consulta fuera una herida por arma de fuego, pues un hecho como éste no podría pasar desapercibido, al tiempo que tampoco estaba sangrando la herida causada al momento del ingreso al servicio de urgencias. De igual forma, el personal médico hizo la valoración respectiva y encontró al paciente hemodinámica mente estable, con Glasgow 15/15, es

¹ Consejo de Estado - Sala de lo Contencioso Administrativo - Sección Tercera - Subsección B. Sentencia del 13 de noviembre de 2014. Expediente 31182. Radicación 05001233100019990321801.

² Consejo de Estado - Sección Tercera - Subsección B. Sentencia del 22 de marzo de 2012. Radicado 23132



decir, orientado, consciente, con buena motricidad y hablando perfectamente. en verdad, este es un caso realmente atípico, pues a pesar del actual correcto, diligente y prudente el personal médico asistencial sobrevino la muerte del paciente, pero en ello no tiene responsabilidad la institución.

Entonces, no es difícil concluir que la falla en el servicio por parte del demandado no existe, y ante ello lo único que cabe es la exoneración de toda responsabilidad por el hecho que se le imputa, pues como lo ha dicho la jurisprudencia del Consejo de Estado, no basta la actuación de la administración para imputar responsabilidad, sino que debe acreditarse que su actuar fue la causa eficiente del daño, y ello en el presente caso no está acreditado, por lo tanto esta excepción debe prosperar.

4.3.2 AUSENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE EL ACTUAR DEL HOSPITAL SANTA CLARA Y EL POSTERIOR DESENLACE DEL PACIENTE

La jurisprudencia y la doctrina enseñan que para poder declarar la responsabilidad se requieren 3 elementos indispensables: el daño, el hecho generador del mismo y el nexo causal que permitan imputar el daño a la conducta acción u omisión del agente generador.

El nexo causal es entendido como la relación o vínculo necesario y eficiente entre el hecho generador del daño y el daño probado.

No existe nexo de causalidad entre el actuar de la demandada y los motivos del fallecimiento del paciente, justamente porque la muerte tuvo como causa única y eficiente el impacto de un arma de fuego propinado por un tercero. Luego mal puede atribuirse comportamiento irregular de parte del hospital por algo en lo cual no tuvo nada que ver.

En temas de responsabilidad médica cuyo régimen es el de responsabilidad subjetiva, la parte demandante está en la obligación de acreditar la falla del servicio médico, bien por acción o por omisión, y en el presente caso no hay forma de acreditar el nexo causal que una la muerte del paciente con alguna falla institucional del demandado.

Debe entonces declararse probada la excepción de nexo de causalidad por cuanto no hay lugar a imputar responsabilidad al demandado por el fallecimiento del paciente.

4.3.3 HECHO DETERMINANTE DE UN TERCERO AJENO AL HOSPITAL SANTA CLARA

El único responsable de la muerte del señor CARLOS ANDRÉS RAMÍREZ es la persona que le propinó el impacto con arma de fuego, pues bien, se sabe del efecto letal de un disparo de esta naturaleza en la humanidad de una persona, siendo entonces el único responsable del daño antijurídico causado el autor del disparo.

Debe tenerse en cuenta que respecto de las circunstancias en las que le fuera propinado el disparo nunca fueron relatadas ni por el paciente ni por la novia y suegra, así como tampoco por los miembros de la Policía que supuestamente le acompañaron al hospital.

Cabe preguntarse si se presentó denuncia penal tendiente a determinar la responsabilidad penal del autor del homicidio, y de ser así, en qué terminó la investigación penal. De ello nada se dice en el proceso.

Por lo anterior no es dable imputar responsabilidad jurídica a la demandada, en la medida en que no fue su actuar la causa eficiente del daño sufrido por el paciente, sino



el impacto del proyectil de arma de fuego que fue propinado por un tercero ajeno a la institución hospitalaria.

En consecuencia, debe atenderse este eximente de responsabilidad, pues la muerte del paciente no se debió al actuar de la demandada.

4.4 RAZONES DE LA DEFENSA

Como razones de la defensa se plantearon las siguientes:

4.4.1 DE LOS HECHOS QUE DIERON LUGAR A LA DEMANDA

La demanda tiene su génesis en la supuesta falla en la atención médica a CARLOS ANDRÉS RAMÍREZ, luego de haber ingresado por urgencias el 1 de enero de 2016. Para demostrar este hecho, se indica que llegó al Hospital acompañado de su novia, su suegra y de la Policía por que había recibido un impacto de arma de fuego en su humanidad.

4.4.2 EN CUANTO A LA IMPUTACIÓN DE RESPONSABILIDAD

La jurisprudencia ha establecido que la obligación del servicio médico es de medio y no de resultado. Es decir, que respecto del paciente que ingresa al centro hospitalario en busca de ayuda médica para la recuperación de su salud, el personal médico únicamente asume la obligación de poner a disposición de tal cometido todos los medios a disposición (científicos, tecnológicos, humanos), de modo que no se compromete en manera alguna a que el paciente recupere efectivamente su salud.

Respecto de los efectos de la responsabilidad por las obligaciones de medio y de resultado ha señalado el Consejo de Estado que "cuando la obligación es de medio el deudor se exonera de responsabilidad probando diligencia y cuidado, en tanto que cuando la obligación es de resultado, éste deberá probar una causa extraña. O visto desde otro ángulo, cuando la responsabilidad se fundamente en la culpa la obligación que se contrajo es de medio y cuando se responde a título objetivo la obligación incumplida es de resultado. Por ello, aunque en la legislación colombiana no figura dicha clasificación, a ella se puede acudir a partir del régimen de responsabilidad que se aplique frente a determinadas obligaciones, bien por virtud de la ley o del desarrollo jurisprudencial."³

En cuanto a "lo que tiene que ver con la imputación del daño, la Sala considera pertinente precisar que en el asunto sub iudice el régimen bajo el cual se puede estructurar la responsabilidad del Estado es la falla probada del servicio, con las consecuencias probatorias que le son propias, tal y como se ha reiterado⁴, en el sentido de precisar que "... en la medida en que el demandante alegue que existió una falla del servicio médico asistencial que produjo el daño antijurídico por el cual reclama indemnización, ...deberá en principio, acreditar los tres extremos de la misma: la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y ésta..."⁵

Sentadas las premisas anteriores es pertinente establecer si hay lugar a imputar responsabilidad al Hospital Santa Clara por los hechos ocurridos a Carlos Andrés Ramírez.

³ Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera. Radicado 10530. Sentencia del 24 de junio de 1998.

⁴ Consejo de Estado – Sección Tercera – Subsección B. Sentencia del 22 de agosto de 2012. Expediente 26025. Ver entre otras las siguientes sentencias de la Sección Tercera del Consejo de Estado: 10 de febrero de 2000. Expediente 11878. Sentencia del 23 de abril de 2008. Expediente 17750.

⁵ Consejo de Estado – Sección Tercera. Sentencia del 11 de mayo de 2006. Expediente 14400.



La parte demandante sostiene que hay responsabilidad del demandado por la defectuosa y tardía atención médica del paciente, porque el médico que lo recibió en urgencias no atendió a la información que le fue presentada al ingreso y porque supuestamente el paciente había sufrido un impacto con un arma de fuego. Pero nada de lo dicho en tal afirmación aparece registrado en la historia clínica, pues solo aparece como motivo de consulta el que "estaba tomando y me siento mal"; llegó a las 4:57 AM al hospital se le dio un TRIAGE II y fue valorado oportunamente a las 5:06 AM máxima que para ese nivel de TRIAGE el tiempo de espera era aún mayor según los protocolos de urgencias

Resulta inverosímil el que habiendo ingresado por urgencias y el propio paciente y sus acompañantes hayan manifestado que el motivo de la consulta era el haber sido impactado por un arma de fuego ello hubiera pasado desapercibido para el personal médico pues tal como indican la Lex artis y los protocolos para este tipo de urgencias el plan de manejo es pasar inmediatamente a la cirugía. Luego, no es concebible que tal circunstancia haya ocurrido, por el contrario, el único motivo de consulta fue el que estaba tomando y me siento mal y por ello se le hizo la valoración física y efectivamente no evidenciar nada normal pues no estaba sangrando se diseñó el plan de manejo para dicho diagnóstico clínico

Nótese cómo luego del paro cardiorrespiratorio y en una segunda revisión minuciosa a la humanidad del paciente, se encontró la herida por el impacto de arma de fuego y entonces, como corresponde al obrar correcto y oportuno del personal médico de la institución, inmediatamente se dispuso inmediatamente todo un plan de manejo para restablecer hemodinámicamente al paciente, y fruto de la intervención médica se logra la reanimación y se dispone lo necesario para realizar el procedimiento quirúrgico.

Ese es el plan de acción para un paciente que ingresa herido por arma de fuego, de forma que si se hubiera indicado que este era el motivo de la consulta, otro habría sido el plan de atención médica, pero eso no fue lo que ocurrió, pues no lo indicó ni el paciente ni sus acompañantes, ni había signos externos que evidenciaran o hicieran sospechar una situación peor que pusiera en peligro la vida del paciente, de forma que el actuar médico fue correcto y diligente para el motivo inicial de la consulta y el diagnóstico médico que se efectuó.

Como lo ha sostenido la jurisprudencia de lo Contencioso administrativo, el régimen de responsabilidad médica versa sobre la falla probada y en el presente caso no hay evidencia de la falla del servicio, de forma que no puede inferirse algún tipo de responsabilidad por omisión en contra de la demandada en el presente asunto.

5. TRÁMITE

Las principales actuaciones dentro del proceso se surtieron de la siguiente forma:

Actuación	Fecha
Admisión de la demanda	2017/10/12
Audiencia inicial	2019/04/30
Audiencia de pruebas	2021/02/22
Al Despacho para fallo	2021/03/16

Se produjo la suspensión de términos judiciales de la siguiente forma durante el año 2020:

Acuerdo	Fecha	Desde	Hasta
PCSJA20-11517 Consejo Superior de la Judicatura	15/03/2020	16/03/2020	20/03/2020
PCSJA20-11518 Consejo Superior de la Judicatura	16/03/2020	16/03/2020	20/03/2020



Acuerdo	Fecha	Desde	Hasta
PCSJA20-11521 Consejo Superior de la Judicatura	19/03/2020	21/03/2020	03/04/2020
PCSJA20-11526 Consejo Superior de la Judicatura	22/03/2020	04/04/2020	12/04/2020
PCSJA20-11532 Consejo Superior de la Judicatura	11/04/2020	13/04/2020	26/04/2020
PCSJA20-11546 Consejo Superior de la Judicatura	25/04/2020	27/04/2020	10/05/2020
PCSJA20-11549 Consejo Superior de la Judicatura	04/05/2020	11/05/2020	24/05/2020
PCSJA20-11556 Consejo Superior de la Judicatura	22/05/2020	25/05/2020	08/06/2020
PCSJA20-11567 Consejo Superior de la Judicatura	05/06/2020	08/06/2020	01/07/2020

6. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

En la oportunidad para alegar de conclusión, las partes se pronunciaron de la siguiente forma:

6.1 PARTE DEMANDANTE

Al momento de alegar de conclusión, la parte demandante sostuvo que se probó y no se desvirtuó que el señor CARLOS ANDRÉS RAMÍREZ TAMAYO, en efecto en la madrugada del 1 de enero de 2016 recibió un impacto de arma de fuego, motivo por el cual fue llevado por MARÍA JENNIFER BARRAGÁN ARTUNDUAGA y MAXIMINA ARTUNDUAGA SALAMANCA, novia y suegra respectivamente del hoy occiso, a eso de las 3:30 a.m. a urgencias del Hospital Santa Clara ESE, en compañía de varios uniformados de la Policía Nacional, a quienes se les informó de la novedad del momento como se indicó en audiencia del 22 de febrero del año en curso.

La declaración rendida por la señora MAXIMINA ARTUNDUAGA da cuenta de que los funcionarios de urgencias sí tenían conocimiento desde el ingreso del señor CARLOS ANDRÉS de que tenía proyectiles en su cuerpo.

Una vez se informó a los médicos los detalles de la asistencia a urgencias, los médicos de turno indicaron que el señor CARLOS ANDRÉS RAMÍREZ TAMAYO padecía un grado de intoxicación por consumo de alcohol, sin más explicaciones, siendo evidente que omitieron el deber de prestar la atención correspondiente al momento de ingresar a urgencias, omitiéndose efectuar un examen eficiente y exhaustivo al paciente, como lo acreditan las declaraciones.

No obstante, la respuesta dada por los médicos una vez tuvieron contextualización de las narraciones de las familiares, se les ordenó salir del lugar de atención y volver posteriormente.

Se probó y no se desvirtuó que el paciente fue valorado por el médico de turno WILLIAM TAMAYO NIÑO, quien realiza el TRIAGE a las 4:57:44 a.m., registrando signos vitales:

Tensión arterial : 93/43
Frecuencia cardíaca : 110
Frecuencia respiratoria : 18
Temperatura : 36.9°

Diagnóstico: "Otros síntomas y signos que involucran la función cognitiva y la conciencia y los no especificado" (Sic)

Se registra el ingreso del paciente a las 5:06 a.m. del 1 de enero de 2016.



La segunda atención de este médico se dio a las 5:50 a.m. diagnosticando: "Análisis y justificación de estancia paciente que luego de ingerir alcohol inició síntomas sugestivos de trastorno ansioso, los cuales se han venido calmando paulatinamente, sin embargo, aún se nota inquieto se ingresa para inicio de manejo médico, toma de paraclínicos, perfil toxicológico, por sospecha de intoxicación aguda"

Sin más manejo o atención, según muestra la historia clínica en tanto la toma de paraclínicos, perfil toxicológico, no fueron realizados pese a que existía la orden, sumado a que el galeno de turno afirmó en la patología "...inicio síntomas sugestivos de trastorno ansioso... por sospecha de intoxicación aguda", dichos síntomas no fueron confirmados ni desvirtuados.

Se lee posteriormente en la historia clínica: "Siendo las 11:05, am ingresa paciente de 29 años de edad trasladado de pasillos sin signos vitales, cianosis generalizada y pupilas midriática. Se revisa pulso carotideo ausente, por lo que se inicia reanimación avanzada cardiopulmonar a relación 30x2. Adrenalina 2 Mg en dos dosis. La sospecha diagnóstica fue intoxicación por interrogatorio al ingreso por lo que se decide administrar Naloxona y bicarbonato de sodio. Después de 7:30 minutos presenta retorno a la circulación espontánea. Se realiza revisión secundaria encontrando trauma a nivel del brazo izquierdo tercio superior cara lateral herida por arma de fuego orificio de entrada en zona descrita sin orificio de salida. Se abre posibilidad diagnóstica entonces hipovolémico secundario a herida por arma de fuego con alta posibilidad localización intratorácica" (Sic)

Pese a lo indicado en la historia clínica, no se demuestra que la orden de administrar Naloxona y bicarbonato de sodio fuera cumplida, desconociéndose los motivos de tal determinación por parte del Hospital.

Llama la atención que una vez se percatan del Estado del paciente este sea ingresado a revisión y se practique un examen minucioso encontrándose trauma a nivel del brazo izquierdo tercio superior causado por arma de fuego en la cara lateral, encontrando el orificio de entrada, pero no se encontró orificio de salida.

A la 1:45 p.m. se registra la siguiente anotación:

"DIAG – PREOPERATORIO HERIDA POR PROYECTIL ARMA DE FUEGO EN TORAX + HEMOTORAX DIAG – POSOPERATORIO HEMORRAX MASIVO SECUNDARIO A LESION DE TRANSFICCIANTE DEL LOBULO SUPERIOR (SEGMENTO APICOPOSTERIOR) CON SANGRADO ACTIVO PROCEDIMIENTO TRACTOTOMIA Y NEUMORRAFIA DEL LOBULO SUPERIOR IZQUIERDO + VENTANA PERICARDICA NEGATIVA + DRENAJE DE HEMOTORAX MASIVO + MAS MASAJE CARDIACO DIRECTO POR TORACOTOMIA ANTEROLATERAL IZQUIERDA COMPLICACIONES AL FIUNALIZAR LA TRACTOTOMIA Y NEUMORRAFIA Y HABIENDO CONTROLADO EL SANGRADO. EL PACIENTE EN ACTIVIDAD ELECTRICA SIN PULSO SE REANIMA DURANTE 22 MINUTOS SIN RESPUESTA CLINICA."

Es evidente que estamos frente a una pérdida de la oportunidad del paciente por la falla en el servicio, pues los médicos tuvieron algo más de 6 horas para propender por la salvaguarda de la vida del paciente, pero sólo hacia las 11:00 de la mañana del primero de enero se percatan de que estaba sin signos vitales lo que a todas luces conllevó a una defectuosa y tardía atención médica, pues el paciente llegó a la sala de cirugía sin signos vitales y pese a que se procedió a la reanimación ésta fue infructuosa por cuanto falleció a la 1:30 de la tarde.



Nótese que ninguno de los médicos tuvo en consideración las circunstancias expuestas por las personas que llevaron al lesionado al hospital, respecto del impacto con arma de fuego sufrido por el paciente y que causó el fatal resultado.

Se tiene que el doctor STEVENSON MARULANDA PLATA indicó en su declaración del 22 de febrero de 2021 que a pesar de que el TRIAGE que se debió aplicar conforme a la patología inicial era el TRIAGE I, no fue así, no obstante, y como quiera que fuera clasificado con el TRIAGE II efectuó la siguiente apreciación:

"TRIAGE II: CRÍTICO PERO ESTABLE. PRONÓSTICO RESERVADO."

Es una situación muy urgente y riesgosa, ya que la condición clínica del paciente, sin llegar a la suprema inmediatez o inminencia de muerte o del estado agónico que representa el TRIAGE I, no deja de ser crítica. El paciente luce estable, consciente y orientado, pero es una estabilidad precaria o relativa que, sin diagnóstico y tratamiento oportunos, podría de un momento a otro, evolucionar hacia un rápido deterioro, conduciendo a la muerte o a la irreversible pérdida de un miembro u órgano. (Piernas, brazos, manos, dedos, riñones, ojos, vista, lengua, labios, orejas, pene, disfunción eréctil).

Evidente es que la situación precaria presentada por el paciente debió ser vigilada dentro de los rangos normales de la Lex Artis, consagrados en la Ley 23 de 1981, pero quizás, por el hecho de la fecha decembrina pudo haber dado lugar al descuido que conllevó al fallecimiento.

Para lo anterior La ley estatutaria 1751 de 2015 regula el derecho fundamental a la Salud, basada en unos principios y elementos esenciales que serán los encargados de impactar la prestación de los servicios y tecnologías en salud con el fin de asegurar una atención acorde a las necesidades de los pacientes y población en general.

Para lo anterior fue el perito quien manifestó respecto a la valoración y clasificación del TRIAGE *"Exige atención inmediata en la sala de reanimación o en el sitio específico para el salvamento de la vida, del órgano o del miembro en cuestión, donde se le practicarán las maniobras y actos médicos correspondientes a la lex artis ad hoc en medicina para estas fatalidades. En esta letal contingencia médica, en tratándose de una condición grave y urgente donde el tiempo y el costo de oportunidad son variables preciosas, es indispensable que en el hospital exista un equipo médico de reanimación o de salvamento de los pacientes en estos estados, con el ánimo de recuperar y estabilizar sus signos vitales. Además, los médicos de urgencias deben contar con el apoyo irrestricto de las especialidades correspondientes."*

Se denota entonces que existió una flagrante demora en la atención del paciente a sabiendas que *"Como se puede denotar existió a todas luces una flagrante demora en la atención del paciente a sabiendas que "En Colombia el Ministerio de Salud según la resolución 5596 del 2015⁶ ha determinado que la atención médica no debe superar los 30 minutos una vez sea clasificado por el profesional que realiza el TRIAGE, en otras partes del mundo este tiempo es mucho menor."*

No obstante, de acuerdo a lo informado por el perito académico indicio referente al tiempo: **"TIEMPO LÍMITE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIA. Cero (0) minutos. Prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora"**

⁶ Triage II: La condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.



Debe notarse que la misma Resolución 5596 de 2015 indica que el tiempo de atención médica una vez sea clasificado por el profesional que realiza el TRIAGE, no debe superar los 180 minutos.

Como lo indica en el dictamen el doctor STEVENSON los:

"... servicios de salud que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad."

"El concepto médico de urgencias es muy importante porque es aquella oportunidad vital, aquel momento de oro, aquella única instancia fisiológica, dentro de cuyos términos, la cuantía de no hacer los actos médico-correctos, el costo de la oportunidad, puede ser irreversiblemente muy elevado, y significar la vida del paciente, de partes de su cuerpo o de sus funciones, o el incremento de hospitalización y de complicaciones."

Para lo anterior, quizá los médicos no hicieron un examen exhaustivo físico del paciente, pues debió usar 4 de los 5 sentidos: tacto (palpación y percusión), oído (auscultación y percusión), vista (inspección) y olfato (olores), y el uso de instrumentos rutinarios: tensiómetro, termómetro, oxímetro de pulso, estetoscopio, entre otros de ahí que no percibió el impacto de bala que llevaba el paciente, pues tanto así que en la segunda intervención de examen tampoco le hallaron insólitamente el orificio de salida, no obstante el proyectil sí estaba alojado en la parte torácica del paciente.

Se probó que, con fundamento en los protocolos de urgencias de la demandada, se utilizan los 4 métodos principales de exploración como son: inspección, palpación, percusión y auscultación, lo que fue confirmado por el médico declarante.

No se desvirtuó que, con fundamento en la historia clínica del paciente, no realizó el examen clínico para obtener información observable y objetiva del paciente, pues *"Desafortunadamente el examen físico practicado al paciente CARLOS ANDRÉS TAMAYO, en dicha institución fue deficiente debido a que no advirtió, o pasó por alto, una herida por arma de fuego que ingresó al tórax atravesando el brazo izquierdo y causando una gran hemorragia pulmonar que fue la causa de su deceso."*

La historia clínica prueba que no se realizó el examen clínico en dirección cefalocaudal y no se tuvieron en cuenta las diferentes regiones del cuerpo, de ahí que se pasaron por alto los orificios de entrada y de salida de la bala, de ahí que hubiese fallado el médico en la detección de la herida torácica por proyectil de arma de fuego que atravesó su brazo izquierdo y se alojó en la parte alta del pulmón.

Se probó de conformidad con la historia clínica que al paciente no se le realizaron los métodos principales de exploración de inspección, palpación, percusión y auscultación por cuanto el procedimiento del médico que lo atendió, no fueron los correctos y adecuados, pues de lo contrario la herida por arma de fuego habría sido advertida, permitiendo al paciente seguir con vida o por lo menos prolongando la misma.

Se probó y no se desvirtuó que de acuerdo a los estándares de calidad en salud Ley 100 de 1993, Ley 1295 de 1994, Ley 1281 de 2002, Ley 1122 de 2007, Resolución 5596 de 2015 y conforme a las técnicas de palpación, percusión y auscultación, de acuerdo a los protocolos de urgencias de la E.S.E. Sub Red de Centro Oriente, SÍ son obligatorias, pero no le fueron practicadas en debida y legal forma al paciente fallecido.



Se probó que la condición que propició la muerte (hemorragia torácica masiva) no se debió a la demora de los primeros 23 minutos en la atención inicial, sino al diagnóstico equivocado de intoxicación aguda (urgencia médica) y a la orden seguida de pasarlo a observación, observación esta que no fue llevada a cabo dentro de los límites establecidos para garantizar una efectiva atención médica, cuando en realidad lo que tenía era una herida por arma de fuego en el tórax siendo indudablemente una urgencia traumática.

Se demostró también que al paciente no se le practicó prueba de alcoholemia, sumado a que como lo indica el perito *"no fue la atención inicial, sino una atención terminal de salvamento seis (6) horas y ocho (8) minutos después, cuando ya había pasado la única instancia de la "hora dorada" recabando en el diagnóstico equivocado dado por el médico que valoro al paciente, sumado a que el paciente permaneció en un área no adecuada para la llamada observación médica."*

Pese a que el paciente había aparentemente ingerido bebidas embriagantes y RIVOTRIL, ello no fue comprobado, lo que no exime de la responsabilidad de una adecuada atención al paciente, pues de lo contrario se hubiesen percatado de las heridas que llevaba.

La Ley Estatutaria 1751 de 2016 estableció en sus artículos 1⁷ y 2^o el objeto⁸, naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud, situación que para el caso concreto no se establecieron los estándares para ser aplicado al paciente CARLOS TAMAYO.

En consecuencia y como quiera que existe un sinnúmero de sentencias que han estudiado el tema del derecho a la vida desde los diferentes puntos de vista, son las sentencias de control de constitucionalidad: C-574-92⁹; las que indican los deberes estatal es por medio de las entidades prestadoras de salud las que velaran por la protección a la salud de los Colombianos.

Se probó que el fallecido era hijo de LUZ MARINA RAMÍREZ TAMAYO, hermano de NIDIA PAOLA RAMÍREZ TAMAYO, tío de DANNY ANDRÉS VARGAS RAMÍREZ y ELIZABETH BOLAÑOS RAMÍREZ, y propendía por la manutención de su madre, persona adulta mayor por la edad y las enfermedades que la aquejan, tal como lo evidencian las pruebas tanto testimoniales como documentales.

Así, con la pérdida de CARLOS ANDRÉS RAMÍREZ TAMAYO, sus parientes y familiares han estado en constante desasosiego, tristeza y dolor por la pérdida de su hijo, hermano y tío.

6.2 PARTE DEMANDADA

Los acápite del alegato de conclusión de la parte demandada se resumen a continuación:

⁷ "Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección."

⁸ Artículo 20 • Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

⁹ Tratados Internacionales ratificados por Colombia en cuanto al derecho a la vida.



6.2.1 EN CUANTO A LOS HECHOS QUE SE LOGRARON PROBAR EN EL TRÁMITE DE INSTANCIA

La historia clínica del paciente evidencia que el mismo ingresó a través del servicio de urgencias el 1 de enero de 2016 a las 4:57 a.m. y no a las 3:30 a.m. como se afirma en la demanda y como lo indicaron de forma superficial los testigos convocados por la parte actora.

Igualmente, la historia clínica registra que el motivo de la consulta por urgencias es que "estaba tomando y me siento mal", desvirtuando lo afirmado por las demandantes en el sentido de que si el motivo de la consulta hubiese sido el impacto por un arma de fuego ello habría quedado registrado en la historia clínica pues tal noticia no podría pasar desapercibida, al tiempo que la conducta médica habría sido la de revisar íntegramente la corporalidad del paciente y pasarlo inmediatamente a cirugía como prescribe el protocolo médico de atención en estos casos. Adicionalmente la parte actora entra en contradicción al indicar que le dijeron las acompañantes todos los pormenores al médico sobre los impactos de armas recibidos por Carlos Andrés Ramírez, sin que sea claro si fue uno o varios impactos. Tampoco se indica en la historia clínica que el paciente fuera acompañado de agentes de Policía, de lo cual también se habría dejado registro en la historia.

Estos hechos fueron mencionados muy tímidamente por los testigos de la parte actora, de lo cual se concluye que, una vez surtido el debate probatorio, no existe prueba que corrobore que los supuestos testigos habrían advertido al personal médico de los impactos de bala recibidos por el paciente, siendo esta la razón por la cual se hizo la valoración por el médico de urgencias WILLIAM TAMAYO NIÑO, quien hizo el triage a las 4:57 a.m. y de acuerdo con la información suministrada por el mismo llegó consciente y orientado, el motivo de la consulta fue que estaba tomando y se sentía mal en sus propias palabras, y según su estado hemodinámico se le clasificó en triage II de atención.

Nótese que el médico pregunta por el motivo de la consulta a lo que el paciente se refiere solamente indicando que "estaba tomando y me siento mal", niega antecedentes de importancia, que consulta por cuadro clínico de una hora, es decir hacía una hora que había empezado a sentirse mal, se encontró que tenía agitación, palidez mucocutánea, diaforesis, polidipsia y mareo, por lo cual es traído por la novia. Niega el consumo de sustancias psicoactivas

Por su parte, quedo demostrado que en la valoración física que hace el medico encuentra como hallazgos que el paciente está "normorreactivo, no trabajo respiratorio, conjuntivas normocrómicas, mucosa oral húmeda, cuello sin masas, campos bien ventilados sin sobreagregados, abdomen blando, depresible no doloroso a la palpación, sin masa ni organomegalias, extremidades sin edemas, bien perfundidas, neurológico bajo efectos de alcohol, pupilas isocóricas, 2mm, hipo reactivas, moviliza las 4 extremidades" destacando que el paciente habiendo sido clasificado en un triage II, donde, según los protocolos, el tiempo de espera para la atención, era de más de 30 minutos, fue atendido a las 5:06 a.m., es decir apenas 9 minutos después, lo cual evidencia la oportunidad y pertinencia de la atención médica, además conforme los hallazgos referidos el paciente si fue auscultado en su integridad corporal por el médico tratante.

Con ello se evidencia que tanto en el triage como en la valoración de las 5:06 a.m. el paciente estaba alerta y orientado, donde el motivo de la consulta fue únicamente que estaba tomando y empezó a sentirse mal y él estando consciente no refirió cosa distinta, además tratándose del hecho de recibir un disparo por arma de fuego, ante la gravedad de la afirmación, de ninguna manera podía pasarse por alto en la precitada atención.



De la lectura de la prueba documental de la historia clínica, se tiene que nuevamente a las 5:50 a.m. (45 minutos después) el paciente es valorado y se encuentra que está orientado, alerta, y se registra que "luego de ingerir alcohol inició síntomas sugestivos de trastorno ansioso, los cuales se ha venido calmando paulatinamente; sin embargo, aún se nota inquieto, se ingresa para inicio de manejo médico, toma de paraclínicos, perfil toxicológico por sospecha de intoxicación aguda. Y como plan de manejo o tratamiento se ordena "1) Observación, 2) SSN 1000 CC en bolo y continuar a 100 CC por hora, 3) ranitidina 50 mg IV cada 12 horas, 4) toma de perfil toxicológico + CH + FR, 5) Revaloración con soportes, 6) CV y AC".

Así, pues, en la valoración para la clasificación de la oportunidad de la atención a su ingreso (triage II) y en el acto médico de valoración por parte del galeno no aparece el que alguien le haya propinado un disparo y que ese era el principal motivo de consulta.

En el acto médico se dan dos situaciones bien diferenciadas pero complementarias. De un lado, el deber de verdad por parte del paciente (o su acompañante si este no está consciente) de contarle al médico el real motivo de la consulta y cuáles son sus dolencias y, de otra parte, la valoración que hace directamente el médico conforme a lo dicho por el paciente, además de evidenciar sus signos vitales. Y queda claro que el médico no fue informado de que el paciente había sufrido un impacto de arma de fuego, pues de ser así, necesariamente el procedimiento habría sido otro, pues esto no puede pasar desapercibido. Todo ello aunado a que el paciente no evidenciaba por ninguna parte que estuviera sangrando, lo cual es sumamente raro cuando hay impacto de arma de fuego.

En efecto, ese es el registro consignado en la historia clínica del paciente, evidenciando que el paciente estando bajo observación, a las 11: 05 a.m. presentó paro cardio respiratorio por lo cual se le inicia reanimación avanzada la cual después de 7.30 minutos el paciente retorna a la circulación espontánea, y como el motivo inicial de la consulta fue "estaba tomando y me sentí mal", para tratar de indagar por la causa real del paro cardio respiratorio se le realiza una revisión secundaria encontrando que presenta herida por arma de fuego en el tercio superior izquierdo, cara lateral del brazo izquierdo sin orificio de salida; ante lo cual se abre posibilidad diagnóstica de choque hipovolémico secundario a herida por arma de fuego y neumotórax. Ante tal cuadro clínico, es trasladado en forma inmediata a las salas de cirugía, anotando que no se encontraron familiares disponibles durante esos hechos.

Lo anterior pone en evidencia claramente que es hasta que el paciente presenta paro cardio respiratorio y ante la revisión física secundaria, que se puede evidenciar la herida por arma de fuego, pues antes de dicha revisión el mismo ni estaba sangrando, ni tal hecho le fue informado al personal médico al ingreso, pues se insiste, de haber sido así, inmediatamente hubiera pasado el paciente a cirugía.

Así las cosas, en la historia clínica se registra que al paciente a las 12:20 pm se le realiza procedimiento quirúrgico consistente en neurografía, ventana pericárdica y masaje cardíaco a tórax abierto, habiendo controlado el sangrado, el paciente nuevamente presenta actividad eléctrica sin pulso y se le realiza reanimación durante 22 minutos su respuesta clínica.

Se tiene entonces que la atención médica brindada al paciente de acuerdo con el motivo de consulta, la oportunidad y pertinencia de la atención fue correcta. Es distinto el que no se le haya dicho al médico de urgencias el verdadero motivo de la consulta, y al no presentar algún signo externo visible como sangrado que hiciera sospechar otra cosa fue la impresión diagnóstica inicial, el plan de manejo para ese motivo de consulta fue el adecuado. El tema de la herida por arma de fuego solo se evidenció cuando el paciente presentó paro cardio respiratorio y ante tal omisión de información trascendental no hay lugar a reproche alguno al centro hospitalario.



En cuanto a las declaraciones rendidas por ALICIA TOLOSA, MAXIMINA ARTUNDIAGA y WILSON ARTUNDUAGA, solo los dos últimos manifiestan haber acompañado al paciente al hospital, pero sus declaraciones resultan frívolas y no aportan real conocimiento de información respecto de la atención del paciente y resultan inverosímiles sus apreciaciones si se comparan con el contenido de la historia clínica.

En cuanto al peritazgo del médico STEVENSON MARULANDA PLATA, llama la atención que hace hincapié en que el paciente debía ser desvestido por el personal médico tratante, pero no aporta alguna base científica, de protocolo o semejante que respalde su ligera manifestación, asegurando que según su criterio todo paciente que ingresa a través del servicio de urgencias debe ser desvestido para ser auscultado en forma integral, criterio profesional que desatiende el respeto por la intimidad y dignidad del paciente, pues opuesto a su dicho, al paciente se le debe considerar con respeto a su intimidad del respeto por su cuerpo, pues no se puede ordenar o forzar a desvestir a un paciente en estado de alcoramiento que solamente manifestó en el caso concreto en las atenciones de las primeras horas del 1 de enero de 2016 que se sentía mareado.

Lo dicho por este médico respecto de que el paciente debió ser desvestido para advertir que tenía un disparo en su cuerpo y ser llevado de urgencia al quirófano a fin de practicar una cirugía para controlar la herida en su pulmón y hemorragia producto del disparo con arma de fuego consiste en una discusión más personal que científica o de protocolo de atención a través del servicio de urgencias, máxime si se considera que para abordar la atención del paciente, el personal tratante debe comenzar por evaluar las condiciones médico físicas al momento de la atención, al respecto debe recordarse que en la historia clínica consta que se tomaron los signos vitales al paciente y este se encontraba hemodinámicamente estable, no presentaba signos de alarma que inicialmente sugirieran que padecía una lesión de gravedad, además, que sumado a lo manifestado por el paciente de "sentirse mareado" restan de veracidad, claridad o contundencia frente a lo manifestado por el declarante.

La declaración del testigo experto en medicina carece de credibilidad en tanto es muy precaria su manifestación al ser interrogado por el Despacho y el apoderado de la demandada respecto de cuáles son los protocolos o dónde están contenidos aquellos que cita en sus respuestas, en los que se indique que el paciente debe ser desvestido en la atención de urgencias, ante lo cual nunca refirió cuál era el contenido normativo, al final resultó reconociendo que no recordaba la tipificación de las normas que regulan los protocolos de atención para pacientes en el servicio de urgencias.

6.2.2 DEL SUSTENTO LEGAL, CONSTITUCIONAL Y JURISPRUDENCIAL A TENER EN CUENTA EN LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

No puede predicarse la existencia de responsabilidad patrimonial por el supuesto daño antijurídico sufrido por los demandantes, así como tampoco la configuración de una falla en el servicio médico por parte de la demandada en tanto la atención hospitalaria que le fue suministrada al paciente fue adecuada, pertinente, oportuna e integral, conforme a la ciencia médica y a los procedimientos y protocolos sobre el particular. En consecuencia, dada la ausencia de responsabilidad de la demandada no pueden endilgarse condena por los supuestos perjuicios sufridos por la parte actora. La reiterada jurisprudencia del Consejo de Estado ha determinado que para que se pueda configurar la responsabilidad patrimonial del Estado por una falla del servicio es preciso que se presenten tres presupuestos esenciales como son:



A. LA EXISTENCIA DE UN DAÑO ANTIJURÍDICO, QUE IMPLIQUE LESIÓN DE UN BIEN JURÍDICAMENTE TUTELADO

En este caso no se presentó un daño antijurídico causado por la demandada si se tiene en cuenta que no se lesionó algún interés legítimo patrimonial o patrimonial, por cuanto la demandada actuó en todo momento de acuerdo con los protocolos médicos y hospitalarios y en todo instante estuvo presto a brindar sus servicios al paciente tal como se evidencia en la historia clínica.

B. UNA AUSENCIA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, OMISIÓN, RETARDO, IRREGULARIDAD O INEFICIENCIA DEL MISMO

El acervo probatorio da cuenta de que el paciente fue atendido por parte de la demandada con criterios de accesibilidad, oportunidad, seguridad, continuidad y pertinencia pues fue atendido de acuerdo con cada uno de los hallazgos clínicos presentados dando continuidad al manejo inicial y actuando de acuerdo con lo señalado por los protocolos y guías médicas

La forma cómo sucedieron los hechos demuestra la ausencia de omisiones, retardos irregularidades e ineficiencias y por el contrario demuestra la efectividad prestación del servicio.

La demandada cumplió con la obligación a su cargo, puesto que hubo servicio de salud oportuno, funcionando de manera adecuada y poniendo todos los medios a su alcance para lograr un buen servicio y la atención requerida por el paciente para el manejo de su patología, por lo tanto este presupuesto para que se declare la responsabilidad patrimonial del Estado por falla en el servicio tampoco se configura.

Lo anterior evidencia que en efecto la demandada prestó sus servicios médicos en atención a los protocolos, la Lex artis, parámetros legales, respeto por la dignidad del paciente y acceso a los servicios de salud en óptimas condiciones.

De conformidad con lo anterior y la prueba recaudada, no se evidencia ausencia en la prestación del servicio médico, ni omisión, retardo, irregularidad o ineficiencia del mismo, de forma que no se cumple con este presupuesto en este caso.

C. UNA RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE EL DAÑO Y LA FALLA

En el presente caso quedó demostrado que no existe nexo de causalidad en tanto la atención en salud brindada al paciente se ajustó a los protocolos médicos, realizándose todos los procedimientos que fueron requeridos por el mismo, por lo que estas diligencias no pueden ser consideradas jurídicamente como causa del resultado dañoso, pues al haber actuado de acuerdo a las prácticas hospitalarias y médicas, la conducta desplegada no introduce causalidad alguna para la producción del presunto daño.

No existe falla en el servicio predicable de la demandada y menos daño antijurídico alguno producido al paciente durante su estadía en la Unidad por cuanto se le cuidó dentro de los estándares de calidad característicos de la institución.

Todo lo anterior desvirtúa la afirmación de la presunta falla en el servicio o daño producido por la demandada, y por lo tanto fortalece los argumentos de la defensa, consistentes en que el servicio se prestó de manera debida y oportuna.

las pruebas aportadas y practicadas dentro del proceso dan la certeza de la existencia de la falla en el servicio por parte de la demandada.



Para el análisis de la responsabilidad aplicable al caso, debe tenerse en cuenta lo dicho por el Consejo de Estado en sentencia del 28 de abril de 2010, que en cuanto a la prestación del servicio de salud precisa:

"Al margen de las discusiones que se presentan en la jurisprudencia y en la doctrina en relación con el régimen probatorio de los elementos de la responsabilidad patrimonial por los daños que se deriven de la actuación médica del Estado, lo cierto es que existe consenso en cuanto a que la sola intervención - actuación u omisión- de la prestación médica debida no es suficiente para imputar al Estado los daños que sufran quienes requieran esa prestación, sino que es necesario que se encuentre acreditado que esa actuación fue constitutiva de una falla del servicio y que dicha falla fue causa eficiente del daño.

En otros términos, si bien de conformidad con lo previsto en el artículo 90 de la Constitución, el derecho a la reparación se fundamenta en la antijuridicidad del daño, no es suficiente verificar que la víctima o sus beneficiarios no estaban en el deber jurídico de soportar ese daño para que surja el derecho a la indemnización, sino que se requiere que dicho daño sea imputable a la Administración, y no lo será cuando su intervención aunque vinculada causalmente al daño no fue la causa eficiente del mismo sino que este constituyó un efecto no previsible o evitable, de la misma afección que sufría la paciente o de otra causa diferente. También ha señalado la Sala que para que haya lugar a la reparación no es necesario que en todo evento aparezca acreditado que una adecuada prestación del servicio médico asistencial hubiera impedido el daño, porque en algunos casos bastará con establecer que la falla del servicio le restó al paciente oportunidades de sobrevivir o de curarse."

Además, en sentencia del 24 de marzo de 2011 de la misma Corporación sobre la misma temática se indicó:

"Debe señalar la Sala que en el presente evento han de examinarse las pretensiones indemnizatorias de la demanda a la luz del régimen de falla probada del servicio que impone no solamente establecer que se ha producido un daño a quien demanda, sino que, además, este le sea imputable al ente demandado por haber sido resultado de una falla en la prestación del servicio, tesis actualmente aceptada por la Sección. Igualmente en cuanto a las diferentes variantes a tener en cuenta en asuntos como el presente, la Sala se remite a lo expresado por la Sección en sentencia de 18 de febrero de 2010 con ponencia de la H. Consejera Ruth Stella Correa Palacio, en la cual se analizaron detenidamente los diferentes tipos de responsabilidad estatal que podían desprenderse de una falla médica. En este punto, debe enfatizar la Sala, que el régimen de falla probada en asuntos médicos ha sido morigerado por la Sección en aquellos casos en los cuales la ausencia de prueba documental y técnica impidan llegar a la certeza absoluta del nexo causal entre el daño sufrido y los procedimientos efectuados, permitiendo para el efecto acudir a elementos de prueba indirecta como son los indicios, así se explicó en sentencia de 13 de mayo de 2009.

En síntesis, el Estado puede ser declarado patrimonialmente responsable de los daños que se deriven de la omisión en la prestación del servicio médico o de su prestación deficiente, cuando tales daños se producen como consecuencia de esa omisión o deficiencia; cuando por causa de tales deficiencias la paciente pierde la oportunidad que tenía de mejorar o recuperar su salud, o sencillamente cuando la prestación asistencial no se brinda como es debido, o cuando se vulneran otros derechos o intereses protegidos por el ordenamiento jurídico, aun en eventos en los que dichas prestaciones resultan convenientes a la salud del paciente, pero se oponen a sus propias opciones vitales." (Negrillas fuera de texto)



Finalmente, tal y como se probó mediante el análisis y estudio de la historia clínica y demás pruebas recaudadas, se logró demostrar que la demandada, frente al cuadro clínico del paciente, actuó en debida forma por lo que deben ser denegadas las pretensiones de la parte actora.

7. CONCEPTO DE LA AGENCIA DEL MINISTERIO PÚBLICO

La Agencia del Ministerio Público se abstuvo de rendir concepto en el presente caso.

8. CONSIDERACIONES

Pasa a resolverse el problema jurídico y a emitirse pronunciamiento de fondo acerca de las pretensiones de la demanda.

8.1 TESIS DE LAS PARTES

La parte demandante considera que el Hospital de Santa Clara, actualmente Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, es patrimonialmente responsable por los perjuicios derivados del fallecimiento del paciente CARLOS ANDRÉS RAMÍREZ TAMAYO como consecuencia de la falla en la prestación del servicio médico, en cuanto a la omisión en la detección de una herida por arma de fuego dado el incumplimiento de los protocolos propios del servicio de urgencias en el examen de los pacientes.

La autoridad accionada se opone a la prosperidad de las pretensiones de la demanda señalando que no ha incurrido en falla en la prestación del servicio médico en tanto al paciente se le atendió de conformidad con el motivo de consulta manifestado por este y dada la ausencia de signos o síntomas que permitieran evidenciar la existencia de una lesión que no fue informada ni por el paciente ni por sus acompañantes.

8.2 PROBLEMA JURÍDICO

El problema jurídico en el presente caso consiste en determinar si la autoridad accionada incurrió en falla en el servicio bajo el régimen propio de la responsabilidad por la prestación del servicio médico en cuanto a la atención de urgencias dada al paciente CARLOS ANDRÉS RAMÍREZ TAMAYO en la madrugada del 1 de enero de 2016.

8.3 LA RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO

El Artículo 90 de la Constitución Política como cláusula general de responsabilidad patrimonial del Estado prevé lo siguiente:

"ARTÍCULO 90. El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas.

En el evento de ser condenado el Estado a la reparación patrimonial de uno de tales daños, que haya sido consecuencia de la conducta dolosa o gravemente culposa de un agente suyo, aquél deberá repetir contra éste."

La jurisprudencia y la doctrina han interpretado esta disposición reconociendo la existencia de tres elementos que necesariamente deben concurrir para que se estructure la responsabilidad patrimonial del Estado:



- a. La ocurrencia de un hecho dañoso
- b. La consecuente ocurrencia de un daño antijurídico
- c. La ocurrencia de una falla en el servicio que pueda ser atribuida a una autoridad pública y que sirva como nexo causal entre los dos elementos anteriores

8.3.1 ACERCA DEL HECHO DAÑOSO

No existe controversia entre las partes respecto de la ocurrencia del hecho dañoso entendido éste como la atención brindada al paciente Carlos Andrés Ramírez Tamayo en la madrugada del primero de enero de 2016, de forma que la intervención de la accionada en los hechos que terminaron con la muerte del paciente se tiene por debidamente demostrada por lo que pasan a analizarse los siguientes elementos de la responsabilidad patrimonial del Estado.

El ingreso del paciente al servicio de urgencias se acredita con la respectiva historia clínica.

8.3.2 ACERCA DEL NEXO CAUSAL - FALLA DEL SERVICIO

El punto principal del debate en materia probatoria en el presente caso supone determinar si se produjo o no una falla en el servicio prestado por el personal que atendía al servicio de urgencias durante la madrugada del primero de enero de 2016 en cuanto a la atención pintada al paciente Carlos Andrés Ramírez Tamayo.

En este sentido se cuenta con la historia clínica, documento que fue aportado al expediente y de cuyo examen efectivamente se evidencia que el mencionado paciente ingresó al servicio de urgencias en la madrugada del primero de enero de 2016 anotándose como motivo de ingreso la manifestación del mismo paciente en cuanto a que él se encontraba tomando y se sentía mal.

Debe destacarse que no se anotó en la historia clínica alguna versión distinta suministrada por el paciente o por sus acompañantes o por el personal de la Policía Nacional que se dice lo acompañaba en los hechos de la demanda.

Igualmente, no está demostrado conforme a la información registrada en la historia clínica que el manejo que se dio al paciente correspondiera a uno no conforme con la patología o sintomatología que en ese momento presentaba.

Adicionalmente, en la historia clínica se dejó consignado que el paciente se encontraba consciente al momento de su ingreso, orientado y respondió a las preguntas que le formularán los médicos a fin de anotar el motivo de la consulta en la historia clínica.

Es del caso destacar que el paciente no parecía tener certeza de que se encontraba herido por arma de fuego en tanto no consta o se presenta evidencia de que informara de este hecho al personal médico del ente demandado.

Este aspecto resulta relevante pues en la medida en que el paciente no presentaba una sintomatología o evidencia visible de la existencia de alguna lesión de naturaleza traumática no resulta en principio exigible a los médicos la aplicación de un manejo distinto al que se hizo teniendo en cuenta lo manifestado por el mismo paciente.

Debe destacarse además que en el presente caso la lesión que habría provocado el proyectil del arma de fuego se encontraba oculta en tanto el impacto se produjo a la altura del pecho con ingreso por un costado y no se evidencia ni se registra en la historia clínica que se presentan alguna forma de sangrado que manifestara su presencia de forma que fuera exigible al médico en principio el examen de la lesión.



La relación entre médico y paciente necesariamente está regida por la información que el médico pueda recaudar bien sea mediante la que suministra el paciente de forma directa, la que suministre-n terceros, y la que resulte de los exámenes y exploraciones que se hagan al paciente sin que en el presente caso teniendo en cuenta lo manifestado por el paciente como motivo de consulta se considera que pueda ser necesaria la revisión completa del cuerpo del paciente a fin de explorar la existencia de una lesión no manifestada.

La lesión que en este caso resultó mortal y compatible con la causa de la muerte deriva de un shock hipovolémico secundario a herida con arma de fuego que solamente fue detectada cuando se hizo una exploración en profundidad luego de que el paciente sufriera un paro cardiorrespiratorio, el cual de conformidad con lo señalado en la historia clínica fue atendido de manera inmediata mediante la aplicación de los procedimientos de reanimación consecuentes con esta patología.

Es del caso destacar que la reacción del cuerpo médico una vez se detectó la lesión fue apropiada teniendo en cuenta la naturaleza de la misma, es decir herida provocada por arma de fuego, procediendo entonces al ingreso a cirugía a fin de determinar el alcance de la lesión y adelantar el procedimiento correctivo respectivo, lamentablemente sin éxito.

Debe recordarse que de conformidad con la jurisprudencia que fuera citada por las partes en el presente caso y que es pacífica en cuanto a que la obligación médica este medio, hace que sea exigible a la parte actora el demostrar la existencia de la falla en el servicio, es decir, nos encontramos ante un régimen de Falla probada.

En esa medida debe destacarse que la parte actora señala que se desconocieron o incumplieron los protocolos propios del manejo de urgencias sin que para el caso precisara cuál es la fuente normativa que supone dicho protocolo, siendo ello necesario a fin de poder confrontar la conducta de los médicos efectivamente registrada en la historia clínica con el deber ser que supone lo anotado en los respectivos protocolos¹⁰.

Es decir que en el presente caso existiría una premisa normativa contenida en los mencionados protocolos y que debía ser cumplida por el personal de la salud, premisa que no ha sido demostrada a pesar de que ello fuera necesario de conformidad con la tesis que plantea la parte actora, de forma que pueda calificarse la conducta del médico o médicos tratantes ante el parámetro del que supone el protocolo entendido como una forma de reglamento.

No puede entonces tenerse por demostrada la ocurrencia de la falla del servicio que en el presente caso la parte actora fija en el resultado muerte, pues la falla se configuraría en cuanto al desconocimiento e inaplicación de los protocolos como una conducta que fuera exigible al personal médico.

Si bien es cierto que existiría la posibilidad de que el descubrimiento de la lesión y su tratamiento pudiesen cambiar el resultado, habría sido necesario bajo la teoría de la pérdida de la oportunidad el que se demostrará que en ese evento el paciente habría tenido alguna posibilidad de supervivencia aspecto que no ha sido tenido en cuenta en el presente caso por la parte actora en materia probatoria.

En los casos de pérdida de la oportunidad por la prestación del servicio médico, el Consejo de Estado a través de la Sección Tercera de la Sala de lo Contencioso Administrativo ha señalado cuáles son los requisitos para su demostración y declaración, siendo necesario en

¹⁰ Son fuente de la responsabilidad civil extracontractual por culpa la imprudencia, la impericia, la negligencia y el desconocimiento de los reglamentos, siendo necesaria la demostración de la ocurrencia de una de estas en tanto el régimen en este caso no corresponde a uno de responsabilidad objetiva o de presunción de culpa.



el presente caso citar en extenso parte de la jurisprudencia dada la complejidad y naturaleza del caso.

"14. La pérdida de oportunidad como daño autónomo"

14.1. Esta postura jurisprudencial al interior de la Sección Tercera del Consejo de Estado precisa que la pérdida de oportunidad es un daño en sí mismo con identidad y características propias, diferente de la ventaja final esperada o del perjuicio que se busca eludir y cuyo colofón es la vulneración a una expectativa legítima, la cual debe ser reparada de acuerdo al porcentaje de probabilidad de realización de la oportunidad que se perdió¹¹. Al respecto, la Sección Tercera del Consejo de Estado en sentencia del 11 de agosto de 2010¹², señaló:

La pérdida de oportunidad o pérdida de chance alude a todos aquellos eventos en los cuales una persona se encontraba en situación de poder conseguir un provecho, de obtener una ganancia o beneficio o de evitar una pérdida, pero ello fue definitivamente impedido por el hecho de otro sujeto, acontecer o conducta éste que genera, por consiguiente, la incertidumbre de saber si el efecto beneficioso se habría producido, o no, pero que al mismo tiempo da lugar a la certeza consistente en que se ha cercenado de modo irreversible una expectativa o una probabilidad de ventaja patrimonial; dicha oportunidad perdida constituía, en sí misma, un interés jurídico que si bien no cabría catalogar como un auténtico derecho subjetivo, sin duda facultaba a quien lo ha visto salir de su patrimonio –material o inmaterial– para actuar en procura de o para esperar el acaecimiento del resultado que deseaba, razón por la cual la antijurídica frustración de esa probabilidad debe generar para el afectado el derecho a alcanzar el correspondiente resarcimiento. (...):

La pérdida de oportunidad como rubro autónomo del daño demuestra que éste no siempre comporta la transgresión de un derecho subjetivo, pues la sola esperanza probable de obtener un beneficio o de evitar una pérdida constituye un bien jurídicamente protegido cuya afectación confiere derecho a una reparación que debe limitarse a la extensión del "chance" en sí mismo, con prescindencia del resultado final incierto, frente a lo cual resulta lógico que dicha oportunidad perdida "tiene un precio por sí misma, que no puede identificarse con el importe total de lo que estaba en juego, sino que ha de ser, necesariamente, inferior a él", para su determinación (...). En consecuencia, tratándose de eventos en los cuales se accede a la reparación de la pérdida de un chance, lo indicado no puede ser el reconocimiento, en favor de la víctima, del valor total de la ventaja de la cual fue privado o del deterioro patrimonial que no pudo evitar a raíz del hecho del demandado, sino tener en cuenta que la oportunidad desaparecida tenía un valor y que es éste el que debe ser restablecido; ese valor, según antes se indicó, ha de resultar indiscutiblemente inferior a aquél que hubiere correspondido en caso de haberse demostrado el vínculo causal entre la pérdida del beneficio esperado por la víctima y el hecho de

¹¹ En la doctrina colombiana existen autores como Luis Felipe Giraldo Gómez que en su libro *La pérdida de la oportunidad en la responsabilidad civil. Su aplicación en el campo de la responsabilidad civil médica*, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 2011, consideran que la pérdida de oportunidad es un daño autónomo. La Subsección B de la Sección Tercera en sus diferentes pronunciamientos ha adscrito su postura a este enfoque de la pérdida de oportunidad.

¹² Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 11 de agosto de 2010, rad. 18593, M.P. Mauricio Fajardo Gómez. Otras sentencias recientes que hacen alusión a la pérdida de oportunidad como daño autónomo son: sentencia del 14 de marzo de 2013, rad. 23632, M.P. Hernán Andrade Rincón; sentencia del 16 de julio de 2015, rad. 36634, M.P. Carlos Alberto Zambrano Barrera.



aquel a quien se imputa la correspondiente responsabilidad resarcitoria; es más, como también precedentemente se indicó, el monto de la indemnización por la pérdida de la oportunidad habrá de establecerse proporcionalmente respecto del provecho que finalmente anhelaba el afectado, en función de las mayores o menores probabilidades que tuviere de haber alcanzado ese resultado en el evento de no haber mediado el hecho dañino.(...) En cuanto corresponde a esta clase perjuicios, dado que ninguna incompatibilidad existe entre el reconocimiento de los perjuicios ocasionados por el daño autónomo consistente en la pérdida de oportunidad que aquí se ha detallado y la aflicción, angustia y congoja que en el plano puramente moral o inmaterial les generó la mencionada pérdida de oportunidad –que no los perjuicios morales por la muerte de la víctima directa– se hará un reconocimiento por este específico concepto -se subraya-

14.2. Por otra parte, esta decisión señaló los requisitos que estructuran la pérdida de oportunidad como daño autónomo indemnizable, así: (i) la certeza de la oportunidad que se pierde; (ii) la imposibilidad definitiva de obtener el provecho o de evitar el detrimento; y (iii) la víctima debe encontrarse en una situación potencialmente apta para pretender la obtención del resultado esperado, es decir que debe analizarse si el afectado se encontraba en condiciones fácticas y jurídicas idóneas para alcanzar el provecho por el cual propugnaba o evitar el mal del cual buscaba escapar .

14.3. Después de haber revisado las dos posturas sobre el fundamento de la pérdida de oportunidad, la Sala considera que la postura que mejor solventa los dilemas suscitados es aquella que concibe a la pérdida de oportunidad como un fundamento de daño derivado de la lesión a una expectativa legítima¹³, diferente de los demás daños que se le pueden infligir a una persona, como lo son, entre otros, la muerte (vida) o afectación a la integridad física, por lo que así como se estructura el proceso de atribución de estos últimos en un caso determinado, también se debe analizar la imputación de un daño derivado de una vulneración a una expectativa legítima en todos los perjuicios que de ella se puedan colegir, cuya naturaleza y magnitud varía en función del interés amputado y reclamado.

14.4. Esto conduce a la Sala a sostener que no es posible aceptar que la pérdida de oportunidad sea un criterio auxiliar de imputación de responsabilidad, habida cuenta de que no será dable, desde un punto de vista jurídico, acceder a declarar la responsabilidad sin que exista certeza del vínculo entre el daño sufrido por la víctima -ej. muerte- y el hecho dañino, ni tampoco es viable construir una presunción artificial y parcial de responsabilidad, y condenar -haciendo uso de esta técnica de facilitación probatoria- a reparar una fracción de la totalidad del daño final sin tener ni siquiera certeza de que el demandado es en realidad el autor del daño final. Al

¹³ Esta Subsección en decisión reciente señaló que es posible aplicar la teoría de la pérdida de oportunidad a casos donde se vulneren expectativas legítimas: "El modo de reparación de daños antijurídicos derivados de vulneraciones a expectativas legítimas se debe enmarcar dentro de los parámetros de la oportunidad perdida, siguiendo la premisa conocida del derecho de daños que circunscribe la indemnización de los perjuicios al daño, "solo el daño y nada más que el daño" a fin de evitar un enriquecimiento sin justa causa a favor de la víctima y no contrariar las reglas de la institución jurídica de la responsabilidad estatal: "el daño es la medida del resarcimiento"(...). //10.2.8.2.1. Teniendo en consideración que el daño se origina por la amputación de una expectativa legítima a la consolidación de un derecho, bien sea, en tratándose de una aspiración de obtener un beneficio o una ganancia -polo positivo-, o bien cuando la víctima tenía la aspiración de evitar o mitigar un perjuicio y, como consecuencia de la abstención de un tercero, dicho curso causal dañoso no fue interrumpido -polo negativo-, se debe declarar la responsabilidad del Estado y reparar dicha frustración de la expectativa legítima dentro de los presupuestos de la teoría de la pérdida de oportunidad cuyo monto dependerá de la mayor o menor probabilidad y cercanía de su ocurrencia": Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia del 31 de agosto de 2015, rad. 22637, con ponencia de quien proyecta el presente fallo.



derecho de daños no le interesa atribuir daños parciales sin prueba total de responsabilidad; es necesario que exista certeza y que se determine con claridad por qué en razón de la conducta del autor que desconoce obligaciones se atribuye jurídicamente el daño. Por tanto, la pérdida de oportunidad no es una técnica alternativa y flexible para resolver casos de incertidumbre causal entre la intervención del tercero y el beneficio perdido o el detrimento no evitado, pues se incurriría claramente en una contradicción de los cimientos mismos del sistema de responsabilidad o en una elusión de los presupuestos de responsabilidad, tal como lo advierte Giraldo Gómez:

Si bien se reconoce que en algunos casos el tema de la incertidumbre causal está muy presente, ello no es razón suficiente para echar mano de una teoría [como lo es la pérdida de oportunidad] que se refiere, exclusivamente, a la naturaleza y extensión del daño y, por supuesto, no fue creada para resolver el problema de la incertidumbre causal.

Aceptar la postura que se comenta implicaría ir en contravía de los presupuestos tradicionales establecidos por la institución de la responsabilidad civil, buscando una nueva forma de hacerle frente a los problemas que se generan en la sociedad, y así, en vez de hacer justicia, se generaría una inseguridad jurídica que produciría un daño más grave para la convivencia en comunidad, en cuanto daría lugar a resultados tan injustos como sería el hecho de que una de las partes en conflicto se viera indemnizada, pero de manera parcial, a pesar de tener derecho a una reparación integral de su daño, de haberse demostrado la causa del mismo. Y, como contrapartida, que la otra parte, fuese condenada sin que existiera certeza sobre si fue ella quien en definitiva originó el daño que se le imputa¹⁴.

14.5. Para la Sala, el alcance adecuado de la pérdida de oportunidad es aquel que la concibe como fundamento de daño, proveniente de la violación a una expectativa legítima; es natural que en muchos casos se susciten eventos de incertidumbre causal, pero esto no justifica que se instrumentalice a la pérdida de oportunidad como una herramienta para resolver este dilema, no solo porque exonera al demandante de la carga de probar la relación existente entre el hecho dañoso y el perjuicio final, sino porque rompe la igualdad entre las partes al beneficiar a una de ellas con una presunción de causalidad que, en todo caso, será siempre improcedente¹⁵.

¹⁴ GIRALDO GÓMEZ, Luis Felipe, *La pérdida de la oportunidad en la responsabilidad civil. Su aplicación en el campo de la responsabilidad civil médica*, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 2011, pp. 143 y 144.

¹⁵ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera. Sentencia de 15 de agosto de 2002, rad. 11605, M.P. Alier Eduardo Hernández Enríquez: "Y debe insistirse en que la presunción de la causalidad será siempre improcedente; aceptarla implicaría incurrir en una evidente contradicción, en la medida en que supondría la aplicación, tratándose de la responsabilidad por la prestación del servicio médico asistencial, de un régimen más gravoso para el demandado inclusive que el objetivo, dado que si bien en éste la falla del servicio no constituye un elemento estructural de la obligación de indemnizar, el nexo causal está siempre presente y la carga de su demostración corresponde al demandante, en todos los casos."

"Nótese pues, que en punto de la prueba de la causalidad, por lo menos recientemente, esta Corporación ha aludido a "un cierto aligeramiento de la carga probatoria del demandante" respecto de los supuestos del artículo 90 de la Carta Política -dentro de los que se encuentra la causalidad-, pero no ha aludido a una presunción de causalidad, o si se quiere de responsabilidad, en virtud de la cual pudiera corresponder al demandado y no al demandante, la carga probatoria en cuestión": Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 16 de agosto de 2006. M.P. Mauricio Fajardo Gómez. rad. 14.957.



14.6. *Así las cosas, la Sala considera que la pérdida de oportunidad es un fundamento de daño, que si bien no tiene todas las características de un derecho subjetivo¹⁶, autoriza a quien ha sido objeto de una lesión a su patrimonio -material o inmaterial- a demandar la respectiva reparación, la cual será proporcional al coeficiente de oportunidad que tenía y que injustificadamente perdió. Aquí el objeto de reparación no es, en sí, la ventaja esperada o el menoscabo no evitado sino, únicamente, la extinción de una expectativa legítima, esto es, la frustración de la oportunidad en sí misma, pues si el beneficio o el mal que se quería eludir estuvieran revestidos de certeza no se podría hablar del daño consistente en la pérdida de una oportunidad, sino del daño frente a un resultado cierto cuya reparación es total y no proporcional: se repara la pérdida del chance, no la pérdida del alea.*

14.7. *Por lo anterior, la Sala considera que el fundamento de la pérdida de oportunidad como daño autónomo, cuenta con dos componentes, uno de certeza y otro de incertidumbre: el primero, se predica respecto de la existencia de la expectativa, toda vez que esta debe ser cierta y razonable, al igual que respecto a la privación de la misma, pues en caso de no haber intervenido el hecho dañino infligido por el tercero, la víctima habría conservado incólume la esperanza de obtener en el futuro una ganancia o de evitar un menoscabo; y, el segundo, respecto a la ganancia esperada o el perjuicio que se busca evitar, pues no se sabe a ciencia cierta si se hubiera alcanzado o evitado de no haberse extinguido la oportunidad. Y es frente al primer componente que la pérdida de oportunidad cimienta no solo el carácter cierto y actual del daño sino que es el eje sobre el que rota la reparación proveniente de la lesión antijurídica a una expectativa legítima.*

14.8. *Por todo lo anterior, la Sala¹⁷ le ha atribuido, en varias decisiones, a ese primer componente las siguientes características: i) el bien lesionado no es propiamente un derecho subjetivo sino un interés jurídico representado en una expectativa legítima, la cual debe ser cierta, razonable y debidamente fundada, sobre la que se afirme claramente la certeza del daño; ii) lo perdido o frustrado es la oportunidad en sí misma y no el beneficio que se esperaba lograr o el perjuicio que se pretendía evitar; iii) la cuantificación del daño será proporcional al grado de probabilidad que se tenía de alcanzar el beneficio pretendido o de evitar el perjuicio final; iv) no existe pérdida de oportunidad cuando desaparece la posibilidad de la ganancia esperada, esto es, cuando se comprueba que esta se encuentra condicionada todavía a la ocurrencia de situaciones futuras, lo que se traduciría en un perjuicio hipotético, ajeno al daño autónomo de pérdida de oportunidad; si el beneficio final o el perjuicio eludido aún puede ser logrado o evitado, la oportunidad no estaría perdida y, por tanto, se trataría de pretensiones resarcitorias diferentes de la pérdida de oportunidad.*

15. Elementos del daño de pérdida de oportunidad

15.1. *En la decisión de la Sección Tercera del Consejo de Estado proferida el 11 de agosto de 2010¹⁸ se trajo a colación los requisitos para estructurar el daño de pérdida de oportunidad, a saber: i) certeza respecto de la existencia de una oportunidad que*

¹⁶ Para Foulquier "un administrado es titular de un derecho subjetivo cuando cumple las condiciones que le permiten ser considerado como beneficiario del poder de exigir –reconocido por una norma general o individual, sin estar obligado a utilizar ese poder en un objetivo personal socialmente legítimo-, un cierto comportamiento de parte de la persona pública –lo que constituye el objeto de su obligación- a fin de alcanzar una ventaja moral o material que el orden jurídico ha expresamente o implícitamente considerado como lícito": FOULQUIER, Norbert, *Les droits publics subjectifs des administrés. Émergence d'un concept en droit administratif français du XIXe au XXe siècle*, Dalloz, París, 2003, p. 689.

¹⁷ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia del 9 de octubre de 2014, rad. 29720, con ponencia de quien proyecta el presente fallo.

¹⁸ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 11 de agosto de 2010, rad. 18593. Reiteración en sentencia del 30 de enero de 2013, rad. 23769, M.P. Mauricio Fajardo Gómez.



se pierde; ii) imposibilidad definitiva de obtener el provecho o de evitar el detrimento; y iii) la víctima debe encontrarse en una situación potencialmente apta para pretender la consecución del resultado esperado.

15.2. En atención al precedente antes citado, la Sala considera necesario realizar las siguientes precisiones a efectos de reordenar los elementos constitutivos del daño de pérdida de oportunidad:

*15.3. **Falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado.** En primer lugar, para determinar si se está en presencia de un daño de pérdida de oportunidad, es necesario establecer que, en efecto, el titular de la expectativa legítima se encontraba, para el momento en que ocurre el hecho dañino, en una situación de incertidumbre de recibir un beneficio o una ventaja esperada, o de evitar un perjuicio indeseado. La oportunidad debe encontrarse en un espacio caracterizado por no existir certeza de que su resultado habría beneficiado a su titular, pero tampoco en el que sólo exista la conjetura de una mera expectativa de realización o evitación. Si se tiene certeza sobre la materialización del resultado final, no es posible hablar del daño consistente en la pérdida de oportunidad sino de la privación de un beneficio cierto, o si se trata de una mera conjetura o ilusión, tampoco habría lugar a la configuración de una oportunidad por no tener la intensidad suficiente para convertirse en una probabilidad razonable de alcanzarse o evitarse. Así, el requisito de la "aleatoriedad" del resultado esperado tiene enormes incidencias en el plano de la indemnización, ya que si se trata de la infracción a un derecho cierto que iba a ingresar al patrimonio de la víctima o frente al cual se debía evitar un menoscabo, su indemnización sería total, mientras que si el truncamiento es solo respecto de la expectativa cierta y razonable de alcanzar o evitar un resultado final, la posibilidad truncada sería indemnizada en menor proporción¹⁹.*

15.3.1. En ese orden de cosas, la falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado consistente en la obtención de un beneficio o la evitación de un perjuicio que se busca evitar es el primer elemento para proceder a estudiar los otros que se exigen para la configuración de la pérdida de oportunidad

¹⁹ A propósito de la pertinencia de este elemento, la doctrina nacional ha señalado: "El requisito de la "aleatoriedad" del resultado esperado es el primer elemento que debe establecerse cuando se estudia un evento de pérdida de la oportunidad. Este requisito constituye un elemento *sine qua non* frente a este tipo de eventos, lo que explica que sea, tal vez, la única característica estudiada con cierta profundidad por la doctrina. // Para comenzar el estudio de este requisito es prudente comprender el significado del concepto "aleatorio", el cual, según la definición dada en el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, se utiliza para referirse a algo que depende de un evento fortuito (...) Esta condición de la ocurrencia de eventos futuros es trasladada al campo de la pérdida de la oportunidad, campo en el que, como se ha indicado, la materialización del beneficio esperado es siempre incierta debido a que la misma pende para su configuración del acaecimiento de situaciones fortuitas, de un alea, que, como tal, no permite saber si lo esperado se va a producir o no. Es por ello que la persona efectivamente sólo tiene una esperanza en que dicha situación se produzca, para obtener así ese beneficio o evitar la pérdida. Incluso, para algunos autores, el alea es una característica de hecho de la noción de la pérdida de la oportunidad, de tal manera que la víctima debe estar en una posición donde sólo tiene unas esperanzas para obtener lo que buscaba. // Ahora bien, ese alea o evento fortuito del cual depende la ventaja esperada está representado en la verificación de múltiples factores que pueden llevar a la realización de esa esperanza. Así sucede en el caso de un enfermo que tiene una mera expectativa de recuperar su salud, lo cual no sólo va a depender de un tratamiento adecuado sino también de su respuesta al mismo, de su idiosincrasia, de un evento de la naturaleza, etc., motivo por el cual, y a pesar de que reciba un tratamiento adecuado, no se podrá afirmar con certeza si el resultado se habría o no conseguido (...). Debe, entonces, verificarse, en todos los eventos que se pretenda estudiar como supuestos de pérdida de pérdida de la oportunidad, si la ventaja esperada dependía de un evento fortuito, esto es, si pendía de un alea, pues en caso contrario no podrá seguirse con el estudio de los otros elementos de la figura, en atención a que no se tratará de un caso de pérdida de la oportunidad": GIRALDO GÓMEZ, Luis Felipe *La Pérdida de la Oportunidad en la Responsabilidad Civil. Su Aplicación en el Campo de la Responsabilidad Civil Médica*, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 2011, pp. 55 y 60.



15.4. Certeza de la existencia de una oportunidad. *En segundo lugar se debe constatar que, en efecto, existía una oportunidad que se perdió. La expectativa legítima debe acreditar inequívocamente la existencia de "una esperanza en grado de probabilidad con certeza suficiente"²⁰ de que de no haber ocurrido el evento dañoso, la víctima habría mantenido incólume la expectativa de obtener el beneficio o de evitar el detrimento correspondientes²¹.*

15.5. Pérdida definitiva de la oportunidad. *En tercer lugar se debe acreditar la imposibilidad definitiva de obtener el provecho o de evitar el detrimento. Es indispensable que se tenga la certeza de que la posibilidad de acceder al beneficio o evitar el perjuicio fue arrancada definitivamente del patrimonio -material o inmaterial- del individuo tornándola en inexistente, porque si el beneficio final o el perjuicio eludido aún pendiera de la realización de una condición futura que conduzca a obtenerlo o a evitarlo, no sería posible afirmar que la oportunidad se perdió, ya que dicha ventaja podría ser aún lograda o evitada y, por ende, se trataría de un daño hipotético o eventual²²; dicho de otro modo, si bien se mantiene incólume la incertidumbre respecto de si dicho resultado se iba a producir, o no, la probabilidad de percibir el beneficio o de evitar el perjuicio sí debe haber desaparecido de modo irreversible, en la medida en que si el resultado todavía puede ser alcanzado, el "chance" aún no estaría perdido y, entonces, no habría nada por indemnizar.*

15.6. *Finalmente, si bien en la sentencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado proferida el 11 de agosto de 2010²³, se dijo que uno de los requisitos para que pueda considerarse existente la pérdida de oportunidad como daño indemnizable es que "la víctima [se] encuentre en una situación potencialmente apta para pretender la*

²⁰ TRIGO REPRESAS, Félix Alberto, *Pérdida de chance. Presupuestos. Determinación. Cuantificación*, Astrea, Buenos Aires, 2008, pp. 38-39. Citado por la sentencia del 11 de agosto de 2010 de la Sección Tercera de esta Corporación, rad. 18593, M.P. Mauricio Fajardo Gómez.

²¹ "[L]a chance u oportunidad, es una posibilidad concreta que existe para obtener un beneficio. El incierto es el beneficio pero la posibilidad de intervenir es concreta, pues existe de forma indiscutible. Por eso sostenemos que existe daño jurídicamente indemnizable cuando se impide esa oportunidad o esa chance: se presenta el daño... Las dificultades pueden presentarse en la evaluación, porque lógicamente ésta no puede ser la del beneficio que posiblemente se habría obtenido sino otra muy distinta": MARTÍNEZ RAVÉ, Gilberto y MARTÍNEZ TAMAYO, Catalina, *Responsabilidad civil extracontractual*, Temis, Bogotá, 2003, p. 260. Por otra parte Trigo Represas señala que "[E]n efecto, si la chance aparece no sólo como posible, sino como de muy probable y de efectiva ocurrencia, de no darse el hecho dañoso, entonces sí constituye un supuesto de daño resarcible, debiendo ser cuantificada en cuanto a la posibilidad de su realización y no al monto total reclamado. // La pérdida de chance es, pues, un daño cierto en grado de probabilidad; tal probabilidad es cierta y es lo que, por lo tanto, se indemniza (...) cuando implica una probabilidad suficiente de beneficio económico que resulta frustrada por el responsable, pudiendo valorársela en sí misma con prescindencia del resultado final incierto, en su intrínseco valor económico de probabilidad": TRIGO REPRESAS, Félix Alberto, *Pérdida de chance*, cit., p. 263. Citado por la sentencia del 11 de agosto de 2010 de la Sección Tercera de esta Corporación, rad. 18593, M.P. Mauricio Fajardo Gómez.

²² A este respecto, la doctrina colombiana presenta este presupuesto en los siguientes términos: "La imposibilidad de obtener la ventaja esperada es un (sic) característica sin la cual no puede solicitarse una indemnización por "pérdida de la oportunidad", por lo cual tanto la jurisprudencia y (sic) como la doctrina acogen esta exigencia sin ningún tipo de discusión. // Ello es así por cuanto si todavía el resultado esperado puede ser alcanzado, la oportunidad no estaría perdida y, en consecuencia, no habría nada que indemnizar. (...) Pensar de manera diferente sería tanto como admitir que una persona que sigue viva y puede aún ser curada por su médico pudiese demandar a un profesional sobre el supuesto de haber perdido la posibilidad de sobrevivir; o el cliente que todavía tiene la posibilidad de que su abogado presente un recurso judicial para hacer efectivos sus derechos, solicitara la indemnización por la pérdida del proceso judicial. Estas situaciones contrastan con el sentido final de la aplicación de esta figura e irían en contravía del principio que exige la existencia de un daño para poder reclamar una reparación.//No hay necesidad de hacer mayores elucubraciones para dar por sentado que la característica analizada debe ser corroborada en todos los procesos en los que se solicita la reparación de la pérdida de una oportunidad": GIRALDO GÓMEZ, Luis Felipe *La Pérdida de la Oportunidad en la Responsabilidad Civil. Su Aplicación en el Campo de la Responsabilidad Civil Médica*, Universidad Externado de Colombia, 2011, p. 71 y 72.

²³ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 11 de agosto de 2010, rad. 18593. Reiteración en sentencia del 30 de enero de 2013, rad. 23769, M.P. Mauricio Fajardo Gómez.



consecución del resultado esperado”, la Sala considera que este elemento debe ser replanteado por las siguientes razones:

15.7. El análisis de si el afectado se hallaba, para el momento en el cual ocurre el hecho dañino, en una situación tanto fáctica como jurídicamente idónea para alcanzar el provecho o evitar el perjuicio por el cual propugnaba o pretendía escapar no es un elemento del daño de pérdida de oportunidad sino que constituye un criterio para definir la imputación de la entidad demandada. Lo anterior por cuanto probatoriamente puede llegar a concluirse que la víctima no se encontraba en una posición idónea a partir de la cual pueda reclamar la existencia de una pérdida de oportunidad, lo que conllevaría a configurar una causal eximente de responsabilidad estatal. Así las cosas, dicha causal exonerativa puede liberar de responsabilidad al demandado en forma total cuando la víctima con su actuación contribuyó de modo definitivo al truncamiento de la oportunidad y, por ende, debe asumir las consecuencias de su actuación, o puede demostrarse que su actuación, en asocio con el proceder del demandado, incidió de modo relevante en la pérdida de oportunidad, lo que conduciría a afirmar que se presenta un fenómeno de concausalidad, circunstancia en la cual el resultado no será, en principio, la exoneración total de responsabilidad, sino que se aplicará una reducción a la indemnización.

15.8. De esta manera la postura de la Sala apunta a sostener que el estado de idoneidad de la víctima no es un elemento del daño de la pérdida de oportunidad sino un criterio de análisis de la imputabilidad y, por ende, su estudio se aborda al momento de dilucidar la atribución del daño de pérdida de oportunidad.

15.9. Recapitulando lo anterior, la Sala precisa que los elementos del daño de pérdida de oportunidad son: i) Falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado, es decir, la incertidumbre respecto a si el beneficio o perjuicio se iba a recibir o evitar; ii) Certeza de la existencia de una oportunidad; iii) Certeza de que la posibilidad de adquirir el beneficio o evitar el perjuicio se extinguió de manera irreversible del patrimonio de la víctima.

16. Los supuestos de responsabilidad en la pérdida de oportunidad

16.1. Respecto a los supuestos del daño por pérdida de oportunidad, la Sala precisa que pueden presentarse de dos maneras, uno positivo -chance de gain- y otro negativo -chance d'éviter une perte²⁴. Positiva, cuando la víctima tiene la expectativa legítima de recibir un beneficio o adquirir un derecho, pero por la conducta de un tercero se frustra definitivamente la esperanza de concreción. Negativa, cuando la víctima está sumergida en un curso causal desfavorable y tiene la expectativa que por la intervención de un tercero se evite o eluda un perjuicio, pero que en razón de la omisión o de la intervención defectuosa de dicho tercero, el resultado dañoso se produce y la víctima padece el perjuicio indeseado²⁵.

²⁴ DEGUERGUE comenta que la pérdida de oportunidad se representa como una especie de *ion* con un polo positivo y negativo: DEGUERGUE, Maryse, "La perte de chance en droit administratif", in *L'égalité des chances. Analyses, évolutions, perspectives*, dir. G. Koubi y G-J Guglielmi, La Découverte, 2000, p.198.

²⁵ Giraldo Gómez precisa que en el ámbito de la responsabilidad del Estado por actividades médicas, la vertiente negativa es la más común, ya que el paciente no tiene en sí la esperanza de obtener un beneficio real, todo lo contrario, al estar involucrado dentro de una ruta patológica y clínicamente adversa a sus intereses que lo puede conducir a sufrir los efectos de un perjuicio cierto y definitivo, tiene la esperanza de que un profesional de la medicina interrumpa el curso causal irreversible; sin embargo, la oportunidad del paciente se extingue por la omisión o la defectuosa atención de la entidad prestadora del servicio de salud, con lo que se produce indefectiblemente la muerte o la lesión. Cfr. GIRALDO GÓMEZ, Luis Felipe, *La pérdida de la oportunidad en la representación civil. Su aplicación en el campo de la responsabilidad civil médica*, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 2011, p. 178 a 187.



16.2. En materia médica los supuestos de daño por pérdida de oportunidad en su perspectiva negativa se suelen presentar, de un lado, por la privación de las expectativas de sobrevivir y, del otro, por la privación de la esperanza de curarse, restablecerse o mejorar su estado de salud²⁶.

16.3. En lo concerniente a la imputación del daño de pérdida de oportunidad, bien sea de un beneficio que se iba recibir o un perjuicio que se buscaba evitar, se presentan obstáculos frente a cuestiones de omisión. Si bien en casos de acción, esto es, participación activa del agente dañoso, se debe acreditar certeza causal entre la conducta generadora de daño y la desaparición de las probabilidades del beneficio o de evitación del perjuicio, en la medida que la ausencia de dicho vínculo conduce ineludiblemente a exonerar de responsabilidad al demandado, en casos de omisión absoluta se presentan dificultades de orden teórico y práctico para hablar de causalidad entre una omisión y un daño²⁷, razón por la cual, la Sala ha propuesto recientemente la adopción de criterios normativos de atribución que, de una manera más coherente y lógica, explican conceptualmente la posibilidad de imputar responsabilidad por un daño en cuya producción fáctica no hubo un componente volitivo del agente dañoso -caso típico de las omisiones-²⁸. De modo que en estos

²⁶ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 3 de mayo de 1999, rad. 11943, M.P. Jesús María Carrillo Ballesteros: "La Sala al resolver el caso sub-exámene, tiene en cuenta que en la doctrina y en la jurisprudencia francesa, existe una corriente, según la cual, procede la pretensión indemnizatoria cuando la muerte o el desmejoramiento de la salud ocurre por la pérdida de una oportunidad de sobrevivir o de curación -pérte d' une chance, de survie, de guérison-. En estos eventos, la actuación del servicio, estructuralmente concebido, se reputa fallido y como consecuencia de ello se frustran las posibilidades de curación. En el caso bajo estudio, bien puede afirmarse que la inactividad en la consecución de la escanografía, creó un riesgo injustificado, es decir, generó un estado de peligro - création fautive d' un état dangereux- que el paciente no estaba obligado a soportar. En armonía con lo hasta aquí expuesto, en el caso sub-exámene el daño resarcible se concreta en la disminución de las probabilidades de sobrevivir o de sanar". Sección Tercera, sentencia del 10 de junio del 2014, rad. 25416, M.P. Ricardo Hoyos Duque: "Debe advertirse que para que haya lugar a la reparación no es necesario acreditar que una adecuada prestación del servicio médico asistencial hubiera impedido el daño, pues basta con establecer que la falla del servicio le restó al paciente oportunidades de sobrevivir o de curarse". Sección Tercera, sentencia del 26 de abril de 1999, rad. 10755, M.P. Ricardo Hoyos Duque: "Si bien es cierto que no existe certeza en cuanto a que de haberse realizado un tratamiento oportuno el paciente no hubiera muerto pues nunca se tuvo un diagnóstico definitivo de la enfermedad que padecía, sí lo es en cuanto a que el retardo de la entidad le restó oportunidades de sobrevivir. Se trata en este caso de lo que la doctrina ha considerado como una "pérdida de una oportunidad". Sección Tercera, sentencia del 14 de junio del 2011, rad. 13006, M.P. María Elena Giraldo Gómez: "La Sala desconoce el grado de dolencia cardíaca de la paciente y por lo mismo ignora, por la falta de conocimiento científico médico, si en el evento de que se le hubiese hospitalizado aquella hubiese sobrevivido; pero lo que sí conoce es que está probado que la omisión administrativa, en hospitalizar la paciente, le frustró la oportunidad de intentar recuperarse".

²⁷ En la sentencia de 29 de mayo de 2014, rad. 30108, se sostuvo: "el juicio de imputación de responsabilidad por omisión no depende ni se debe confundir con la causalidad, ya que esta última vincula de manera fenomenológica la causa con su efecto, mientras que el juicio de imputación vincula ciertas condiciones que interesan al ordenamiento jurídico con los efectos dispuestos por la norma (...) para que opere el juicio de imputación por falla del servicio por omisión, no es imperativo probar el nexo causal entre el daño y el hecho dañino, pues buscar el vínculo causal, como presupuesto del juicio de responsabilidad para acceder al débito resarcitorio, conduciría inevitablemente a un estadio de exoneración de la responsabilidad o a un *regressus ad infinitum* de la equivalencia de condiciones...".

²⁸ En sentencia de 29 de agosto de 2013, rad. 29133, con ponencia de quien proyecta el presente fallo, se indicó: "Los problemas de imputación de responsabilidad frente a eventos de omisión ha llevado a la doctrina a proponer fórmulas de solución más coherentes, como lo son los criterios normativos de atribución, los cuales han tenido desarrollo en la teoría de la imputación objetiva, que ha sido acogida en algunos eventos por la jurisprudencia de la Corporación, fundamentalmente en aquellos en los que se predica del Estado su posición de garante. // Las entidades obligadas a prestar el servicio de salud tienen la posición de garante frente a los pacientes que soliciten esos servicios. Por lo tanto, ven comprometida su responsabilidad cuando se abstengan de ofrecer al paciente los tratamientos que estos requieran, de acuerdo con los desarrollos científicos y tecnológicos y el nivel de atención de la institución de que se trate, o en su defecto de la remisión oportuna del paciente a una entidad de mayor nivel, y esa omisión implique para el paciente la pérdida de oportunidad de recuperar su salud, preservar su vida o al menos mantener condiciones estables en su afección".



casos no es posible aceptar que la omisión causó la pérdida de oportunidad, ya que como fenómeno natural la omisión nada produce -ex nihilo nihil fit-, lo que exige determinar, en términos de imputabilidad jurídica y no de causalidad fenomenológica²⁹, si es posible o no atribuir la pérdida de oportunidad en razón de una infracción del contenido obligacional, esto es, en otras palabras, una falla probada.

16.5. En conclusión, cuando se considera la pérdida de oportunidad como un supuesto en el que la secuencia fáctica podría conducir a la víctima a recibir un beneficio, pero su proceso de concreción es paralizado como consecuencia de la acción de un tercero, el juicio de responsabilidad depende de la prueba de la relación causal, es decir, un vínculo fáctico entre la conducta del agente y la frustración de las posibilidades, pues para la Sala sería absurdo proferir un juicio de imputación en su contra cuando este no ha causado la privación de la oportunidad; pero, en eventos en los que la pérdida de oportunidad de evitar un perjuicio se manifiesta como una omisión absoluta, es innecesario el estudio de la causalidad, ya que este no participó desde un punto de vista fáctico en el despojo de la oportunidad; sin embargo, esto no significa que se descarte de plano una atribución de responsabilidad por la pérdida de la oportunidad, ya que este es un problema que deberá ser resuelto necesariamente no mediante el vínculo causal entre la omisión y la pérdida de probabilidades de evitar el menoscabo de un derecho, sino mediante el juicio de imputación por infracción a sus obligaciones que incidieron en el truncamiento de la oportunidad.” (Subrayado del Despacho)

La atención médica especialmente en el caso de las urgencias tiene como propósito la estabilización del paciente a fin de evitar su fallecimiento como resultado de situaciones de naturaleza accidental o traumática que exigen la inmediata atención e intervención de la forma que los protocolos para el efecto señalen.

en esa medida se exige al médico tratante la calificación de la condición del paciente al momento del ingreso lo que se conoce como triage, y del resultado de tal evaluación debe establecerse el procedimiento a seguir.

la naturaleza de la reacción por parte del personal médico tratante depende necesariamente de la gravedad del Estado del paciente teniendo en cuenta especialmente el factor tiempo en cuanto a la posibilidad de estabilizar al mismo.

en el presente caso no se evidencia que los signos vitales anotados en la historia clínica correspondían a los de un paciente en un estado de gravedad que hiciera necesaria una intervención distinta a la que se hizo de conformidad con la información recibida por parte de un paciente que se anotó como consciente.

la prueba necesariamente en estos eventos es de naturaleza científica, ciente del caso la presentación de un dictamen técnico qué evidencia la ocurrencia de errores, negligencia, impericia u otro despertó en la atención que pueda ser considerado como causa eficiente del resultado.

la muerte que en este caso se produce como consecuencia de una agresión con arma de fuego es el resultado tengo una conducta externó al personal del hospital, de forma que solamente lees exigirle al personal del hospital el aplicar su conocimiento y el destino de los

²⁹ “En los fenómenos de omisión, no es relevante para el instituto de la responsabilidad establecer las causas, sino definir por qué un determinado resultado dañoso, como el que se presenta en este caso, debe ser atribuido a persona distinta de la que lo ha padecido o causado, lo cual se determina con arreglo a criterios jurídicos y no naturales”. Sentencia de 29 de mayo de 2014, rad. 30108, op. cit.



recursos a su disposición para evitar el desenlace que la agresión por su naturaleza habría producido.

es decir que en estos casos el causante del daño necesariamente es el tercero que produce la agresión, corresponde entonces al servicio médico el tratar, pues se trata de una obligación de medio, de evitar que se produzca el desenlace.

por lo tanto se llega a la conclusión en el presente caso de que el resultado muerte no obedece de forma eficiente a la conducta de los médicos dada las circunstancias en que se produjo el ingreso y la atención, pues la información que suministro del paciente no hizo referencia a la existencia de una herida por arma de fuego, al tiempo que tampoco se evidencia que la misma presentará un sangrado evidente de forma que fuera imposible de ignorar por parte de los médicos tratantes.

al no demostrarse que evidentemente existían síntomas, signos, o cualquiera otra manifestación de la patología que resultará evidente a los médicos tratantes, no puede considerarse que hayan incurrido en una falla del servicio.

si bien es cierto que puede resultar desconcertante el que el personal de urgencias no estuviera en la capacidad de detectar una herida por arma de fuego, debe tenerse en cuenta que en el presente caso dicha herida se encontraba en un lugar que no es visible dado que el brazo lo oculta y sin que estuviera demostrado que existía un sangrado que tuviera que ser examinado a fin de determinar su origen por parte de los médicos tratantes.

no puede entonces tenerse por demostrada la ocurrencia en el presente caso de la falla en el servicio, se reitera, en tanto la parte actora no suministra el parámetro de comparación necesario para establecer si los médicos aplicaron los protocolos correctamente, pues no lo citan y aporta la documentación que demuestre su existencia contenido, así como tampoco suministra algún medio de prueba que acredite con suficiente grado de certeza que los médicos contaban con la información de que existía una lesión causada por arma de fuego, que obligará a la aplicación de un plan de atención distinto de aquél que se aplicó teniendo en cuenta la información suministrada por el paciente.

En este sentido, prevalece la naturaleza de la obligación de medio que ampara el ejercicio de la profesión médica, lo cual exige al juzgador el análisis de las circunstancias en que se produjo la atención, la información con la que contaban los médicos al momento de la misma, así como de las condiciones propias del paciente en tanto su sintomatología, apariencia, nivel de conciencia y evidencia de lesiones distintas aquellas que suponen el motivo de la consulta.

8.3.3 ACERCA DEL DAÑO

Si bien en el presente caso está acreditado el parentesco de los demandantes con el fallecido, lo que permite presumir el daño moral padecido por ellos, no puede ser éste atribuido a la parte demandada, pues fue provocado por un tercero, con arma de fuego es circunstancias que no han sido probadas ni son objeto del presente caso.

podría presumirse que la lesión se produjo en el marco de un hecho delictivo en el que entonces responsable viene a ser la persona que produjo la lesión, y en esa medida el resultado aunque supone un daño antijurídico no obedece al nexo causal que se atribuye a la parte accionada.



8.4 CASO CONCRETO

se resuelve en el presente caso el problema jurídico en el sentido de no tener por demostrada la configuración de los elementos que estructura la responsabilidad patrimonial del Estado encabeza de la subred integrada de servicios de salud centro Oriente.

en efecto, no puede tenerse por demostrada la ocurrencia de una falla en el servicio, bajo el régimen propio de la prestación del servicio médico, entendido como una obligación de medio, de conformidad con la información con la que contaban los médicos suministrada por el paciente, la sintomatología presentada y el resultado de los exámenes iniciales, y sin que se suministrarán los protocolos a fin de comparar la conducta efectivamente desarrollada por los profesionales de la medicina con el procedimiento que se supone deberá aplicar en virtud de los mismos, de forma que no puede el juzgador en ese sentido tener por demostrada el incumplimiento de unos protocolos que no han sido allegados al proceso.

al no haberse acreditado la configuración de los elementos que estructuran la responsabilidad patrimonial del Estado respecto de los hechos que rodearon la muerte del ciudadano Carlos Andrés Ramírez Tamayo, procede entonces denegar las pretensiones de la demanda.

8.5 CONDENAS EN COSTAS

Conforme a lo dispuesto en el artículo 188 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, se condenará en costas a la parte demandante y se liquidarán por la Secretaría.

Para lo cual se dará aplicación a lo establecido en el Acuerdo No. PSAA16-10554³⁰ de 5 de agosto de 2016, el cual establece las tarifas de agencias en derecho, las cuales se fijarán en un 3%, de acuerdo a lo solicitado en las pretensiones de la demanda.

8.6 COPIAS Y ARCHIVO

Ejecutoriada esta providencia, se enviará el expediente a la Oficina de Apoyo de los Juzgados Administrativos del Circuito de Bogotá para su archivo.

³⁰ ARTÍCULO 5º. Tarifas. Las tarifas de agencias en derecho son:

1. PROCESOS DECLARATIVOS EN GENERAL.

- | | |
|-----------------------|--|
| En única instancia. | a. Cuando en la demanda se formulen pretensiones de contenido pecuniario, entre el 5% y el 15% de lo pedido.
b. En aquellos asuntos que carezcan de cuantía o de pretensiones pecuniarias, entre 1 y 8 S.M.M.L.V. |
| En primera instancia. | a. Por la cuantía. Cuando en la demanda se formulen pretensiones de contenido pecuniario:

(i) De menor cuantía, entre el 4% y el 10% de lo pedido.
(ii) De mayor cuantía, entre el 3% y el 7.5% de lo pedido.

b. Por la naturaleza del asunto. En aquellos asuntos que carezcan de cuantía o de pretensiones pecuniarias, entre 1 y 10 S.M.M.L.V. |
| En segunda instancia. | Entre 1 y 6 S.M.M.L.V. |



9. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Sesenta (60) Administrativo del Circuito de Bogotá, administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

FALLA

PRIMERO: Denegar las pretensiones de la demanda por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: Condenar en costas a la parte demandante. Se fijan las agencias en derecho en suma equivalente al tres por ciento (3%) del valor de las pretensiones de la demanda. Líquidense por Secretaría.

TERCERO: Para efecto de notificaciones, términos y comunicaciones, dese aplicación a lo previsto 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 PCSJA20-11567 del 5 de junio de 2020, expedidos por el Consejo Superior de la Judicatura, y el Decreto Legislativo 806 del 4 de junio de 2020.

CUARTO: Se recuerda a las partes que para dar trámite a la recepción de memoriales y de correspondencia, es indispensable seguir las siguientes indicaciones³¹:

1. Enviar la solicitud a la UNICA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO AUTORIZADA PARA RECEPCIÓN DE MEMORIALES: correscanbta@cendoj.ramajudicial.gov.co
2. Incluir los siguientes datos:
 - Juzgado al que se dirige el memorial
 - Número completo de radicación (23 dígitos)
 - Nombres completos de las partes del proceso
 - Asunto del memorial (Oficio, demanda, contestación, recurso, etc.)
 - Documento anexo (máximo 5000 kb). Si el anexo supera este tamaño, deberá incluirse el enlace compartido del drive del usuario, lo cual queda sometido a su responsabilidad. Formato PDF – OCR.
3. El incumplimiento de estos requisitos implicará la devolución del correo al iniciador del mensaje y no se le impartirá trámite.

QUINTO: Para el examen físico del expediente se podrá solicitar cita a través de la dirección de correo electrónico jadmin60bta@notificacionesrj.gov.co, previa justificación de las razones para el efecto y autorización del titular del mismo, en los términos del aviso que se incluirá con el mensaje de datos mediante el cual se notifique esta providencia. Se atenderán las disposiciones vigentes en materia de aforo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

ALEJANDRO BONILLA ALDANA
Juez

³¹ Requerimientos para recepción de memoriales y correspondencia de la Oficina de Apoyo – Juzgados Administrativos de Bogotá D.C. – Sede Judicial AYDEE ANZOLA LINARES - CAN



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO SESENTA (60) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
-SECCIÓN TERCERA-
BOGOTÁ D.C.

Firmado Por:

**ALEJANDRO BONILLA ALDANA
JUEZ CIRCUITO
JUZGADO 60 ADMINISTRATIVO BOGOTÁ**

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación:

a9772063d4781363a1fa65e403e6bf7747506a2e4b8a0ffdb3557f8083d9c6e2

Documento generado en 23/06/2021 08:33:11 AM

**Valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**