

## REPÚBLICA DE COLOMBIA



### TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DEL VALLE DEL CAUCA

Santiago de Cali, veintinueve (29) de noviembre de dos mil veinticuatro (2024)

#### MAGISTRADA PONENTE: KATIA ALEXANDRA DOMÍNGUEZ GARCÉS

RADICACIÓN:	76109-33-31-002-2012-00208-02
DEMANDANTE:	María Alicia López <a href="mailto:abogadosconsultoresltd@hotmail.com">abogadosconsultoresltd@hotmail.com</a>
DEMANDADO:	Nación -Ministerio de defensa fuerzas militares de Colombia-Armada Nacional <a href="mailto:notificaciones.buenaventura@mindefensa.gov.co">notificaciones.buenaventura@mindefensa.gov.co</a>
VINCULADOS	Fundación valle de lili <a href="mailto:carlosandres@londonouribeabogados.com">carlosandres@londonouribeabogados.com</a> Clínica rey David - Cosmitet LTDA <a href="mailto:responsabilidad.medica@cosmitet.net">responsabilidad.medica@cosmitet.net</a>
LLAMADO EN GARANTÍA:	Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A La Previsora S.A <a href="mailto:jromeroe@live.com">jromeroe@live.com</a> <a href="mailto:conctatenos@previsora.gov.co">conctatenos@previsora.gov.co</a>
MEDIO DE CONTROL:	Reparación Directa
TEMA:	Responsabilidad del Estado por falla en la prestación del servicio médico

**Sentencia No. 397**

#### OBJETO DE LA DECISIÓN

Surtido el trámite de ley, sin que se observe causal de nulidad que invalide lo actuado, procede la Sala a resolver el recurso de apelación interpuesto por la demandante contra de la sentencia proferida el 25 de agosto de 2022, por el Juzgado Tercero Administrativo Oral del Circuito de Buenaventura D.E., mediante la cual se negaron las pretensiones.

#### ANTECEDENTES

##### 1. La demanda

## **1.1.- Las pretensiones**

Mediante escrito radicado el 9 de noviembre de 2012<sup>1</sup>, la demandante María Alicia López, mediante apoderado judicial, solicitó, en su calidad de víctima, que se declare a la Nación, Ministerio de Defensa Nacional, Armada Nacional y Sanidad de la Armada Nacional administrativamente responsable por los daños y perjuicios ocasionados por el fallecimiento del señor José Antonio Enríquez Rosero, quien falleció el 30 de agosto de 2010.

## **1.2.- Los Hechos:**

En síntesis, son los siguientes:

El señor José Antonio Enríquez Rosero, jubilado de la Armada Nacional y atendido por el Dispensario Naval de Buenaventura, padeció desde 2009 de diversas enfermedades graves, como cirrosis hepática y diabetes tipo 2. En diciembre de ese año, tras un fuerte dolor en las piernas, fue llevado al Hospital Base Naval, donde inicialmente se le trató con dipirona sin realizar exámenes adicionales. Posteriormente, fue trasladado entre varias clínicas (Valle de Lili, Rey David, Confamar) y la Unidad de Salud de la Armada, sin recibir un diagnóstico ni tratamiento adecuado.

Pese a que presentó una acción de tutela solicitando atención médica adecuada, el fallo solo ordenó a la Armada continuar brindándole atención sin demoras injustificadas. Finalmente, el señor Enríquez falleció el 30 de agosto de 2010 sin un diagnóstico preciso ni el tratamiento necesario para su cáncer de hígado y cálculos renales.

## **2.- Actuación procesal y contestación de la demanda**

La demanda presentada el 9 de noviembre de 2012 fue inicialmente rechazada por caducidad por el Juzgado Segundo Administrativo del Circuito, el 22 de

---

<sup>1</sup> folio 1 cnd principal de 003 auto rechaza demanda

noviembre de 2012. No obstante, esta decisión fue revocada por el Tribunal Administrativo del Valle del Cauca el 13 de febrero de 2013, que ordenó un nuevo análisis de admisión. Finalmente, el 22 de abril de 2013, el juzgado admitió la demanda, notificó a las entidades involucradas y corrió traslado para su contestación.

## **2.1 Nación Ministerio de Defensa – Armada Nacional <sup>2</sup>**

Se opuso a las pretensiones, alegó que no hay fundamento fáctico ni legal, ya que el dispensario médico de la Armada Nacional brindó atención adecuada y diligente. Sostuvo que la Clínica Valle de Lili era responsable de la atención y procedimientos realizados, desligando a la Armada Nacional de cualquier falla en el servicio de salud, además de argumentar que no se presentó prueba que conectara a la entidad con el daño reclamado.

Resaltó que para declarar responsabilidad estatal no basta con la existencia de un daño, sino que este debe ser jurídicamente imputable al Estado. También propuso la excepción de mérito innominada. Finalmente, llamó en garantía a las clínicas Rey David y Valle de Lili, pero el juzgado negó el llamamiento, vinculándolas al proceso únicamente en la audiencia inicial.

## **2.2. Vinculadas**

**2.2.1. La Fundación Valle de Lili<sup>3</sup>** negó todas las pretensiones, argumentó que brindó al paciente José Antonio Enríquez Rosero la atención, procedimientos y terapias necesarios para su recuperación. Además, afirmó que, como entidad privada, no puede ser objeto de condena administrativa. Explicó que el paciente padecía cirrosis hepática y enfermedad renal terminal, ambas condiciones graves y de pronóstico reservado, detallando sus características, causas y síntomas.

En su defensa, presentó diferentes excepciones de mérito. Finalmente, solicitó el llamamiento en garantía de la aseguradora Mapfre Seguros Generales de

---

<sup>2</sup> 011 contestación demanda folio 80-104

<sup>3</sup> 019 contestación valle de lili

Colombia S.A., lo cual fue aceptado mediante providencia del 26 de octubre de 2021.

**2.2.2. Clínica Rey David – Cosmitet Ltda.**<sup>4</sup> Argumentó la inexistencia de nexo causal, culpa, falla o daño antijurídico relacionado con el paciente. Afirmó que, durante la hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos, se garantizó todos los servicios médicos, exámenes, diagnósticos, medicamentos y demás atenciones necesarias, se ajustó a protocolos y estándares médicos, con personal calificado.

Indicó que no existe relación entre los servicios prestados y el fallecimiento del paciente, quien egresó con vida y en buen estado el 27 de diciembre de 2009, caminando por sus propios medios.

Planteó excepciones de mérito. Finalmente, llamó en garantía a la Previsora Compañía de Seguros<sup>5</sup>, lo cual fue admitido mediante providencia del 4 de agosto de 2021.

### **2.3. Llamadas en garantía**

**Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A.** <sup>6</sup> Se opuso a declarar responsable a la Fundación Valle de Lili. Argumentó que no hay fundamentos fácticos ni jurídicos que lo respalden, ya que la atención médica prestada fue completa, oportuna y ajustada a la lex artis. También rechazó los montos de indemnización solicitados, al señalar que carecen de sustento y superan los límites establecidos por la jurisprudencia. Propuso excepciones como: inexistencia de responsabilidad de la Fundación, enriquecimiento sin causa, límites del contrato de seguro y excepciones genéricas.

La Previsora S.A. Compañía de Seguros<sup>7\*</sup> rechazó la responsabilidad de Cosmitet Ltda., argumentó que no se probaron fallas en el servicio médico ni nexos

---

<sup>4</sup> Cuaderno principal 021 contestación de Cosmitet

<sup>5</sup> cuaderno 3 llamados en garantía

<sup>6</sup> 04contestacion Mapfre - cuaderno llamados en garantía

<sup>7</sup> 06 contestación previsora cuaderno llamados en garantía

causales entre las acciones de sus asegurados y los daños alegados. Presentó excepciones como: inexistencia de responsabilidad, falta de prueba de los hechos, cumplimiento de obligaciones de medio, aplicación de protocolos médicos, ausencia de relación causal, hechos fortuitos, límites de cobertura de la póliza, y otras excepciones genéricas y contractuales.

Ambas aseguradoras destacaron que, en el improbable caso de que prosperen las pretensiones, cualquier obligación debe limitarse a los términos, condiciones y coberturas acordadas en los contratos de seguro.

### **3. Sentencia recurrida<sup>8</sup>**

El Juzgado determinó que la muerte del señor José Antonio Enríquez Rosero está probada, pero no encontró evidencia suficiente para atribuirla a una falla en el servicio médico prestado por las entidades demandadas. Se concluyó que el paciente recibió atención adecuada en cada etapa, incluidas remisiones a niveles superiores y tratamiento conforme a los protocolos médicos para sus múltiples enfermedades crónicas, como diabetes, cirrosis hepática y enfermedad renal crónica.

El juzgado destacó que las complicaciones de estas enfermedades fueron la causa principal del deterioro de su salud, entre ellas los cuadros infecciosos y la encefalopatía hepática, y no un manejo médico inadecuado. Los especialistas confirmaron que, pese a los esfuerzos y tratamientos realizados, su condición no mejoró debido a la naturaleza progresiva de sus patologías.

Además, la actora señaló desconocer las enfermedades de su esposo, pero esto no permitió establecer una falla en el servicio. Según el juzgado, no hay pruebas periciales ni otros medios que demuestren negligencia o incumplimiento en la atención médica. Por lo tanto, no se puede responsabilizar a las entidades demandadas por el fallecimiento, que se debió a la evolución natural de las patologías crónicas del paciente.

---

<sup>8</sup> Cuaderno principal sentencia primera instancia

#### **4. El recurso de apelación**

La parte demandante interpuso recurso<sup>9</sup>, porque no comparte las consideraciones del juzgado para negar las pretensiones de la demanda, pues no hizo una valoración adecuada y profunda de las pruebas arrojadas al proceso. Argumenta que lo que se evidencia de la historia clínica es que a pesar de las patologías graves que padecía el mencionado señor no le fueron proporcionados los tratamientos requeridos y de manera eficiente para conjurar sus padecimientos y además los tratamientos que le proporcionaron no fueron continuos y por otra parte a pesar del dolor que padecía en su pierna no obtuvo jamás un diagnóstico acertado por parte de los médicos tratantes, situaciones que se encuentran probadas con las pruebas arrojadas al presente proceso.

Añade que la responsabilidad de la demandada puede evidenciarse en que se vulneró el derecho al diagnóstico oportuno y acertado del paciente en las instituciones a las que fue remitido.

Se refirió a los criterios o reglas probatorias aplicadas por la Sección Tercera del Consejo de Estado. Considero que el juzgado incurrió en un defecto sustantivo, al no observar en la decisión proferida el derecho material que regula el sistema general de seguridad social en salud y sus principios rectores.

Se argumenta que el artículo 49 de la Constitución de 1991 garantiza la protección y recuperación de la salud bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Además, la Ley 100 de 1993 establece principios como integralidad, unidad y participación, exigiendo que el servicio de salud sea brindado con calidad, oportunidad y de manera personalizada, humanizada e integral, según estándares aceptados.

Se señala que las normativas aplicables no fueron cumplidas, lo que implica una violación a los estándares de calidad exigidos por la ley. También se destaca que, aunque no se alegó en la demanda, la falta del consentimiento informado representa una falla del servicio, ya que este documento es obligatorio para

---

<sup>9</sup>Cuaderno principal 109 apelación sentencia Dte

proteger al paciente de riesgos injustificados y autorizar tratamientos médicos. Esta omisión constituye un indicio grave en contra de la parte demandada, conforme al artículo 241 del C.G.P.

Por lo anterior, se solicita revocar la sentencia impugnada y acoger las pretensiones.

## **5. Trámite de segunda instancia**

El 19 de septiembre de 2022 se concedió el recurso de apelación interpuesto por la demandante, María Alicia López, en efecto suspensivo. Este recurso fue admitido el 7 de diciembre de 2022, se dispuso el traslado común a las partes para alegar de conclusión, y posteriormente al Ministerio Público para emitir concepto, se omitió la audiencia de alegaciones por considerarla innecesaria.

La Fundación Valle del Lili, durante el término concedido, respondió al recurso. Afirmó que la demandante no cumplió con su carga probatoria, según el artículo 167 del C.G.P., al no demostrar la existencia de una falla en la atención médica ni su relación causal con los hechos y perjuicios reclamados. El Ministerio Público no presentó pronunciamiento.

## **CONSIDERACIONES**

### **1. Competencia**

De conformidad con el artículo 15<sup>10</sup> del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo – CPACA-, esta Corporación es competente para conocer en segunda instancia del proceso.

---

<sup>10</sup> Artículo 153. Competencia de los tribunales administrativos en segunda instancia Los tribunales administrativos conocerán en segunda instancia de las apelaciones de las sentencias dictadas en primera instancia por los jueces administrativos y de las apelaciones de autos susceptibles de este medio.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 320<sup>11</sup> del Código General del Proceso, la Sala se suscribirá al estudio de las razones de disenso planteadas y expuestas contra la decisión de primera instancia por la parte demandante.

## **2. Validez de la prueba recaudada**

El material probatorio que se adjuntó con la demanda, la contestación y auto de pruebas, se sometió a contradicción de las partes, por lo tanto, será valorado con base en el principio de la comunidad de la prueba, las reglas de la sana crítica, la lógica y la experiencia.

Lo anterior conforme con la providencia proferida por la Sala Plena del Consejo de Estado el 28 de agosto de 2013<sup>12</sup>, según la cual: «en aras de respetar el principio constitucional de buena fe, así como el deber de lealtad procesal reconocerá valor a la prueba documental que ha obrado a lo largo del proceso y que, surtidas las etapas de contradicción, no fue cuestionada en su veracidad por las entidades demandadas».

## **3. Problema jurídico**

La Sala debe establecer, con fundamento en los recursos de apelación, si las entidades demandadas y vinculadas son administrativamente responsable por los daños y perjuicios causados a los demandantes por la muerte del señor José Antonio Enríquez Rosero, que presuntamente acaeció como consecuencia de la falla en la prestación del servicio de salud al no diagnosticar oportunamente la patología, no brindarle tratamiento idóneo y no brindar el servicio de salud de manera continua.

De encontrarse responsabilidad, se deberá establecer si las llamadas en garantías están obligadas a responder en virtud de los contratos de seguros contraídos a través de pólizas de responsabilidad.

---

<sup>11</sup> Artículo 320. El recurso de apelación tiene por objeto que el superior examine la cuestión decidida, únicamente en relación con los reparos concretos formulados por el apelante, para que el superior revoque o reforme la decisión.

<sup>12</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 28 de agosto de 2013, expediente: 05001-23-31-000-1996-00659-01 (25.022), M.P.: Enrique Gil Botero.

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

La Sala confirmará la sentencia de primera instancia al considerar que, en el presente caso, contrario a lo referido en el recurso de apelación, no se acreditó la falla en la prestación del servicio de salud, por el contrario, con las pruebas aportadas se establece que fue idónea y acorde con los protocolos médicos.

Por otro lado, no se probó que existió una relación directa o indirecta entre la enfermedad, la atención médica y la muerte del paciente, razón por la cual no hay lugar a declarar responsabilidad a las entidades prestadoras del servicio de salud.

#### **5. Marco normativo y jurisprudencial**

La Constitución de 1991, en su artículo 90, indicó que el Estado es patrimonialmente responsable por los daños antijurídicos causados por acción u omisión de las autoridades públicas.

El Consejo de Estado ha desarrollado ese principio de responsabilidad al señalar que busca garantizar los derechos e intereses de los ciudadanos y reparar los desequilibrios ocasionados por acciones administrativas que causen daños antijurídicos. Sin embargo, no basta con probar que el daño es antijurídico; también es necesario que sea imputable al Estado por su acción u omisión.

En cuanto a la prestación del servicio médico, la responsabilidad estatal no se deriva automáticamente de la intervención médica. Es indispensable demostrar que no se cumplió con la "lex artis" y que esta omisión fue la causa del daño. El Consejo de Estado ha precisado que el régimen de responsabilidad es subjetivo, que exige probar la falla del servicio, el daño antijurídico y el nexo causal. Además, se acepta la prueba indirecta para establecer dicho nexo, pues se

reconoce que no siempre se requiere certeza absoluta, sino una causa probable<sup>13</sup>.

En síntesis, la responsabilidad estatal por fallas en el servicio médico se estructura cuando se demuestra un daño, una falla probada del servicio y un vínculo directo entre ambos.

## **6. Análisis probatorio y resolución del caso concreto**

### **6.1. Daño**

En el caso bajo estudio se encuentra debidamente acreditado, con el registro civil de defunción<sup>14</sup>, que el 30 de agosto de 2010, el señor José Antonio Enríquez falleció.

### **6.2. La falla del servicio y el nexo de causalidad**

Establecido el daño antijurídico, corresponde analizar si el mismo le es atribuible a una acción u omisión desplegada por las entidades demandadas conforme se solicitó su estudio en el recurso de apelación. Por lo tanto, se analizarán los hechos probados con el fin de determinar si efectivamente existió o no una falla médica.

El señor José Antonio Enríquez Rosero es jubilado de la Armada Nacional recibía su servicio de salud por parte del Dispensario Naval del Municipio de

---

<sup>13</sup> «La Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual aquella es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es **la falla probada del servicio** el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, **de suerte que se exige acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste**. En relación con la carga de la prueba del nexo causal, se ha dicho que corresponde al demandante, pero dicha exigencia se modera mediante la aceptación de la prueba indirecta de este elemento de la responsabilidad, a través de indicios, al tiempo que no se requiere certeza en la determinación de la causa, sino que se admite la acreditación de una causa probable». C.E., Sección Tercera, Subsección B, Radicación número: 47001-23-31-000-1994- 03766-01(19963).

<sup>14</sup> Registro de defunción folio 3 -cnd principal 002 demanda anexos

Buenaventura, pero es de resaltar que fue atendido en las siguientes IPS Centro Médico de Buenaventura la Clínica Rey David y de la Fundación Valle de Lili.

Informa la demandante que desde el año 2009, el señor Enríquez Rosero venía padeciendo de cirrosis hepática, hipertensión portal, várices esofágicas, encefalopatía hepática, diabetes mellitus tipo dos y otras patologías, lo anterior se reafirma en la historia clínica de la Clínica Rey David del 19 de diciembre de 2009, el personal médico anotó el motivo de ingreso del paciente, el diagnóstico, la enfermedad actual, tratamiento y recuperación de lo cual se tiene como observaciones:

“Dic 19/09-MOTIVO DE CONSULTA: cuadro clínico de 3 días de evolución de malestar general, hiporexia y dolor torácico pleurítico, es llevado a centro médico en b/tura donde encuentra obnubilado e hipotenso por lo cual remite con Dx de NAC III-IVO, tuvo antecedentes de DM, pero no conoce manejo. Al ingreso Pte. Con gran hipoglicemia, cambio para IRC descompensada y posible foco pulmonar inicia manejo con antibiótico con vancomicina realizan cultivos seriados de sangre y orina negativos se enfoca como DM descompensada en IRC descompensada. PTE evoluciona adecuadamente bajo buen control glicémico creatini 2.4 y bum 27.3 se decide salida con recomendaciones signos de alarmas tratamiento médico y control con nefrología- medicina interna... Enfermedad actual Pte. Remitido de armada con DX 1 sepsis de origen urinario 2- NAC III3- IRC4 – encefalopatía paciente que ingresa en malas condiciones generales en pobre r-2 horas se comenta pte uci 2... Antecedentes: paciente con antecedentes HTA diabetes mellitus tipo II en manejo con enalapril 20mg día, hidroclorotiazida 25mg día, metformina 580 mg 2 veces al día, glibecamida 5m vo c/12h.

El 23 de diciembre de 2009, el señor José Antonio Enríquez Rosero ingresó a hospitalización en la Clínica Rey David, con cuadro clínico de 3 días de evolución de malestar general hiporexia y dolor torácico pleurítico, se encuentra narrado que:

Se inicia lev y se pasa sonda vesical obteniendo orina turbia. DX: NAC III, ITU, DM X HC, es traído a CRD done llega paciente hipoglucémico es llevado a uci, se inicia tratamiento antibiótico con pipetazo + vancomicina por sepsis de origen pulmonar, goteo con dextrosados... estable, buena condición general no hay actividades, tolerando bien tratamiento, no presenta tos, auscultación pulmonar normal sin RSA ambulatorio activo, buena condición, no amerita continuar tratamiento.

El día 27 de diciembre 2009 recibo paciente en la habitación, consciente y orientado, se toman signos vitales... da salida continua sin complicaciones...egresa paciente consciente y orientado...

Respecto a estas atenciones brindadas se le consultó en interrogatorio al doctor Carlos Hernando Prado Marulanda donde informó después de la pregunta de la atención brindada:

Básicamente trabajo en la Unidad de Cuidado Intensivo lo remitieron, él ingresa el 19, lo recibe un compañero, yo lo recibo el 20, nosotros hacemos turnos de 12 o 24 horas, el 20 lo recibí y el 21 lo entregué otra vez a los otros compañeros que siguen en turno. Es un paciente que ingresa con obnubilado, se encuentra con un proceso infeccioso una infección urinaria, un proceso infeccioso pulmonar, una neumonía, se le inicia tratamiento piperacilina y vancomicina, y se le toman exámenes y pues el paciente se le hace rehidratación con cristaloides y se le coloca un catéter central para iniciar manejo por si requería más cosas, la idea de mantenerlo en la Unidad de Cuidado Intensivo es por el riesgo de pronto que vaya a requerir ventilación mecánica o algún manejo especializado, pero este paciente evolucionó relativamente bien. Después se entrega el 21 ya lo entregó mucho mejor y ahí lo controlan mis compañeros inclusive el 22 ya lo trasladan para piso, el paciente evolucionó bien.

En el interrogatorio se puede observar que el doctor argumenta que el paciente viene remitido de la periferia, viene con un cuadro para manejo especializado en la clínica Rey David por el riesgo que vaya a requerir la Unidad de Cuidado Intensivo, este describe el procedimiento practicado:

Se le coloca un catéter central y se le inicia un manejo con antibióticos y cristaloides, paciente ingresa con buena presión, una frecuencia cardiaca un poquito alta pero en general está estable, de ahí sigue el mismo compañero, en la noche lo evoluciona toca aumentar un poquito el aporte de oxígeno, la diuresis es muy buena en el momento y compresiones adecuadas, ya se le hace tratamiento con antibiótico y se le hacen los cultivos que es lo normal que se hace.

Lo recibo el 20, los diagnósticos siguen siendo iguales, descartar una infección urinaria, por el tipo de material que salió por la sonda vesical una diabetes mellitus tipo 2 que ya la tiene diagnosticada y una enfermedad renal crónica, valoro el paciente se inicia tratamiento con pipetazo bajo que es un tratamiento de amplio espectro, básicamente para cubrir todo tipo de germen especialmente en este tipo de pacientes, con una muy buena diuresis, tensión arterial en normales adecuadas, frecuencia respiratoria mejora a la inicial y con una buen aporte de líquidos, se ve normal, se le toman exámenes de control, tiene una hemoglobina baja que es normal a un paciente con una enfermedad renal crónica tiene una alteración de la creatinina y el bum que están también alterados, que es también en pacientes renales, sin embargo el paciente persiste con hipoglicemia pues que ocurre en procesos infecciosos, se le inicia su manejo se le deja con líquidos destroza y se mejora, se entrega, el paciente inclusive ya no se maneja en la unidad de cuidado intensivo, sino en comunidad de cuidado intermedio que en general es que el paciente está menos grave.

Continua el manejo a las 4:16, nuevamente lo valoro, en la tarde se encuentra en muy buenas presiones 146/70, con tensiones arteriales de medios a adecuadas, frecuencias cardiacas normales, no está con fiebre, una glicemia ya más

controlada en 73 y básicamente se empieza se aumenta un poquito la destroza y se continúa todavía pendiente para mantener las metas de reanimación, en la noche nuevamente vuelvo y lo veo, el paciente continúa igual estable sin requerimiento de vasopresores, sin embargo aún está un poquito letárgico que eso ocurre en los pacientes que están infectados se sospechó de pronto que tuviera una intoxicación por alguna benzodiazepinas se empieza a descartar otro tipo de patologías pero continúa el manejo como si fuera un proceso infeccioso pulmonar una neumonía adquirida en comunidad.

El día 21 nuevamente lo veo y el paciente ya lo tenemos con un balance hídrico más negativo, sigue estable, la hemoglobina mejora, las plaquetas están normales, los tiempos están en rangos normales, la glucometría está en 170, paciente con proceso infeccioso no es normal pero esté en un rango aceptable, paciente continúa el manejo metabólico en tratamiento de antibiótico que ya sería su segundo día, ahí en la tarde lo entrega ya al compañero Munar, que lo recibe en la noche y el paciente dura dos días más o sea el 22 lo ve German que es otro compañero y ya en vista de que esta el paciente más consciente a su 4 o 5 día a su tratamiento de antibiótico el paciente mejora su estado de conciencia y se decide traslado para piso.

Al doctor Carlos Hernando Prado Marulanda le pregunto el juzgado si esas condiciones de salud fue lo que motivó que el paciente sea remitido para manejo y atención en un tercer nivel y este contestó:

El riesgo con este tipo de pacientes es que terminen en ventilación mecánica o terminen en un estado shock séptico, en el cual requieren invasión y requieren vasopresores y medicamentos especializados que no los tienen en ningún otro lado, sin embargo, el paciente cuando se inició el manejo de rehidratación y basado en la historia clínica evolucionó bastante bien tanto que no requirió sino simplemente un catéter central, rehidratación, ajuste del metabolismo de la glucosa y duró tres- cuatro días en la Unidad y de ahí se trasladó para piso, tuvo una muy buena evolución, pero la razón de mandarlo si está adecuado es un paciente que tenía un trastorno del estado de conciencia y el riesgo de eso es que termine el paciente con mayor deterioro y termina probablemente con falla respiratoria e intubado

En el interrogatorio practicado por el representante de la clínica Valle de Lili preguntó al doctor Carlos Hernando Prado Marulanda sobre ¿Cuál era el pronóstico de mejoría de esas patologías que sufría el paciente? indicó:

El pronóstico de esos pacientes es básicamente manejo, tratar de equilibrar en todo sentido, ahí la más benigna de las tres sería la parte de la diabetes, sin embargo hay una en la historia en el ingreso no sé si se pidió una hemoglobina glucosilada que esa sirve para determinar si el paciente tiene un manejo adecuado ya sea porque utiliza o no utiliza el medicamento que se le está dando pero eso indica un rango de que si uno no está adecuadamente en un valor por encima de 7, en ese caso él lo tenía por encima es de que lleva más de tres meses sin utilizar el medicamento o no lo está haciendo, o no se lo aplica pero la causa principal de eso es que el paciente no lo aplica o sea mala adherencia al tratamiento esa es la más benigna, la enfermedad renal crónica es una

enfermedad que es degenerativa y que lleva una serie de problemas a largo plazo, y la cirrosis pues viene a ser la peor que es la parte hepática y tiene la función de toda la parte metabólica del paciente, el pronóstico de ese paciente con una cirrosis es bastante reservado uno no lo sabe pero es bastante comprometido...

Mapfre realiza la pregunta al doctor Carlos Hernando Prado Marulanda sobre ¿La enfermedad renal que padecía el paciente en qué consistía la enfermedad renal? Este respondió:

(...)La enfermedad renal es un deterioro o un daño de la función renal, el riñón tiene muchas funciones 7 para ser específico, las principales son manejo de los tóxicos que es el nitrógeno ureico y el manejo de líquidos, botar los líquidos generalmente estos pacientes con el tiempo el deterioro renal se empieza a acumular mucho el nitrógeno ureico llega al paciente y lo pone ácido y en ese momento las células no funcionan adecuadamente, son pacientes que mantienen un metabolismo muy ácido a largo plazo, y algunos de ellos sino pueden controlar ese nitrógeno ureico requieren terapia dialítica, cuando un paciente tiene una falla renal, existen varios tipos generalmente la que es anúrica o sea la que no produce orina es más complicada, y a largo plazo ese deterioro siempre el riñón se va deteriorando poco a poco, es degenerativa hasta que llega un momento en que el riñón no funciona por completo. (...)

Con lo anterior está probado el ingreso al hospital Clínica Rey David y las atenciones recibidas allí, que se evidencia que fueron acorde a las necesidades del paciente.

Frente a la Clínica Fundación Valle de Lili, se tiene que brindó atención al señor José Antonio Enríquez Rosero desde el 9 de junio hasta el 30 de agosto de 2010, se observa la atención prestada por los médicos tratantes en sus diferentes especialidades, el suministro de medicamentos y tratamientos en las transcripciones de la historia clínica:

Junio/09/2010 MEDICINA DE URGENCIAS Paciente de 66 años con historia clínica conocida manejado en la institución...Según la nota de remisión con nuevo episodio de encefalopatía asociado a dolor abdominal por lo tanto lo remiten... 04/08/2010 ... Paciente con cirrosis hepática, encefalopatía de origen infeccioso, con alteración en su esfera mental...

Agosto 10/2010 ...Paciente conocido por el servicio por cirrosis Child C por NASH, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, litiasis biliar, resulta coledoduonostomia, ¿¿con episodios previos de encefalopatía más ascitis con cuadro demencial de base?? Ingresó por alteración de la esfera mental, con caída desde su propia altura más síndrome febril con bacteriemia por A. Baumanni. Eco de vías digestivas-Ligera dilatación de porta, esplenomegalia. TAC cerebral sin hallazgos...

Agosto/17/2010 07:30 horas... Paciente con evolución favorable, alerta y sin restricción para la ventilación después de la paracentesis de ayer. Los hemocultivos el 14 de agosto de 2010 fueron negativos. Completo el esquema propuesto por infectología satisfactoriamente. Se decide dar de alta con el esquema de manejo actual, se dan recomendaciones y signos de alarma para regresar a ORG. Tiene cita programada con hematología...

19-08-2010 Ingresar paciente al servicio de urgencias en compañía de familiar consciente, orientado en tiempo, lugar y persona. Remitido de sanidad Militar con diagnóstico de cirrosis hepática, distensión abdominal. Valorado por médica de turno, se canaliza vena y se toman paraclínicos, pendiente reportes...

Agosto 19/2010 URGENCIAS CH: normal- Paraclínicos: Ph: 7.45 PCO2:24 PO2: 78 BE:-7 BUN: 43 en hiponatremia PCR: 12 Amonio: 23 – UROLOGIA UCI-INGRESO Edad: 67 años, masculino, Cali, hogar ANTECEDENTES DM2 – HTA - Cirrosis etiología desconocida (¿¿NASH??) - SD demencial - Encefalopatías frecuentes. Estuvo hospitalizado por 13 días hasta el 17 de agosto de 2010 por encefalopatía e infección de vías urinarias, tuvo hemocultivos 1 de 2 positivos para A. baumannii-multisensile y recibió 9 días ampicilina sulbactam. Ahora consulta nuevamente por cuadro de ascitis a tensión, tendencia a la somnolencia, además generalizados y anemia... En el momento TA: 61/36 TAM: 42 FC: 70 FR: 14 T: 35.4°C SO2:95% FIO2:32% Diuresis: 570cc por sonda. Mucosas secas y pálidas. No dificultad respiratoria, cuello no, no ganglios. C/P ruidos respiratorios en bases, no agregados, corazón rítmico, alejado. ABDOMEN: ascitis a tensión dada a la palpación generalizada además de pared. GU: orina colúrica -EXTREMIDADES: edema grado II, 4 extremidades, pulsos simétricos NEUROLOGICO: alerta, descondicionado, no focalidad. -LABORATORIOS URGENCIAS HEMOGRAMA: no leucocitosis, anemia 11.8 normal, plaquetas: 190000, gases arteriales: acidosis metabólica compensada sin hipocalcemia PCR 11.6 -paciente con signos de shock séptico: fiebre e hipotensión que no responde a LEV, decidimos iniciar soporte vasoactivo con Dopamina. Urología paso sonda vesical, Obteniéndose orina colúrica. Por antecedente de A. baumannii de sangre se comentó con infectología y se inició tigeciclina + amikacina.

Resaltan en la historia clínica que «el paciente cursa con falla renal aguda por lo que mañana definiremos niveles de amikacina antes de nueva dosis. Realizo paracentesis evaluativa y diagnóstica y urocultivo en busca de foco infeccioso». Por lo que fue necesario un continuo manejo en UCI «Sepsis origen urinario-encefalopatía mixta -insuficiencia renal aguda -DM2 -HTA -SD demencial... »; de los demás días que permaneció en el centro hospitalario se tiene que:

Agosto 22/10 Eco renal. Riñones con aumento de la ecogenicidad por inflamación con relación coricomedular preservada. Quiste renal derecho simple...

Agosto 23/10 UCI noche... PROBLEMAS: requerimiento de vasopresores, ácidos metabólicos... UCI DIA DIAGNOSTICOS -Cirrosis hepática etiología no clara -Sepsis de origen urinario, E.coli BLEE -Insuficiencia renal aguda -DM- HTA... CONTINUACIÓN INFECTOLOGÍA Azotados elevados, requerimiento soporte vasoactivo, no ha presentado fiebre, está recibiendo tigeciclina amikacina. Por ahora continúa igual manejo....

Agosto 24/2010 COMITÉ DE INFECCIÓN Paciente quien debe continuar con precauciones de contacto--- el egreso por: - Hemocultivos (04 agosto 2010) baumannii...

25/08/2010... ANÁLISIS Y PLAN: Paciente con diagnóstico anotados, ayer le realizaron Eco TE, pendiente reporte, pero verbalmente informan que esta normal. Ha evolucionado hacia la mejoría del cuadro infeccioso. Debe continuar con tigeciclina...

26/08/2010 GASTRO... Paciente conocido por hospitalización, previas con ascitis, cirrosis, falla renal crónica + diabetes mellitus tipo2, se encuentra encefalopático, hepático como causa de trastorno cognitivo. Actualmente con falla renal con criterios de diálisis, resolución del cuadro infeccioso. Considerando que siempre hemos descartado que su cuadro neurocognitivo y deterioro mental sea secundario a encefalopatía, se recomienda valoración por neurología previo a definir limitación en esfuerzo terapéutico adecuadamente, quedo atento a evolución... ANÁLISIS Y PLAN: Con cirrosis NASH Child B, el paciente cursa con encefalopatía y según la esposa previamente (hace 8 meses) el paciente se encontraba estable en su condición neurológica especialmente en relación con la memoria, no tenía problemas y era completamente funcional. No me queda claro si el paciente tenía previamente un trastorno cognitivo, lo más objetivo es realizar pruebas neurológicas cuando este sin encefalopatía. Por el momento, el paciente debe continuar con todas las medidas terapéuticas incluyendo diálisis...Por mi parte solicito vitamina B12, Ac. Fólico y serología...

26/08/2010 TRABAJO SOCIAL - CASO CONOCIDO **Se hace reunión con la esposa del paciente la señora Alicia López (83 años), no hijos** Procedente de B. ventura con domicilio en el mismo municipio. Paciente vive bajo el mismo techo con su esposa solos. Actualmente paciente cuenta con cuidador contando con auxiliar de enfermería. Señ. Carolina Cuervo quien expresa su compromiso en su rol. Refiere red de apoyo en el barrio el Troncal Cali, auxiliar manifiesta cuidarlo en la institución y en casa y si es necesario en B.ventura. Esposa con dificultad en la comprensión del mensaje, se hace necesaria repetición de la información. Junto con--- se hace encuentros y discusión respecto a la adherencia al tratamiento entre otros aspectos como activar red de apoyo emocional y cuidado del paciente... En los últimos días su condición clínica ha empeorado con mayor deterioro cognitivo y encefalopatía, ascitis moderada, falla renal, oligoanuria, hipotensión, elevación de azoados, coagulopatía y mayor acidosis metabólica...

27/08/2010 NEFROLOGIA Paciente con historia anotada fallo multiorgánico con sepsis de origen urinario, Falla renal aguda, oligoanuria, hemo- dinámicamente inestable con soporte vasoactivo. PAM alrededor de 60. Se habla con familiares (esposa y auxiliares), se informa sobre su estado actual, su pronóstico medico previo a comentar a los médicos tratantes Dr. Jairo García, Dra. Mesa. Se acuerda en cuanto a ser trasladado a Betania para continuar su manejo médico... UCI Condición ascítica grave, alerta, sigue presentando hipertensión (T máxima 37.9°C), requerimiento de Dopamina con la que trae arterial media 70, FC elevada, ritmo cardiaco sinusal, polipnea, estertores FIO2 0.5, SAO2 97%. Se ha definido limitación del esfuerzo terapéutico...

28/08/2010... Actualmente en un cuadro en encefalopatía multifuncional, con antecedente de compromiso neuropsiquiátrico previo. Ayer fue realizado consenso entre los servicios tratantes (neurología clínica, gastro hepatología y UCI) llegando a la conclusión que se hará limitación de los esfuerzos terapéuticos incluyendo procedimientos de soporte como hemodiálisis, urocultivo o hemocultivos). Dicha situación fue informada a los familiares, quienes parecen

haber entendido la situación. En este orden de ideas, el paciente será trasladado al servicio de hospitalización en la sede Betania...

29/08/2010...Paciente con antecedentes de cirrosis hepática ingresa a FVL agosto 19- 2010 en contexto de encefalopatía hepática e infección de origen intraabdominal, manejo en UCI. Por sepsis requiere soporte inotrópico y ventilatorio no invasivo. Había sido dado de alta dos días antes de esta nueva hospitalización por ITV por baumani... Encefalopatía. Con marcada disnea. Con quejido En anasarca. No responde al llamado Glasgow 4-5/15-Suspendida antibioterapia. Se limitan intervenciones terapéuticas. Ver órdenes médicas... 30/08/2010 Se atiende llamado de enfermería: encontrado paciente sin signos vitales, pupilas midriáticas, reflejo corneal ausente, sin respuesta a cualquier estímulo. Paciente fallece. Se diligencia certificado de defunción.

De las historias clínicas mencionadas, se observa claramente que el señor José Antonio Enríquez Rosero ingresó al servicio médico de Buenaventura en varias oportunidades, entidad que atendió cada patología y remitió en el caso requerido a las entidades de nivel superior.

Ahora bien, en el expediente también obran los testimonio de los médicos tratantes, entre ellos al señor Noel Alberto Flórez Alarcón – Médico Internista, Cardiólogo<sup>15</sup> Intensivista en cuanto a la atención médica brindada por la Fundación Valle de Lili indicó que lo había evaluado mientras estuvo en hospitalización de Cuidado Intermedio, era un paciente diabético, con una cirrosis avanzada que había tenido una hospitalización reciente por un cuadro infeccioso, y había ingresado a la Fundación Valle de Lili con un cuadro de encefalopatía, con una acidosis metabólica y un deterioro de la función renal, mientras estuvo en la Unidad de Cuidado Intermedio el paciente fue evaluado por nosotros el grupo de Cuidado Intensivo y los servicios Interconsultantes de Neurología e Infectología y Nefrología.

Se le realizó tratamiento médico para esas patologías, para las que tenía la encefalopatía hepática, antibiótico recomendado por infectología para un posible cuadro infeccioso; pero la evolución del paciente durante los días en que estuvo en cuidados intermedios fue hacia el deterioro, la falla renal progresó por lo cual en un momento dado se consideró que el paciente debía trasladarse a Cuidados Intensivo y se hicieron los arreglos para colocar un

---

<sup>15</sup> Despacho Comisorio

catéter para poder practicar la hemodiálisis y se trasladó a cuidado intensivo donde el paciente continuó su manejo en la Fundación Valle de Lili .

Informa que el señor sufría de una patología importante era una cirrosis hepática avanzada, además una persona diabética, que fue tratada la encefalopatía hepática con antibióticos, se manejó con líquidos endovenosos, con unas drogas para tratar de eliminar las toxinas que el hígado produce y que no se estaban eliminando adecuadamente. También monitoreo diario de los electrolitos sanguíneos de los gases arteriales del paciente, que en la cirrosis son medidas de soporte que se hacen mientras hay recuperación del estado del paciente.

Sin embargo, añado que mientras estuvo en la Unidad de Cuidado Intermedio, el paciente no presentó una mejoría adecuada, su condición se deterioró especialmente la función renal es lo que más se recalca en la historia que fue empeorando y la acidosis metabólica por lo cual se hizo el traslado a cuidado intensivo donde siguió siendo manejado por otra parte del grupo de cuidado intensivo, a los días del traslado se evidencia que el paciente murió por falla multiorgánica, el paciente estaba en un estado muy deteriorado no respondió a las medidas que se hicieron incluida diálisis, muere de una causa muy frecuente de los pacientes críticos que es falla multiorgánica, donde varios sistemas fallan.

En el mismo sentido, el señor Jairo Alberto García Abadía<sup>16</sup> médico especialista en medicina interna, en gastroenterología, endoscopia y quien recibió entrenamiento en enfermedades hepáticas en Estados Unidos sostuvo en su testimonio «que la diabetes mellitus es un daño en el páncreas, el cual no genera un manejo adecuado de los niveles de azúcar en sangre y esto produce una serie de daños crónicos sobre los sistemas, entre ellos el cerebro, riñón, corazón e hígado. En relación con este último órgano adujo que este se llena de grasa y no metaboliza bien, por lo que deja de funcionar, siendo con el tiempo un daño permanente e irreversible, y esto es lo que se conoce como cirrosis».

---

<sup>16</sup> Despacho Comisorio

El demandante alegó en el recurso de apelación que en el libelo de la demanda se le imputó la responsabilidad a la Nación Ministerio de Defensa – Armada Nacional, por la falla en el servicio por falta de eficiencia y continuidad en los tratamientos realizados al fallecido señor José Antonio Enríquez Rosero, y por la falta de oportunidad en la prestación del servicio de salud, por falta de calidad y garantía de los mismos.

Lo que se evidencia de las historias clínicas es que de las patologías graves que padecía el señor José Antonio Enríquez Rosero le fueron proporcionados los tratamientos requeridos y de manera eficiente para conjurar sus padecimientos. Además, se tiene que lo alegado por el jefe del Establecimiento de Sanidad Militar del Comando General de las Fuerzas Militares- Armada Nacional<sup>17</sup>, en el cual informa que el paciente José Antonio Enríquez Rosero fue atendido en la Clínica Valle de Lili por un grupo interdisciplinario de gastroenterología, medicina interna y hepatología, y los costos por estos servicios fueron asumidos por el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares

Por otro lado, se encuentra en el expediente copia del fallo de tutela emitido por el Tribunal Superior del Distrito Judicial Sala Penal, en el cual decidió negar los derechos fundamentales a la salud y la vida del señor José Antonio Enríquez Rosero, en atención a que la Unidad de Salud de la Base Naval del Pacífico – Armada Nacional y el Ministerio de Defensa le garantizó los derechos aludidos.

Por último, se observa el informe pericial de CYC<sup>18</sup> en donde se advierte las respuestas al cuestionario aportado por la parte demandante, que para el presente asunto estableció:

B) El tipo de tratamientos proporcionados para lograr su mejoría o control de la enfermedad fueron antibióticos de amplio espectro como tigeciclina, líquidos endovenosos hartman, oxigenoterapia, control glucométrico, terapia física y terapia respiratoria. Dieta hipoglúcida y para paciente con enfermedad renal. Soporte ventilatorio y vasoactivo.

C) Tratamientos que logran eficiencia en cirrosis hepática son identificar su causa, si esta es susceptible de manejo tratarla, se pueden usar diuréticos de asa o

---

<sup>17</sup> Oficio del 02 de agosto de 2016,

<sup>18</sup> Cnd principal 092 informapericialcyc

ahorradores de potasio, betabloqueadores a dosis bajas. Dependiendo de su condición clínica uso de agentes vasoconstrictores.

D) En cuanto a protocolos que se siguen una vez se realiza diagnóstico de cirrosis hepática incluyen determinar la causa, evaluar consumo de alcohol y hepatotóxicos, realizar pruebas virales para hepatitis b y c entre otras. Tener una nutrición para paciente con patología hepática crónica, dependiendo de la condición clínica del paciente uso de diuréticos y betabloqueadores a dosis bajas, realización de ecografía hígado y vía biliar para evaluar morfología de hígado, descartar neoplasia hepática con alfa feto proteína, evaluar según su caso estudio adicional con endoscopia digestiva en búsqueda de varices esofágicas, manejo por médico especialista hepatólogo.

E) El último padecimiento fue un síndrome demencial multifactorial asociado a proceso infeccioso avanzado con germen resistente. Bacteriemia por acinetobacter baumani, sepsis urinaria. los tratamientos fueron continuos y oportunos hasta el momento donde en conjunto según historia clínica 26 agosto de 2010 se reúnen médicos tratantes neurología, gastro hepatología, nefrología y dada evolución tórpida del paciente deciden limitar esfuerzo terapéutico según epicrisis de historia clínica informan a familia quienes dicen entender.

F) en cuanto dictaminar causa de muerte podría obedecer a una falla orgánica múltiple secundaria a un proceso séptico de etiología probable abdominal.

H) el paciente fue atendido por especialistas de acuerdo a su patología, médicos internistas, intensivistas, neurólogo, gastro hepatólogo, nefrólogo y el tratamiento ordenado fue cubrimiento antibiótico para patología infecciosa pulmonar y manejo integral para hepatopatía crónica, cirrosis hepática.

I) no encuentro justificación para remisiones a distintos centros hospitalarios para este paciente.

En tal sentido, se concluye que no se estructura la responsabilidad deprecada a título de falla en el servicio en este caso, como quiera que, la actividad médica no fue la causa determinante del fallecimiento del señor José Antonio Enríquez Rosero. De lo informado con respaldo en el material probatorio relacionado se concluye que los médicos tratantes actuaron de manera diligente, oportuna y en cumplimiento de sus funciones, así mismo se brindaron los procedimientos de rigor preestablecidos.

Así las cosas, se concluye que, pese a que asistió en reiteradas oportunidades a los centros médicos, siempre se le brindó la atención requerida; pero sus condiciones de salud, ya complejas, se fueron agravando, es decir, que se trató del desarrollo normal de sus patologías.

La jurisprudencia del Consejo de Estado<sup>19</sup> ha precisado que se presenta la falla del servicio médico por retardo, irregularidad, ineficiencia, omisión o ausencia, así:

La falla del servicio o la falta en la prestación del mismo se configura por retardo, por irregularidad, por ineficiencia, por omisión o por ausencia del mismo. El retardo se da cuando la Administración actúa tardíamente ante la ciudadanía en prestar el servicio; la irregularidad, por su parte, se configura cuando se presta el servicio en forma diferente a como debe hacerse en condiciones normales, contrariando las normas, reglamentos u órdenes que lo regulan y la ineficiencia se da cuando la Administración presta el servicio pero no con diligencia y eficacia, como es su deber legal.<sup>20</sup>

Sin embargo, en el presente caso no se configura ninguno de los anteriores supuestos, con lo cual se concluye que no se acreditó la referida falla en el servicio médico.

Finalmente, en el recurso de apelación se mencionó la ausencia de falta de consentimiento informado. Frente a este punto la Sala no se puede pronunciar pues, se trata de un punto nuevo, introducido solo en el recurso de apelación, frente al cual la parte pasiva no tuvo la oportunidad de defenderse, por lo cual su estudio en esta instancia implicaría la violación del debido proceso y del derecho de defensa.

Por las anteriores razones la Sala confirmará la sentencia apelada.

## **7. Condena en costas**

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 188 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, en concordancia con el numeral 3º del artículo 365 del Código General del Proceso, no se condenará en costas por no encontrarse acreditadas.

---

<sup>19</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección A. C.P. María Adriana Marín. Sentencia del 16 de julio de 2021. Rad. No.: 68001-23-33-000-2013-00158-01 (50987).

<sup>20</sup> Ver por ejemplo Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 11 de agosto de 2010. Exp. 18.593, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; Consejo de Estado, Sección Tercera, Sala Plena. Sentencia del 12 de julio de 2012. Exp. 15.024. C.P. Danilo Rojas Betancourth; Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 3 de abril de 2020. Exp. 21.554, C.P. Ramiro Pazos Guerrero; Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección A, Sentencia del 5 de marzo de 2021. Exp. 39.249. C.P. José Roberto SÁCHICA Méndez, entre otras.

En mérito de lo expuesto, el Tribunal Administrativo del Valle del Cauca, Sala Quinta de Decisión, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

**FALLA**

**PRIMERO: CONFIRMAR** la sentencia proferida el 25 de agosto de 2022, por el Juzgado Tercero Administrativo Oral del Circuito Buenaventura D.E.

**SEGUNDA: NO CONDENAR** en costas en esta instancia.

**TECERO: DEVOLVER** el expediente al Juzgado de origen una vez ejecutoriada la presente sentencia, previas anotaciones en el sistema informático "SAMAI".

Providencia discutida y aprobada en Sala Quinta de Decisión, según consta en acta de la fecha.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

**KATIA ALEXANDRA DOMÍNGUEZ GARCÉS**  
Magistrada

**PAOLA ANDREA GARTNER HENAO**  
Magistrada

**GUILLERMO POVEDA PERDOMO**  
Magistrado

Este documento se firmó electrónicamente. Usted puede consultar la providencia oficial con el número de radicación en <http://relatoria.consejodeestado.gov.co:8088>