



Rama Judicial  
Consejo Superior de la Judicatura  
República de Colombia

**TRIBUNAL DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DE RISARALDA  
SALA SEGUNDA DE DECISIÓN  
MAGISTRADO PONENTE: JUAN CARLOS HINCAPIÉ MEJÍA**

Aprobado por la Sala en sesión de hoy  
Pereira, primero (1°) de agosto de dos mil veinticuatro (2024)

**Referencia**

**Rad. 66001-33-33-001-2018-00103-01 (J-0917-2022)**

**Reparación Directa**

**Demandante: D.A.D.B. y otros**

**Demandado: E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira y otros**

**Apelación de Sentencia**

Procede la Sala a decidir sobre el recurso de apelación interpuesto por la parte actora en contra de la sentencia de fecha 30 de junio de 2022 proferida por el Juzgado Primero Administrativo de Pereira, **mediante la cual se negaron las súplicas de la demanda.**

El Tribunal, en garantía del tratamiento especial de datos de que gozan los menores conforme a lo previsto en el artículo 6 de la Ley 1581 de 2012<sup>1</sup>, sumado al carácter reservado de la historia clínica en los términos del literal a) artículo 1 de la resolución 1995 de 1999<sup>2</sup> lo cual cobra especial relevancia por la calidad del paciente en mención, en consonancia con lo reglado por los literales a) y b) artículo 18 de la Ley 1712 de 2014<sup>3</sup>, así como lo previsto en sentencia SU-355

---

1 Ley 1581 de 2012:

«Artículo 7°. Derechos de los niños, niñas y adolescentes.

En el Tratamiento se asegurará el respeto a los derechos prevalentes de los niños, niñas y adolescentes.

Queda proscrito el Tratamiento de datos personales de niños, niñas y adolescentes, salvo aquellos datos que sean de naturaleza pública.

Es tarea del Estado y las entidades educativas de todo tipo proveer información y capacitar a los representantes legales y tutores sobre los eventuales riesgos a los que se enfrentan los niños, niñas y adolescentes respecto del Tratamiento indebido de sus datos personales, y proveer de conocimiento acerca del uso responsable y seguro por parte de niños, niñas y adolescentes de sus datos personales, su derecho a la privacidad y protección de su información personal y la de los demás. El Gobierno Nacional reglamentará la materia, dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación de esta ley.»

2 MINISTERIO DE SALUD RESOLUCION NUMERO 1995 DE 1999 (Julio 8) Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica:

«ARTÍCULO 1.- DEFINICIONES. a) La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y **sometido a reserva**, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.»

3 Ley 1712 de 2014:

de 2022 de la H Corte Constitucional, Circular PCSJC23-1 del 12 de enero de 2023 proferida por el Consejo Superior de la Judicatura y lo indicado en la circular interna número 10 del 10 de agosto de 2022 proferida por la Corte Constitucional<sup>4</sup>, anonimiza la identidad de la persona a la que se atribuye la calidad de víctima directa en la demanda por cuanto para la fecha de los hechos se relatan aspectos de su trasegar cuando era menor de edad, adicionalmente se hará lo mismo con el núcleo familiar demandante; ello como medida de protección de sus derechos y para garantizar el derecho de reserva de información privada.

## I. ANTECEDENTES

### 1. PRETENSIONES

A folios 40 a 42 de la demanda y folios 58 a 59 de la subsanación de la misma, visibles en el archivo 1 cuaderno de primera instancia, se solicitó:

1.1. Se declare a la demandada responsable por los daños y perjuicios derivados de la atención médica que recibió D.A.D.B.

1.2. Como consecuencia de la anterior declaración, se condene a la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira al pago de las siguientes sumas de dinero:

1.2.1. Por concepto de perjuicios morales a favor de los señores:

- D.A.D.B. (directa afectada) el equivalente a 100 SMLMV.
- G.P.B.R. (madre) el equivalente a 100 SMLMV.
- R.R. (tío) el equivalente a 100 SMLMV.

1.2.2. Por concepto de daño a la vida de relación familiar, se condene a la demandada al pago de la suma de 50 SMLMV en favor de D.A.D.B..

---

«ARTÍCULO 18. Información exceptuada por daño de derechos a personas naturales o jurídicas. Es toda aquella información pública clasificada, cuyo acceso podrá ser rechazado o denegado de manera motivada y por escrito, siempre que el acceso pudiere causar un daño a los siguientes derechos:

a) El derecho de toda persona a la intimidad, bajo las limitaciones propias que impone la condición de servidor público, en concordancia con lo estipulado por el artículo 24 de la Ley 1437 de 2011. (Corregido por Art. 1, Decreto Ley 2199 de 2015.)

b) El derecho de toda persona a la vida, la salud o la seguridad; (...)

4

<https://www.corteconstitucional.gov.co/Transparencia/normograma/Circular%20No.%2010%20de%202022%20-%20Anonimizacion.pdf>

1.2.2.1. De forma subsidiaria a la pretensión anterior, solicita que por concepto de haberse violado los derechos fundamentales a la salud y a la vida en condiciones dignas a la joven D.A.D.B., se condene a la entidad demandada al pago de la suma de 50 SMLMV.

1.2.3. Por concepto de lucro cesante consolidado y futuro, la suma de \$174.751.915,47.

1.2.4. Se condene a la demandada a dar aplicación a lo previsto en el artículo 192 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

1.2.5. Se condene en costas a la demandada.

## **2. HECHOS**

Como presupuestos fácticos para sustentar sus pretensiones, la parte actora indicó los que se resumen así (documento 01 cuaderno de primera instancia, folios 35 a 40 -demanda- y folios 176 a 177 -reforma-):

Relata que es afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el régimen subsidiado.

Narra que el día 26 de enero de 2016 sufrió una caída desde un segundo piso, siendo remitida de Santa Rosa de Cabal –no se precisa en la demanda que se trate de la E.S.E. de esa municipalidad- a la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira.

Con ocasión al traumatismo fue diagnosticada con «*concusión y edema de la médula espinal torácica*», «*fractura múltiples (sic) de columna torácica*», «*traumatismo intracraneal, no especificado*» y «*paraplejía, no especificada*».

Atribuye la falla médica al tratamiento que se da al manejo del dolor con el medicamento «*carbamazepina 200 mg tab*», lo que llevó a la producción de la evolución del diagnóstico denominado Síndrome de Stevens Johnson, que considera se hubiera podido evitar con un adecuado manejo del dolor.

Narra que en la historia clínica fechada 11 de febrero de 2016 se registra que la paciente empezó a presentar lesiones en la mucosa oral con múltiples lesiones herpetiformes en labios, mucosa y región palatina, **dejándose la nota que se debía descartar Síndrome de Stevens Johnson. Pese a la nota, no le fue suspendida la carbamazepina sino hasta el 12 de febrero de 2016.**

Considera que la falla está dada por la inobservancia del deber jurídico y la falta de atención oportuna por medicina interna.

Estima que hubo impericia, violación de los reglamentos y negligencia.

También se incumplió por parte del médico tratante su obligación legal de informar a la paciente o en su defecto a su madre –por ser aquella menor de edad-, acerca de las consecuencias para la salud de los pacientes el uso del medicamento carbamazepina ni se diligenció el consentimiento informado.

Asevera que la joven D.A.D.B. quedó con secuelas que se evidencian en las quemaduras sufridas por ella en la mayor parte de su cuerpo, además de los problemas cutáneos, respiratorios y sus órganos internos, lo cual hace más gravosa su condición de paraplejía.

La paciente fue intervenida quirúrgicamente y le iniciaron manejo con carbamazepina.

Refiere que la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira adoptó e implementó para su institución la guía de buena práctica clínica del dolor y su tratamiento de la organización médica colegial de España y sociedades científicas de España, el cual no incorpora en la sección segunda de dolor neuropático y dolor crónico el medicamento carbamazepina como indicado para el manejo del dolor neuropático.

Indica que en revisión efectuada por la Organización sin ánimo de lucro Cochrane identificado como número 3 de 2008 Oxford, concluye que «*no existe prueba que la carbamazepina sea efectiva en dolor agudo*», de lo que deduce que el medicamento empleado no fue el adecuado para el manejo del dolor neuropático.

Argumenta que las reacciones adversas de la carbamazepina, incluido el síndrome de Stevens Johnson están documentadas en el libro *fundamentos de la farmacología en terapéutica* sexta edición 2014 del Doctor Carlos A Isaza.

Refiere que el medicamento no fue beneficioso para el manejo de dolor neuropático, pero sí desencadenó la patología sobre la que se fundamenta la responsabilidad de la demandada.

Precisa que cuando D.A.D.B. sufrió el daño era menor de edad y apenas tenía la expectativa de desarrollar vida laboral activa, con lo cual hubiera podido obtener ingresos para ella y contribuir a su núcleo familiar.

Las secuelas de la patología le menoscabaron su ánimo por el aislamiento al que se ha sometido debido a sus limitaciones, el dolor y las deformidades en la piel que le genera el diagnóstico Stevens Johnson, la cual también le ha imposibilitado la consecución de un trabajo.

## **II. INTERVENCIONES DE LA ENTIDAD DEMANDADA Y LAS LLAMADAS EN GARANTÍA**

**La E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira**, allegó contestación a la demanda visible en el archivo 001 folios 89 y siguientes del cuaderno digital de primera instancia, en el que se opuso a las pretensiones de la demanda, con base en los siguientes argumentos:

Indica que la paciente ingresó al servicio de urgencias el 24 de enero de 2016 a las 20:05 horas, pero se señaló por el médico que la atendió que no era claro el tiempo de evolución de la caída, pues al parecer la misma había sucedido cerca del mediodía.

Destacan que, según lo relatado por la paciente, se lanzó de manera voluntaria del segundo piso al encontrarse consumiendo sustancias psicoactivas que ella denominó «*pepas*».

Informa que solo hasta el 11 de febrero de 2016 se evidenciaron en la paciente los síntomas descritos en la demanda, por lo que se solicitó descartar el síndrome de Stevens Johnson para lo cual se ordenó valoración por medicina interna.

Manifiesta que en nota médica del mismo 11 de febrero de 2016 a las 22:23 horas se ordenó la suspensión del medicamento carbamazepina.

Considera que las reacciones de hipersensibilidad a la carbamazepina son de tipo B y no pueden predecirse, ya que no muestran una relación evidente a las dosis empleadas y afectan solo a una minoría de los pacientes.

Hasta el día 10 de febrero de 2016 se habla de una paciente con piel sana y que tolera la vía oral.

Aduce que el medicamento carbamazepina puede ser utilizado para el manejo del dolor y producido por el daño a los nervios, ya sea por lesión o por enfermedad.

Adicionalmente hace alusión a que la paciente no solo presentó reacción adversa a la carbamazepina, pues luego de este ingreso, presentó dos ingresos más por reacción adversa a cefalosporinas, las cuales le fueron iniciadas en el primer nivel de atención, presentando igualmente afecciones en la cavidad oral y en la piel.

Niega que las guías adoptadas por la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge no contemplen la carbamazepina como fármaco coanalgésico y coadyuvante en el manejo de las neuropatías.

Señala que la limitación que sufre la demandante es secundaria a su paraplejía y no con motivo del síndrome de Stevens Johnson.

Explica que, de acuerdo con lo documentado por la historia clínica, la carbamazepina por 200 mg **se inició el 30 de enero de 2016**, con orden de suministro de una tableta cada doce horas.

Entre el 31 de enero y el 10 de febrero de 2016 la paciente estuvo afebril, sin edemas, mucosas húmedas, sin dificultad respiratoria, con piel sana, tolerando la vía oral y estable hemodinámicamente.

Reitera que fue solo hasta el 11 de febrero de 2016 que se presentaron signos y síntomas relacionados con el síndrome de Stevens Johnson, describiéndose en las notas médicas y de enfermería intolerancia a la vía oral y la presencia de pápulas en la boca y en el cuerpo –mucosa oral con múltiples lesiones herpetiformes en labios, mucosa y región palatina, en la piel algunas lesiones aisladas en extremidades y en la espalda tipo vesículas y pápulas-.

Refiere que en nota médica del 11 de febrero de 2016 **a las 18:16** horas se indica suspensión de diclofenaco, cefazolina y se ordena iniciar prednisolona, asimismo se ordenó valoración por medicina interna.

En nota médica de la misma fecha, **a las 22:23** horas se indicó suspensión de carbamazepina.

Según las notas de enfermería, se encuentra que la última administración del medicamento carbamazepina fue el día 11 de febrero de 2016 a las 08:00.

La paciente fue valorada por la especialidad de medicina interna el 12 de febrero de 2016 a las 17:13 horas

Colige que la carbamazepina fue suspendida desde el mismo 11 de febrero de 2016 y que la paciente tuvo una valoración oportuna por la especialidad de medicina interna

Expone que el medicamento carbamazepina se encuentra contemplado dentro de la literatura médica por la Organización Mundial de la Salud, en protocolos y guías de atención mundialmente aceptados, como medicamento coadyuvante para el tratamiento del dolor neuropático, por lo que no requiere consentimiento informado para su utilización, al tiempo que es de uso común para el tipo de lesión que presentaba la paciente, destacando que el síndrome de Stevens Johnson es de rara ocurrencia (entre 1 y 5 personas por millón), no solo puede ser generado por la carbamazepina y su aparición es impredecible.

Indica que en las páginas 33 y siguientes de las guías de práctica clínica adoptadas por la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge, mediante resolución 910 de diciembre 2 de 2015 de la organización médica colegial de España y sociedades científicas de España para el manejo del dolor, se indica que el uso de la carbamazepina sí era adecuado para tratar de controlar el dolor neuropático presentado por la paciente, secundario al trauma raquímedular que presentaba la misma, por lo que la inclusión del medicamento en el tratamiento es a criterio médico de acuerdo con las condiciones del paciente.

Afirma que en la historia clínica de la paciente se documenta que la misma, luego de su primer egreso ocurrido el 15 de marzo de 2016, tuvo dos ingresos más a la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge, remitida del hospital local de Santa Rosa de Cabal, **siendo los motivos de dichas remisiones las reacciones adversas a medicamentos suministrados**. Las atenciones fueron los días 22 de marzo y 13 de abril de 2016, en las que se evidencia que además de presentar hipersensibilidad cutánea a la carbamazepina, la paciente también presentó reacción a una cefalosporina (antibiótico) y a la dipirona, presentando en todas estas reacciones flictenas, rush, entre otros síntomas.

Reiteran que la paciente presenta una paraplejía secundaria a las lesiones sufridas en su columna (fractura T8/9 luxada posterior tipo C con laterolistesis y sección medular – politraumatismo por caída de altura + politoxicomanía), con motivo de la caída de un segundo piso, cuando se encontraba consumiendo sustancias alucinógenas.

Informa que en la valoración por psicología y por trabajo social, se pudo establecer que la joven D.A.D.B. era una paciente politoxicómana de 16 años, en situación de calle, con conductas sexuales de riesgo, estudió hasta cuarto de

primaria, de lo cual deduce que la joven no se dedicaba a actividades académicas y lúdicas, al tiempo que pasatiempos como bailar, nadar, concurrir a centros comerciales, más que atribuirse al síndrome de Stevens Johnson, se debe a la paraplejia que padece.

Propone como excepciones «*inexistencia de nexo de causalidad*» y «*valoración exagerada de los perjuicios*».

Por su parte, **Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A.**, llamada en garantía de la demandada, mediante escrito visible en archivo 001 folios 235 y siguientes del cuaderno electrónico de primera instancia, al contestar la demanda, se acogió a los argumentos esgrimidos por la llamante, afirmando que la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira atendió a la paciente bajo todos los protocolos médicos establecidos y que con base en la historia clínica de la paciente, por lo que puede concluirse que no tiene responsabilidad en las presuntas fallas en la prestación del servicio que se le endilgan.

Indica que la práctica médica es de medio y no de resultados.

Como excepciones frente a la demanda formula las que denominó: «*inexistencia o falta de configuración de falla del servicio o ausencia de responsabilidad administrativa*», «*ausencia de culpa y consecuentemente de responsabilidad del demandado E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira y la llamada en garantía Mapfre seguros generales de Colombia S.A.*», «*cumplimiento de la lex artis*» y «*cobro de lo no debido*».

También presentó contestación al llamamiento en garantía en la que manifiesta que aunque se menciona suscripción de contrato de seguro de responsabilidad civil, profesional, clínicas y hospitales con Mapfre Seguros y con Allianz Seguros S.A., en lo que respecta a la primera, la cobertura de dichos seguros finalizó en el mes de enero del año de 2017 como aseguradores directos, y, en condición de coaseguradora de Allianz Seguros finalizó en el mes de enero de 2018.

Afirma que la póliza se pactó bajo la modalidad *claims made*, en la cual se cubren los reclamos realizados por el tercero al asegurado dentro de la vigencia del contrato de seguro, lo que se traduce en que el hecho de que la póliza se encuentre vigente para la fecha del suceso, no es suficiente para la efectividad de la cobertura.

Comoquiera que la audiencia de conciliación se realizó el 12 de abril de 2018, la póliza no tiene cobertura.

Indica además que en el presente caso la reclamación ocurre con la notificación del auto admisorio del llamamiento en garantía, esto es, el 24 de julio de 2019, fecha en la que ya no estaba vigente la póliza.

Recalca que el presente asunto está sometido a las condiciones generales y particulares de la póliza.

Como excepciones al llamamiento en garantía formula las siguientes: «*modalidad de cobertura "claims made" por reclamación*», «*límites asegurados de la póliza*», «*deducibles*», «*ausencia de responsabilidad por parte de la aseguradora como consecuencia de una sentencia a favor de la demandada llamante en garantía*», «*garantías a cargo del asegurado*», «*obligaciones del asegurado en caso de un acontecimiento adverso*», «*existencia de otros seguros*», «*coaseguro cedido*» y «*coaseguro aceptado*».

**Seguros Generales Suramericana S.A.** allegó memorial visible en el archivo 02 folios 3 y siguientes del cuaderno digitalizado de primera instancia, contentivo de contestación a la demanda, a la subsanación de la demanda y del llamamiento en garantía en los siguientes términos:

Frente a la demanda manifestó no constarle los hechos de la misma y acogió a los argumentos esgrimidos por la llamante, al tiempo que se opone a la prosperidad de las pretensiones contenidas en ella.

Como excepciones frente a la demanda formula las que denominó: «*inexistencia de responsabilidad administrativa e inexistencia de falla o error de conducta*», «*inexistencia de responsabilidad administrativa por seguimiento de la lex artis*», «*causa extraña: rompimiento del nexo causal por caso fortuito*», «*culpa exclusiva de la víctima*», «*la obligación que asiste a los profesionales de la salud es de medio más no de resultado*», «*ausencia de nexo causal*», «*discrecionalidad científica de los médicos tratantes*», «*inexistencia de la obligación de indemnizar*», «*indebida y exagerada tasación de los perjuicios aducidos*» y «*prescripción, caducidad y compensación*».

En cuanto al llamamiento en garantía se refirió a la relación asegurado-asegurador en virtud de la póliza número 1601216000040 expedida por Mapfre Seguros, vigente entre el 31 de enero de 2016 y hasta el 30 de enero de 2017, precisando que en dicha póliza actúan como coaseguradora con una participación del 30%.

La póliza se pactó bajo la modalidad *claims made*, siendo que en el presente caso hay ausencia de cobertura por cuanto la solicitud de conciliación prejudicial data del 9 de febrero de 2018.

Respecto de la póliza 1601215000067 aduce actuar también como coasegurador con participación del 30%, la cual estuvo vigente entre el 31 de enero de 2016 y el 30 de enero de 2017, pactada bajo la modalidad *claims made*, por lo que también carece de cobertura.

Como medios exceptivos formulados frente al llamamiento señaló los siguientes: «ausencia de cobertura por límite temporal *claims made* garantía frente a la póliza de seguro de responsabilidad civil profesional instituciones médicas N° 1601216000040» y «ausencia de cobertura por límite temporal *claims made* garantía frente a la póliza de seguro de responsabilidad civil profesional instituciones médicas N° 1601215000067». Como excepciones subsidiarias formuló las siguientes: «existencia de otros seguros», «exclusión de responsabilidad por garantías a cargo del asegurado», «exclusión de responsabilidad por obligaciones del asegurado en caso de un acontecimiento adverso», «inasegurabilidad de la culpa grave», «actos médicos ocurridos por fuera del periodo de la cobertura de la póliza», «límite del valor asegurado», «de la implicaciones (sic) del coaseguro – inexistencia de solidaridad», «inexistencia de solidaridad en el coaseguro» y «ausencia de responsabilidad por parte de la aseguradora como consecuencia de una sentencia a favor de la demandada llamante en garantía»,

También compareció al proceso **Allianz Seguros S.A.** por medio de escrito visible en el archivo 02 folios 94 y siguientes del cuaderno electrónico de primera instancia, en el cual presenta contestación a la demanda y al llamamiento en garantía en los siguientes términos:

Frente a la demanda manifestó no constarle los hechos de la misma y acogió a los argumentos esgrimidos por la llamante, al tiempo que se opone a la prosperidad de las pretensiones en ella contenidas.

Colige que la atención brindada fue diligente y conforme a las exigencias profesionales, sin que se evidencie falla, acción u omisión en el manejo médico y farmacológico brindado a la paciente. A lo anterior se suma que la reacción adversa que desarrolló la paciente a la carbamazepina fue impredecible e imprevisible al personal científico.

Destaca que la reacción adversa fue detectada tempranamente y que consecuentemente se suspendió la administración del agente causante, se inició el tratamiento de sostén y se realizó consulta con varias especialidades.

Refiere que el uso de la carbamazepina como coadyuvante en el manejo de dolor neuropático, está plenamente avalado por la Organización Mundial de la Salud, los protocolos y las guías previstas al efecto, por lo que no requiere consentimiento informado para la utilización de este fármaco.

El perjuicio alegado por la parte actora se deriva de la paraplejía que padece D.A.D.B. y no tienen relación de causalidad con alguna falla, acción u omisión atribuible al ente convocado.

Formula como excepciones frente a la demanda las que denominó: «*inexistencia de responsabilidad y de obligación indemnizatoria a cargo de la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira*», «*actuación diligente, cuidadosa, perita y carente de culpa del Hospital Universitario San Jorge de Pereira*», «*inexistencia de relación de causalidad*» y «*enriquecimiento sin causa*».

Respecto del llamamiento en garantía informa que entre Allianz S.A. como asegurador y la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira como tomador, se celebró el contrato de seguro documentado en la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales número 022040279/0, vigente desde el 31 de enero de 2017 hasta el 30 de enero de 2018, bajo la modalidad *claims made*, indicando que para el asunto de marras no tiene cobertura al verificarse la radicación de la solicitud de conciliación para el 9 de febrero de 2018.

Informa que entre la aseguradora y el tomador también se celebró contrato de seguro póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales número 022222063/0 vigente desde el 31 de enero de 2018 hasta el 30 de enero de 2019, lapso durante el cual se formuló el primer reclamo al ente asegurado, precisando que dicha póliza opera con estricta sujeción a sus condiciones generales y particulares, a la modalidad de cobertura, a los límites asegurados y a las disposiciones que rigen el contrato de seguro.

También explica que en esta última póliza la fecha de retroactividad se fijó en el 31 de enero de 2013.

Formula como excepciones al llamamiento en garantía, las siguientes: «*inexistencia de cobertura de la póliza de responsabilidad civil profesional*

*clínicas y hospitales número 022040279/0, vigente desde el 31 de enero de 2017 hasta el 30 de enero de 2018», «coaseguro pactado en la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales número 022040279/0, vigente desde el 31 de enero de 2017 hasta el 30 de enero de 2018 e inexistencia de solidaridad», «límite temporal de la cobertura otorgada en la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales número 022222063/0, vigente desde el 31 de enero de 2018 hasta el 30 de enero de 2019», «ausencia de cobertura de la en la (sic) póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales número 022222063/0, vigente desde el 31 de enero de 2018 hasta el 30 de enero de 2019, por la no realización del riesgo asegurado», «límites máximos de responsabilidad, condiciones del seguro y disponibilidad del valor asegurado» y «exclusiones de amparo».*

Fue arribada al cartulario contestación de la llamada en garantía **La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo** frente a la demanda y al llamamiento en garantía, así:

En cuanto a la demanda, manifestó desconocer los hechos formulados por la parte actora.

Refiere que las manifestaciones de la parte actora son conjeturas sin bases jurídicas ni científicas, toda vez que con la demanda no se aportó ningún elemento de juicio que así lo demuestre y por el contrario, sí se encuentra acreditado que la entidad demandada no tiene responsabilidad alguna.

Afirma que la carbamazepina le fue suministrada desde el 30 de enero hasta el 10 de febrero de 2016 y solo fue hasta el día 11 de ese mismo mes y año que se presentó reacción adversa al medicamento, disponiéndose ese mismo día la suspensión del suministro del mismo.

Destaca que por el aval con el que cuenta la carbamazepina por parte de la Organización Mundial de la Salud y las guías mundiales de salud, como medicamento coadyuvante para el tratamiento del dolor neuropático, así como el bajo porcentaje de reacciones adversas, el suministro del mismo a pacientes no requiere consentimiento informado.

Indica que conductas como abandonar el hogar, consumir alucinógenos, aunado a la paraplejia, permiten desvirtuar el desarrollo de actividades académicas y laborales que se insinuaba efectuaba la entonces menor D.A.D.B.

Como excepciones frente a la demanda formula las que denominó: *«inexistencia o falta de configuración de falla del servicio o ausencia de responsabilidad administrativa»*, *«ausencia de culpa y consecuentemente de responsabilidad del demandado E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira y la llamada en garantía La Equidad Seguros»*, *«cumplimiento de la lex artis»* y *«cobro de lo no debido»*.

Frente al llamamiento en garantía precisa que la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas número AA008929 celebrado entre la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira y La Equidad Seguros, con vigencia desde el 01 de marzo de 2019 hasta el 31 de enero de 2020, fue expedida para amparar la responsabilidad civil profesional derivada del desarrollo de la actividad de la entidad asegurada, por los profesionales vinculados y/o adscritos, dentro de los predios asegurados, de conformidad con principios y normas que regulan la responsabilidad civil profesional, con el propósito de indemnizar los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales ocasionados por la culpa de hechos dañosos por los cuales el asegurado sea civilmente responsable, sujetos a los términos de los amparos señalados en la carátula de la póliza y en las condiciones generales del seguro, así como a las exclusiones que se describen en los textos de las condiciones de la póliza.

Como excepciones al llamamiento en garantía formula las siguientes: *«definición de amparo de la póliza»*, *«límites asegurados de la póliza»*, *«deducibles»*, *«ausencia de responsabilidad por parte de la aseguradora como consecuencia de una sentencia a favor de la demandada llamante en garantía»*, *«garantías a cargo del asegurado»* y *«existencia de otros seguros»*.

**El Ministerio Público no emitió concepto.**

### **III. LA SENTENCIA APELADA**

La Juez Primera Administrativa de Pereira, **negó las súplicas de la demanda**, exponiendo lo siguiente:

Respecto del daño, manifestó que el mismo se concretó en el padecimiento del síndrome de Steven Johnson por D.A.D.B., producto de la aplicación del medicamento denominado carbamazepina de 200 mg, que le fue aplicado en el marco de la atención médica para el tratamiento del dolor neuropático tal como se evidencia en la historia clínica.

Precisó que no cualquier falla en la prestación del servicio de salud tiene aptitud de generar responsabilidad por parte del prestador del servicio médico asistencial. Solamente tiene esa entidad, aquella con una incidencia relevante y comprobada en el resultado dañoso por el cual se reclama.

Efectuada la valoración del acervo probatorio encontró que el medicamento del que se advierte causó la lesión se empezó a aplicar el 30 de enero de 2016 y los síntomas del síndrome que la aquejó aparecieron el 11 de febrero del mismo año, calenda en la que contrario a lo expuesto por el demandante sí se suspendió la medicación, no sólo el suministro de la carbamazepina, sino de diclofenaco y cefazolina que podían haberlo generado, conducta que era la que correspondía ante la presencia de los síntomas relacionados, tal como lo precisó la dermatóloga Diana Yazmín Montes Escobar, quien en su declaración advirtió que esa era la conducta a seguir, además de la aplicación de la prednisolona, lo que evidenció que para el 1 de marzo de 2016, calenda cuando la valoró nuevamente, se encontraba en mejores condiciones.

La misma especialista puntualizó que la presencia de esa entidad clínica no era predecible y una vez presentada no era permanente, pudiendo ser una reacción alérgica medicamentosa que puede ocurrir inclusive con la ingesta de medicamentos como el acetaminofén, versión que es conteste con la efectuada por el psiquiatra Julio César Gutiérrez Segura, al aseverar que no se podía prever que D.A.D.B. sufriría dicho síndrome, dado que era una paciente que incluso consumía estupefacientes desde muy joven, lo que la hacía más propensa a tener esas reacciones, porque su sistema inmunológico no reconoce fácilmente las sustancias que sean extrañas para su cuerpo.

Indicó que la carbamazepina se encontraba indicada para el manejo del dolor, tal y como se describe en las guías.

No pueden imputarse a la entidad demandada las secuelas que se originaron en la caída que padeció D.A.D.B. el 24 de enero de 2016, porque tal como quedó dilucidado con el dictamen pericial elaborado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Risaralda, la pérdida de capacidad laboral de la paciente fue propia del traumatismo que presentó en esa calenda y no a la presencia del síndrome aludido, no emergiendo entonces nexo causal alguno entre el hecho dañoso y la asistencia médica dispensada.

Coligió que en el presente asunto sólo se acreditó el hecho dañoso, pero no se logró demostrar que el mismo recaiga en la falla o falta en la asistencia médica de la entidad hospitalaria demandada, por lo que no puede predicarse entonces

la existencia del título de imputación de falla en el servicio y mucho menos están dados los criterios para efectuar la comprobación del nexo de causalidad, lo que dio lugar indudablemente a una sentencia desestimatoria de las pretensiones.

En la parte resolutive del fallo se indicó:

«FALLA

1. *NIÉGANSE las pretensiones de la demanda, teniendo en cuenta lo advertido en precedencia.*
2. *Sin condena en costas, por lo advertido. (...)*»

#### IV. EL RECURSO DE APELACIÓN

**La parte demandante**, presentó recurso de apelación visible en el archivo 45 del cuaderno de primera instancia, conforme a los argumentos que se pasan a sintetizar:

Insiste en la atribución de una falla médica derivada del no cumplimiento cabal de los protocolos de manejo de dolor, dado que sin que existiera consentimiento informado, y sin aplicar los protocolos para manejo del dolor, le fue suministrado por parte del personal médico «*carbamazepina 200 mg tab*», lo que llevó a la producción de la evolución de un diagnóstico del Síndrome de Stevens Johnson que se hubiera podido evitar, de haber brindado el manejo adecuado del manejo del dolor.

Reitera que, pese a la anotación de la sintomatología de la paciente, el medicamento le fue nuevamente suministrado ese mismo día a las 8:00 p.m.

Reprocha el hecho de que la dermatóloga Diana Yazmín Montes Escobar hubiera atribuido el síndrome a una enfermedad urinaria, desconociendo el diagnóstico contenido en la historia clínica, que lo asocia a la carbamazepina.

Considera que es una apreciación personal de la dermatóloga y el psiquiatra catalogar a la paciente como sensible a muchos medicamento solo por el hecho de ser consumidora de alucinógenos.

Al mismo tiempo cuestiona que, si la percepción médica era la de considerar que D.A.D.B. tenía un organismo débil por el consumo de estupefacientes, entonces por qué le fue suministrado un medicamento que está comprobado que genera el Síndrome de Stivens Johnson.

Destaca que la Dra. Diana Yazmín Montes Escobar solo atendió a D.A.D.B. en una ocasión, manifestó que cualquier medicamento puede producir el Síndrome de Stevens Johnson que 15 años de experiencia profesional, solo ha atendido 2 pacientes.

Considera que la valoración por especialista en medicina interna no fue oportuna.

Asevera que la posición de la jurisprudencia del Consejo de Estado al respecto se ha dirigido en establecer que el consentimiento debe ser ilustrado, idóneo y concreto, previo, y que debe probarse.

Estima que conocer las alternativas de tratamiento, procedimiento y/o terapéutica, así como las complicaciones que pueden surgir del mismo, resulta un aspecto fundamental para el paciente dado que su decisión, personal e individual, dependerá del tipo de información que reciba del médico tratante; de allí, la importancia la calidad de esa información que se suministra al paciente.

Advierte que el consentimiento para someterse a un tratamiento médico intrahospitalario debe ser expreso y documentado debiéndose consignar su obtención en la historia clínica, en tanto debe provenir del paciente.

Insiste en que no se le informó a la paciente ni su progenitora sobre los signos de alarma y, mucho menos, sobre las consecuencias que podría conllevar el uso del medicamento, no hay prueba de nada de ello en la contestación de la demanda ni se acreditó nada al respecto en el desarrollo de la audiencia pública de práctica de pruebas, simplemente, la entidad demandada eludió su responsabilidad al respecto presentando respuestas evasivas en la contestación de la demanda y, al omitir la prueba al respecto, pretende omitir la responsabilidad que le es atribuible por los perjuicios ocasionados a los demandantes.

Explica que el consentimiento que exonera, no es el otorgado en abstracto, in genere, esto es para todo y para todo el tiempo, sino el referido a los riesgos concretos de cada procedimiento, tratamiento o atención médica.

Previo a la medicación carbamazepina, la única referencia existente en la historia clínica se limita a la anotación de su suministro, pero en ese documento no hay constancia de la información adecuada, clara, completa y explicada suministrada la progenitora de la paciente, menor de edad, y mucho menos aparece constancia del consentimiento otorgado para el suministro del medicamento, todo lo cual

permite concluir la procedencia de imponer condena a la entidad demandada por falla en la prestación del servicio médico.

## V. PRONUNCIAMIENTO RESPECTO AL RECURSO DE APELACIÓN

De acuerdo con la facultad dispuesta en el artículo 247 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, modificado por el artículo 67 de la Ley 2080 de 2021, dentro del término para pronunciarse en relación con los recursos de apelación formulados, comparecieron mediante escrito los siguientes:

**Seguros Generales Suramericana S.A.** allegó memorial visible en el archivo 007 del cuaderno de segunda instancia en el que indica lo que se pasa a resumir:

Considera que en la decisión de la *a quo* se efectuó una adecuada valoración probatoria, así como el debido sustento fáctico y jurídico.

Insiste en que el manejo del dolor suministrado a la paciente D.A.D.B. estuvo acorde con las guías clínicas para el tratamiento del dolor aceptado para el cuadro que padecía la demandante, por lo que el suministro de carbamazepina, como se evidencias en las guías se encontraba precisamente descrito para el manejo de la aflicción de la actora.

Precia que el pluricitado fármaco también se ha prescrito para controlar ciertos tipos de convulsiones en personas con epilepsia, de igual manera se utiliza para tratar enfermedades en los nervios faciales y en el tratamiento de episodios de manía, aunado a lo anterior ayuda a los pacientes con trastornos bipolares maniaco-depresivos y eventualmente se utiliza para evitar la aparición de síndrome de abstinencia por el alcohol o las drogas.

Resaltan la declaración de la dermatóloga Diana Yazmín Montes Escobar en cuanto manifiesta que la presencia de dicha reacción adversa al medicamento no era predecible y que podría haber ocurrido incluso con la ingesta de acetaminofén, o por cualquier otro medicamento, ya sea químico o natural, es por ende que no es dable atribuir algún tipo de responsabilidad a los galenos por el síndrome de Stevens Johnson por cuanto este es de rara ocurrencia, además de que todas las actuaciones medicas estuvieron acordes a los síntomas y las patologías de D.A.D.B.

Destaca que no se evidenciaron afectaciones ostensibles en la actualidad producto de la reacción adversa de su cuerpo por el suministro del coanalgésico,

y es tan palpable ello que en el dictamen pericial elaborado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Risaralda, determinó una pérdida de capacidad laboral del 68.60%, empero en lo tocante a las secuelas actuales por el síndrome Stevens Jonhson, atribuido a la Carbamazepina, se percibió que a la fecha no hubo ninguna alteración por la cual no se tuvo en cuenta para calificar, ya que la deficiencia fue de 0%, es decir no se demostró ningún daño derivado de dicha reacción adversa por el medicamento en la actualidad.

Por lo demás, es reiterativo con los argumentos esbozados en la contestación de la demanda y del llamamiento en garantía.

En término, la **Empresa Social del Estado Hospital Universitario San Jorge de Pereira** presentó pronunciamiento conforme a los argumentos que se pasan a reseñar:

Destaca del dictamen de pérdida de capacidad laboral que en el mismo se registró que la joven D.A.D.B. **no tiene secuelas como consecuencia del síndrome de Stevens Johnson.**

Asevera que con las declaraciones del psiquiatra y la dermatóloga se acreditó que nos es posible predecir el medicamento frente al cual un paciente presentará reacción medicamentosa, a lo que se suma que la usuaria D.A.D.B. debido al consumo de múltiples sustancias alucinógenas desde muy temprana edad, era más proclive a reacciones alérgicas o inmunológicas desde leves hasta graves (Stevens Johnson) a cualquier medicamento.

Reitera que la paciente solo presentó síntomas del síndrome de Stevens Johnson 11 días después de la ingesta del medicamento, sin que se tuvieran vestigios que hicieran sospechar de la patología con anterioridad a la referida fecha.

Recalca además que, una vez se advierte la reacción adversa, se da un tratamiento oportuno indicando la suspensión de dipirona, cefazolina y la carbamazepina y se ordenó iniciar prednisolona.

Informan que al ser valorada por especialista el 01 de marzo de 2016 se registra que la paciente se encontraba en proceso de reepitelización dérmica, es decir, ya se estaba regenerando el tejido epitelial y para ese momento ya la patología no estaba activa, tampoco tenía nuevas lesiones, ni tenía signos o criterios de gravedad.

Dice que se encuentra acreditado que el síndrome de Stevens Johnson es una patología aguda, la cual, luego de resuelta, no es permanente y pocas veces deja secuelas a menos que la misma se hubiere presentado en su forma grave dejando cicatrices o que impidiera la funcionalidad como sinequias conjuntivales o genitales, que no fue el caso de la paciente, lo cual dejó expresamente señalado en su nota de valoración. Insiste en que la reacción adversa no era predecible.

## **VI. CONSIDERACIONES**

### **1. Competencia**

Agotado el trámite de Ley sin que se observe causal de nulidad que invalide la actuación que hasta ahora se ha surtido, procede el Tribunal a decidir sobre el asunto litigado, siendo competente para hacerlo en segunda instancia, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 153 y 243 inciso 1° del CPACA.

### **2. Objeto de la Decisión**

La controversia en el presente asunto se contrae a los aspectos que son materia de apelación, a saber: i) si la carbamazepina de 200 mg se ajusta a las guías y protocolos para el manejo del dolor neuropático; ii) si hubo atención médica oportuna al advertirse la reacción adversa al medicamento; iii) si el consumo de sustancias psicoactivas por parte de D.A.D.B. desde temprana edad la hacía en mayor medida proclive a reacciones adversas frente a medicamento y si ello debió tomarse en consideración al momento de recetarle fármacos; iv) predictibilidad del síndrome de Stevens Johnson en el asunto concreto; v) exigibilidad del consentimiento informado para el suministro de carbamazepina. A lo que se oponen las no recurrentes, al considerar el manejo del dolor dado a la paciente D.A.D.B. se ajustó a la *lex artis*; la reacción adversa no era predecible; la patología no causó secuelas y el tratamiento brindado fue oportuno.

### **3. Régimen de Responsabilidad**

De conformidad con lo establecido en el artículo 90 de la Constitución Política, es deber del Estado responder patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas. De igual manera, el artículo 140 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, consagra la acción de reparación directa para lograr la indemnización de perjuicios en el evento en que el daño antijurídico sea causado por un hecho, una omisión, una operación administrativa o la ocupación temporal

o permanente de un inmueble por causa de trabajos públicos o por cualquier otra causa.

Ahora bien, en relación con el régimen de responsabilidad en materia de prestación del servicio médico, la jurisprudencia del Consejo de Estado ha evolucionado desde el régimen inicial de la falla probada, el cambio hacia la falla presunta<sup>5</sup>, y las teorías de la carga dinámica de la prueba<sup>6/7</sup> y de la probabilidad determinante<sup>8</sup>, para retomar el régimen probatorio de la exigencia de la prueba de la falla médica, o falla probada<sup>9</sup>.

Al respecto, se trae a cita lo señalado por el Consejo de Estado sobre el régimen de responsabilidad en tratándose de la falla médica, en los siguientes términos:

“ ... ”

*Al respecto, es importante recordar que desde hace ya varios años la jurisprudencia del Consejo de Estado abandonó la teoría de la falla presunta para acoger la regla general que señala que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el proceso todos los elementos que la configuran, esto es, el daño, la actividad médica y el nexo de causalidad entre ésta y aquel<sup>10</sup>, sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indiciaria... ”<sup>11</sup>*

Observa la Sala que los perjuicios reclamados en el caso bajo estudio se atribuyen en la demanda a una falla de tipo asistencial u hospitalaria, derivada del acto médico, y que bajo ninguno de los criterios de responsabilidad referidos ha ameritado la ventaja probatoria de presunción de la falla, lo que se traduce en que el título de imputación es el de la falla probada, esto es, que en materia de servicio médico asistencial, la demostración de la falla «*corre por cuenta de la parte demandante, por regla general.*»

Este régimen de responsabilidad se configura con la existencia de tres elementos imprescindibles: 1) el daño antijurídico sufrido por el interesado; 2) la falla del servicio propiamente dicha, que consiste en el deficiente funcionamiento del

---

<sup>5</sup> Expediente 6897. De esta evolución da cuenta el fallo expedido por la misma Corporación el 24 de agosto de 1992. Expediente 6754. Actor: Henry Enrique Saltaín Monroy.

<sup>6</sup> Sentencia del 22 de marzo de 2001, expediente 13.284.

<sup>7</sup> H. Consejo de Estado. Sección Tercera. Consejero Ponente: Jesús María Carrillo Ballesteros. Expediente 12.706. Sentencia de enero 24 de 2.002.

<sup>8</sup> Consejo de Estado. Sección Tercera. Decisión reiterada recientemente, que tiene su origen en la sentencia de mayo 3 de 1.999.

<sup>9</sup> Consejo de Estado. Sección Tercera. Consejera Ponente: Ruth Stella Correa Palacio. Sentencia de agosto 31 de 2.006. Radicación número 68001-23-31-2000-09610-01 (15772). Actor: María Olga Sepúlveda Ramírez. Demandado: Hospital Ramón González Valencia, sentencia del 15 de febrero de 2012, Expediente 23001-23-31-000-1999-01599-01(21738), demandante: Eugenio Isaza Bohórquez, demandado: Instituto De Seguros Sociales; sentencia del 3 de mayo de 2013, Expediente: 25000-23-26-000-2001-00572-01(26352), demandante: Guillermo León Arboleda Arboleda, demandado: Hospital Salazar de Villeta.

<sup>10</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias de 31 de agosto de 2006, exp. 15.772, C.P. Ruth Stella Correa Palacio; y de 30 de julio de 2008, exp. 15.726, C.P. Myriam Guerrero de Escobar, entre otras.

<sup>11</sup> Consejo de Estado. Sección Tercera. Consejero Ponente: Danilo Rojas Betancourth, 3 de mayo de 2013, Expediente: 25000-23-26-000-2001-00572-01(26352), demandante: Guillermo León Arboleda Arboleda, demandado: Hospital Salazar de Villeta.

servicio, porque no funcionó cuando ha debido hacerlo, o lo hizo de manera tardía o equivocada, y finalmente, 3) una relación de causalidad entre estos dos elementos, es decir, la comprobación de que el daño se produjo como consecuencia de la falla del servicio.

Así las cosas, para que las pretensiones incoadas en la presente demanda tengan vocación de prosperidad, es necesario que se demuestre, a través de medios probatorios idóneos y oportunamente allegados al proceso, los elementos que componen la responsabilidad extracontractual del Estado, por falla del servicio.

#### **4. Análisis Jurídico Probatorio**

Procede la Sala en esta instancia al análisis probatorio de los presupuestos para la configuración de la responsabilidad extracontractual que la parte actora le endilga a la entidad demandada.

##### **4.1. Acerbo probatorio**

- Copia de registros civiles de nacimiento y documentos de identidad para acreditar parentesco con la víctima directa (doc. 01 fl. 3-10)
  
- Copia de registros de asistencia de socializaciones y capacitaciones realizadas por la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira (doc. 01 fl. 13-22)
  
- Copia de resolución número 0910 del 02 de diciembre de 2015, por la cual se adopta la Guía de buena práctica clínica en dolor y su tratamiento de la organización médica colegial de España y las sociedades científicas españolas (doc. 01 fl. 26-27)
  
- Calificación de pérdida de capacidad laboral efectuada por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Risaralda el 25 de enero de 2021 bajo el consecutivo 1093230996 – 82 (documento 013 del cuaderno electrónico de primera instancia)
  
- Copia de guía de manejo del dolor aportada con la demanda, visible en link obrante en el archivo 041 del cuaderno de primera instancia.
  
- Copia de historia clínica aportada por la parte actora junto con la demanda, visible en link obrante en el archivo 041 del cuaderno de primera instancia.
  
- Copia de historia clínica, notas de enfermería y registro de solicitudes

correspondientes a D.A.D.B. aportadas por la demandada, visible en link obrante en el archivo 042 del cuaderno de primera instancia.

En audiencia de pruebas fueron recaudados los siguientes testimonios (grabación visible en el archivo 031 del cuaderno electrónico de primera instancia):

Walter Alberto Teneche García, de quien se resume su narrativa en los siguientes términos:

- Aduce haber sido enterado de la situación de D.A.D.B. por intermedio de una prima suya que conocía a la madre de la paciente, refiriendo que los médicos tratantes le informaron de manera verbal que la menor padecía Guillain-Barré, pero en la historia clínica se registraba que lo padecido era el síndrome de Stevens Johnson, que, según su investigación empírica en internet podría acarrear riesgo de muerte y deja como secuela bajas defensas y riesgo de padecer infecciones de forma reiterada.
- Considera que no se le brindó la atención médica necesaria para tratar dicho síndrome por lo que acudió a la Personería municipal.
- Estima que la aludida patología le acarreó consecuencias físicas y psicológicas a D.A.D.B.
- En cuanto al estado de ánimo de la paciente y la madre, recuerda que se observaban muy afectadas emocionalmente.
- Le atribuye las reiterativas infecciones que aquejan a D.A.D.B a secuelas atribuibles al síndrome de Stevens Johnson, por el retiro de la capa externa de la piel que le efectuaron a la paciente en el hospital.
- Desde el momento de los hechos se ha comunicado unas seis veces con la familia demandante.
- Indica que D.A.D.B. no presenta mejoría significativa.
- Manifiesta que le brinda apoyo económico a la familia de D.A.D.B..

Estefanía Gallego Teneche, destacando de su versión los siguientes aspectos:

- Refiere conocer a la familia demandante desde el momento en que tanto ella como éstos estuvieron radicados en Chinchiná.
- Manifiesta ser psicóloga y haber presenciado la significativa afectación emocional que padeció D.A.D.B. y su núcleo familiar cercano.
- Recuerda que a raíz del síndrome D.A.D.B. tuvo caída de cabello, despigmentación de la piel y se le cayeron las uñas.
- Dice que como secuela de dicha patología no se puede exponer al sol y generó sensibilidad a muchos medicamentos.

- Indica que la capa externa de la piel de la joven D.A.D.B. le fue removida.
- Narra que D.A.D.B. por su afectación en la piel no puede maquillarse ni arreglarse el cabello.
- Explica que el tratamiento que le han suministrado para la piel, uñas y cabello le ha brindado poca mejoría, continuando con fragilidad en ellos.

Julio César Gutiérrez Segura (psiquiatra de la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira), quien frente a lo que era objeto de la prueba relató:

- Relata que valoró a la paciente el 25 de enero de 2016, informando que era politoxicómana.
- Refiere que previo al suceso, la paciente se encontraba consumiendo estupefacientes, pero no pudo establecer si la caída fue accidental o voluntaria.
- Indica que es protocolo del servicio de urgencias la valoración por psiquiatría en pacientes con antecedentes de consumo de alucinógenos, para determinar si tiene antecedentes en salud o algún otro asociado al consumo.
- Siguió la evolución de la paciente en el proceso de adaptación que requería con posterioridad al trauma y para realización intervención psicoterapéutica.
- Desde la hospitalización y al egreso se indicó medicación antidepresiva y orden de seguimiento por psiquiatría.
- Informa que le recetó ansiolíticos para contrarrestar los efectos asociados al consumo de narcóticos.
- Los controles posteriores al egreso no se hacen en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira, sino en el hospital mental, por lo que desconoce lo relacionado a su evolución clínica.
- Indica que en efecto la paciente presentó síndrome de Stevens Johnson, razón por la cual se procedió a suspenderle medicamentos, incluyendo los psiquiátricos, mientras se mejoraba su situación.
- En cuanto a los trastornos de ansiedad y depresión indica que por lo general son multicausales. En el caso particular considera que confluyen varios factores, a saber: el consumo de alucinógenos, el abandono del hogar, la sobreviniente imposibilidad de volver a caminar, la hospitalización y enfrentarse a enfermedades médicas generales, precisando que las referidas alteraciones en la psiquis no tuvieron su origen en el síndrome de Stevens Johnson, sino que los mismos son anteriores a su ocurrencia.
- Narra que para el día 9 de febrero de 2016 no evidenció sintomatología alguna en la paciente que indicara que podría estar siendo afectada por

- enfermedad de Stevens Johnson y que se encuentra en condiciones técnicas y científicas para identificarla y hacer la remisión correspondiente.
- En cuanto a lo que plasma en la historia clínica como mal pronóstico, aclara que se refiere es a la paraplejia derivada de la lesión que tenía y de la mayor posibilidad de tener afectaciones cognitivas y de psicosis derivadas del consumo temprano de psicoactivos.
  - Refiere que el consumo de alucinógenos afecta el sistema inmunológico y puede generar reacciones adversas a diferentes medicamentos
  - Manifestó que el síndrome de Stevens Johnson se presenta con baja frecuencia en pacientes.
  - Explica que actualmente no hay un protocolo que determine qué medicamentos se le pueden suministrar y cuáles no a una persona con problemas de consumo de drogas, sino que el tratamiento se define mediante el seguimiento y en función del riesgo-beneficio.

Diana Yazmín Montes Escobar (dermatóloga de la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira), quien expuso lo siguiente:

- Manifiesta que valoró a la paciente el 1° de marzo de 2016, momento para el cual ya había iniciado tratamiento para el síndrome de Stevens Jonson.
- Antes de esa fecha el manejo había sido por medicina interna y después de esa fecha no volvió a valorar a la paciente.
- Indicó que la referida patología es infrecuente.
- Afirma que para el momento en que valoró a la paciente -1° de marzo de 2016-, ya se encontraba en proceso de reepitelización de las lesiones, sin secuelas.
- Estima que el Síndrome de Stevens Johnson en el caso concreto se presentó como consecuencia de una infección urinaria.
- Refiere que las personas que consumen narcóticos son proclives a presentar reacciones adversas a medicamentos de cualquier tipo, en especial, quienes inician consumo desde edad temprana.
- Afirma que la atención fue oportuna, por cuanto al verificarse la aparición de síntomas se dispuso la suspensión de medicamentos que se le estaban suministrando y se varió el tratamiento por prednisolona. Destaca que la última dosis que recibió de carbamazepina fue el 11 de febrero de 2016 a las 8 de la mañana.
- Explica que no existe ningún tratamiento descrito en la literatura médica que sea efectivo y completamente probado para tratar el síndrome de Stevens Johnson.
- Indica que en la historia clínica se registra que D.A.D.B. con posterioridad presentó reacción alérgica a la cefalotina y a la dipirona.

- Advierte que el Síndrome de Stevens Johnson es muy poco frecuente -de 4 en 1.000.000- y no es previsible la reacción adversa en pacientes.
- Informa que al momento de la valoración la paciente presentaba Nikolski negativo –no tenía desprendimiento de piel mediante tracción física- lo que significaba que el cuadro clínico se encontraba estabilizado.
- Expone que el diagnóstico de Síndrome de Stevens Johnson es de presunción, no de certeza, porque no hay un examen o estudio clínico que permita establecer en este caso que la patología se produjo por la carbamazepina, se presumió por los médicos tratantes, pero no hay certeza de ello.
- El hecho de que una persona hubiese padecido un síndrome de Stevens Johnson no es condición para que lo presente nuevamente respecto de otro medicamento, de hecho es raro que genere reacción a otros medicamentos.
- Afirma que la caída de cabello y uñas es una situación transitoria derivada de someter el cuerpo a un estrés, es auto resolutive y completamente fisiológica, no asociada a una secuela del síndrome y que no se prolonga en el tiempo.
- El día de la valoración no presentaba pérdida de cabello o caída de uñas.
- Afirma que en 15 años de ejercicio de la dermatología solo ha tenido otra paciente, adicional a D.A.D.B., con síndrome de Stevens Johnson, indicando que la otra paciente falleció.

En contradicción al dictamen pericial rendido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Risaralda, se tomó la versión del perito César Augusto Morales Chacón, de quien se destaca lo siguiente:

- Indica que el dictamen se fundamentó en un estudio documental a la historia clínica de la paciente y a su valoración física presencial el día 15 de enero de 2021, procediendo a hacer una calificación de las secuelas de su estado de salud.
- **Explica que el síndrome de Stevens Johnson puede llegar a ser grave, pero en el presente asunto se le dio manejo adecuado y para la fecha de calificación la deficiencia era de 0%, por cuanto no tenía secuelas.**
- Dice que la paraplejía puede generar afectaciones en piel, pero ellas serían asociadas únicamente a esta condición y no al padecimiento del síndrome de Stevens Johnson.
- Tampoco identificaron afectaciones psicológicas derivadas del padecimiento de Stevens Johnson, aclarando que ella ya tenía una condición psiquiátrica anterior, pero originada en su politoxicomanía.

- No consideró necesario requerir historia clínica actualizada para calificar lo correspondiente al síndrome de Stevens Johnson, porque el padecimiento como tal es una reacción alérgica que puede ser muy grave en su momento, pero que, por lo general, los pacientes que se recuperan no quedan con ninguna secuela, lo único es que se tienen que cuidar de ciertos medicamentos.

#### 4.1. El Daño

A partir de la Constitución de 1991, se estableció el daño antijurídico como el centro o base fundamental de la responsabilidad del Estado.

Es de precisar la noción de daño antijurídico, en los siguientes términos:

*«1932. Se considera como tal la afectación, menoscabo, lesión o perturbación personal (carga anormal para el ejercicio de un derecho o de alguna de las libertades cuando se trata de persona natural)..., que no es soportable por quien la padece bien porque es irrazonable, o porque no se compadece con la afirmación de interés general alguno.*

*1933. Así pues, daño antijurídico es aquel que la persona no está llamada a soportar puesto que no tiene fundamento en una norma jurídica, o lo que es lo mismo, es aquel que se irroga a pesar de que no existe una ley que justifique o imponga la obligación de soportarlo.*

*1934. El daño antijurídico comprendido desde la dogmática jurídica de la responsabilidad civil extracontractual y del Estado, impone considerar dos componentes: a) el alcance del daño como entidad jurídica, esto es, “el menoscabo que a consecuencia de un acaecimiento o evento determinado sufre una persona ya en sus bienes vitales o naturales, ya en su propiedad o en su patrimonio”; o la “lesión de un interés o con la alteración in pejus del bien idóneo para satisfacer aquel o con la pérdida o disponibilidad o del goce de un bien que por lo demás permanece inalterado, como ocurre en supuestos de sustracción de una cosa”, y b) aquello que, derivado de la actividad, de la omisión, o de la inactividad de la administración pública no sea soportable i) bien porque es contrario a la Carta Política o a una norma legal, o ii) porque sea “irrazonable”, en clave de los derechos e intereses constitucionalmente reconocidos, y iii) porque no se encuentra sustento en la prevalencia, respecto o consideración del interés general, o de la cooperación social.»<sup>12</sup> (Subrayado fuera de texto).*

De conformidad con el material probatorio obrante en el dossier, se encuentra acreditada la materialidad del daño, esto es, el padecimiento del síndrome de *Stevens Johnson* como secundario al uso del medicamento *carbamazepina* según se desprende de la historia clínica visible en folios 78 y siguientes documento denominado «*H.C. D.A.D.B.*», obrante en el enlace que reposa en el archivo 042 del cuaderno electrónico de primera instancia, a lo que se suma que la entidad demandada y las llamadas en garantía no desconocieron ni controvirtieron la existencia de la reacción adversa ni su asociación con el referido fármaco, pues sus tesis defensivas se fundamentaron en la viabilidad de su

---

<sup>12</sup> Santofimio Gamboa, Jaime Orlando. *Compendio de Derecho Administrativo*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2017, p. 743 - 744.

empleo en el manejo de cuadros de dolor derivados de neuropatías, la imprevisibilidad de la afectación y que no era necesario requerir consentimiento informado para ser suministrada a la paciente; de lo que surge la necesidad de establecer si el mismo es imputable a la demandada y si las acciones y omisiones endilgadas constituyeron causa eficiente del daño reprochado.

Se aclara que, si bien la dermatóloga Diana Yazmín Montes Escobar aduce que no hay certeza en cuanto a la reacción inmunológica y su asociación al suministro de carbamazepina, e inclusive da concepto indicando que considera que la reacción pudo deberse a una infección urinaria, lo cierto es que, tanto la historia clínica, como el psiquiatra Julio César Gutiérrez y el perito César Augusto Morales Chacón, coinciden en atribuir el uso del fármaco al padecimiento de la patología en análisis, por lo que bajo esa égida se dará continuidad al análisis en esta sentencia.

Se resalta en el particular, que, conforme a lo dictaminado en la calificación de pérdida de capacidad laboral efectuada por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Risaralda el 25 de enero de 2021 bajo el consecutivo 1093230996 – 82 (documento 013 del cuaderno electrónico de primera instancia), que el síndrome de Stevens Johnson no dejó secuelas en la humanidad de D.A.D.B., según se lee en el acápite de análisis y conclusiones, en donde se plasma: **«Durante su hospitalización desarrolla síndrome de Stevens-Jhonsons, atribuido a Carbamazepina que se manejo (sic) medicamente con buena evolución, a la fecha no hay ninguna secuela de esta alteración por lo cual no se tiene en cuenta para calificar ya que su deficiencia es cero (0% ).»** (resaltado de la Sala)

Adicionalmente, el perito César Augusto Morales Chacón, refiriéndose concretamente a lo que es materia de debate, manifestó: *«Hubo un evento que fue un que durante su tiempo de hospitalización desarrolló una enfermedad de Stevens Johnson, síndrome de Stevens Johnson, al parecer secundario a un consumo de, a un suministro de carbamazepina. Entonces eso le produjo esa reacción y, pero digámoslo, fue manejada en su momento y actualmente en el momento de la calificación nuestra, pues no había absolutamente ninguna secuela por eso, pues la deficiencia nosotros lo pusimos en una notica independiente, que la deficiencia era cero si fuéramos solo a calificar la secuela del síndrome de Stevens Johnson, la secuela es cero, los demás porcentajes corresponden es a, corresponden es a las secuelas, pues de su trauma raquimedular, que la deja con paraplejía, donde hay una difusión de la vejiga, del del de incontinencia fecal y todo eso (...) No tenía secuelas de Stevens Johnson. De hecho, pues ya la enfermedad no está presente porque es que el Stevens*

*Johnson es una reacción, digámoslo alérgica exacerbada algunos medicamentos y la persona tiene que tener algunas condiciones de digámoslo de bajitos, inmunidad y hay unas condiciones que colaboran para que pueda desarrollar el síndrome de Stevens Johnson y se ubica básicamente sobre la piel en general, sobre la piel y hace una epidermólisis y una serie de problemas, pero después de su manejo, en este caso porque es una enfermedad que puede ponerse muy grave, pero en este caso pues se logró el control y se suspendió el medicamento y se dieron otro manejo en la cual no dejó ninguna secuela.» (min. 2:39:16 y ss)*

Seguidamente explicó: *«En el caso de ella, en el caso de ella, digámoslo, no había otras secuelas a nivel de piel, porque no, el proceso no fue lo suficientemente grave como para que haya dejado otras posibles secuelas a nivel pulmonar y todo eso y teniendo en cuenta, pues, que ella ya tiene una condición de base, que era su secuela de la paraplejía, en la cual pues empieza a generar una cantidad de síntomas de en la misma piel, pero se debe más a este es su problema de la paraplejía, no al síndrome de Steven Johnson.» (min. 2:42:52 y ss)*

En cuanto a la afectación psicológica de la paciente derivada del padecimiento del síndrome de Stevens Johnson dijo: *«Nosotros creemos que no, ella ya tenía pues, de base una problemática, digámoslo psiquiátrica, desde antes por consumo de psicoactivos y todo eso, pues obviamente eso pesa más y mucho más preponderante que cualquier secuela que pudiera dejar el síndrome de Stevens Johnson y no fue tan grave como para que ella le haya quedado alguna secuela atribuida al Stevens Johnson, no.» (min. 2:43:08 y ss)*

En este punto, también se destaca del testimonio del psiquiatra Julio César Gutiérrez lo siguiente:

Respecto del uso de la carbamazepina como generador del síndrome de Stevens Johnson dijo: *«A lo largo del tiempo, a lo largo de la historia de la evolución, pues los psiquiatras hacemos una evaluación del Estado físico y cómo está su propia actitud y durante su estancia en unidad de cuidados intensivos; pues porque es una situación muy compleja. No se evaluó, pero cuando volvió a salir se encontró que iban disminuyendo sus lesiones dérmicas al respecto, seguía deprimida, triste, ansiosa y se inició algunos medicamentos pertinentes.» (min. 1:39:45 y ss)*

En lo atinente a la aparición de los síntomas, al indagársele por atención que hiciera a la paciente el día 09 de febrero de 2016 –fecha anterior al primer registro de la misma acaecido el día 11 de igual mes y año- y si en esa fecha observó alguna evidencia de la misma, refirió: *«No, señora, el Steven Johnson hizo una*

*patología muy dramática en el sentido que se expresa rápido y es muy evidente porque es en toda la piel y en ese momento no presentaba -el día 9 mi primera evaluación, un día después de que ingreso la paciente- esta sintomatología» (min. 1:44:34)*

Sobre su capacidad para diagnosticar esta patología refirió: «*Sí, señora, esto es una patología que, aunque es muy poco frecuente y es una reacción muy poco frecuente, es tan dramática, es tan evidente que cualquier persona o cualquier médico, discúlpeme, aún una enfermera en su pregrado, debe saberla diagnosticar y buscar el especialista pertinente para hacer el seguimiento y hacer la intervención. Además, los médicos que utilizamos diferentes medicamentos, pues debemos saberla identificar en un momento determinado» (min. 1:45:00)*

De igual forma, en cuanto a la acreditación del daño, la doctora Diana Yazmín Montes Escobar, dermatóloga de la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, manifestó: «*yo vi la paciente el primero de marzo de 2016, cuando yo veo, la paciente ya había sido tratada por la situación que venía presentando con la piel, ya se encontraba en proceso de reepitelización de las lesiones, se encontraba en buen estado general, no presentaba lesiones nuevas, ya hacía unos días la enfermedad no tenía actividad y estaba completamente controlada para ese día.» (min. 1:59:44)*

Más adelante explica: «*yo la veo ese día, el primero de marzo y en ese momento no tenía las secuelas que uno espera para un síndrome de Stevens Johnson son sinequias. ¿Qué es una sinequia? Es como un tejido que se crea entre 2 membranas y eso generalmente les genera dificultades a futuro. En ese momento y claramente está la historia, se revisan las conjuntivas, porque si a usted le quedan adherencias entre el párpado y el ojo, usted va a tener problemas, o si le quedan adherencias en la región genital, en la región vaginal, en la región, en esa zona, usted va a tener problemas, ella no presentaba las secuelas, estaba simplemente en un proceso de reepitelización normal. Luego es vista por ginecobstetricia y ginecobstetricia dice que no presenta ninguna secuela. Como ella no regresa a mi consulta dermatológica al control yo no puedo dar fe de la situación que haya tenido posterior, pero creo en los médicos que realizan las atenciones y puedo observar que a ella le hicieron una Junta, ahora en enero, creo que una Junta de invalidez y en esa Junta es muy claro, donde dicen que ella no presenta secuelas en piel, que ella no presenta nada dermatológico, nada en miembros superiores, nada en tórax, nada que le genere ninguna limitación funcional, entonces realmente, dado la condición del Stevens Johnson, las secuelas que uno espera generalmente son sinequias y en ella no se presentaban.» (min. 2:15:22)*

Refiere que para el momento de la valoración el día 1° de marzo de 2016, la paciente ya presentaba un cuadro estable: *«¿qué es patognomónico en medicina? Que es la condición sin la cual no, o sea es lo que hace diagnóstico, como tú ves una embarazada, pues le ves la barriguita, cuando tu le ves la barriguita, está embarazada, no necesita un examen. Lo mismo pasa con esta patología es cuando tú le ves las lesiones orales, el desprendimiento y un signo muy clásico que se llama Nikolski en medicina y es que tú coges la piel que se está desprendiendo, la traccionas un poquito y la piel se desprende, ella, incluso cuando yo la veo en la valoración del primero de marzo, no lo presentaba. Es lo que quería decir que la situación y está escrito en la historia, Nikolski negativo. ¿Y eso qué quiere decir? Que estaba completamente estabilizado el cuadro, ya no tenía progresión»* (min. 2:18:16 y ss)

Tampoco observó síntomas asociados a la caída del cabello o de uñas: *«Ese día que se valoró no tenía ya lesiones en ninguna mucosa, no tenía ni en la cavidad oral, ni genital, ni en ojitos, solamente tenía las lesiones en tórax y en miembros superiores e inferiores, pero las que se estaban cicatrizando y en proceso de cicatrización, no tenía ninguna lesión activa y no había caída del cabello, tampoco se esperaba.»* (min. 2:28:16 y ss)

Desde su conocimiento científico indica que una persona que ha padecido enfermedad de Stevens Johnson no tiene contraindicación de exponerse al sol: *«No, de ninguna manera el sol no es un activador del síndrome de Steven Johnson. Eh, Para muchas otras patologías, para lupus, para otro tipo de lesiones puede estar contraindicado, cáncer de piel, pero en el síndrome de Steven Johnson, no, la exposición sí o no es personal, o sea, eso ya depende de cada quien, pero no porque tenga una indicación dermatológica o médica para no exponerse al sol.»* (min. 2:29:06)

De conformidad con lo expuesto, resulta evidente que el daño se encuentra acreditado en cuanto al padecimiento del síndrome de Stevens Johnson derivado del uso de la carbamazepina como tratamiento para el dolor neuropático que padecía con ocasión a su lesión raquimedular, precisando que aquella patología no dejó secuelas en la joven D.A.D.B.

#### **4.2 La Imputación**

Corresponde al Tribunal establecer en esta instancia, a la luz del artículo 90 de la Constitución Política y de conformidad con las pruebas legal y oportunamente arrimadas al plenario, i) si la carbamazepina de 200 mg se ajusta a las guías y

protocolos para el manejo del dolor neuropático; ii) si hubo atención médica oportuna al advertirse la reacción adversa al medicamento; iii) si el consumo de sustancias estupefacientes por parte de D.A.D.B. desde temprana edad la hacía en mayor medida proclive a reacciones adversas frente a medicamento y si ello debió tomarse en consideración al momento de recetarle fármacos; iv) predictibilidad del síndrome de Stevens Johnson en el asunto concreto; v) exigibilidad del consentimiento informado para el suministro de carbamazepina. O si por el contrario, como lo afirma en conjunto el extremo por pasiva, el manejo del dolor dado a la paciente D.A.D.B. se ajustó a la *lex artis*; la reacción adversa no era predecible; la patología no causó secuelas y el tratamiento brindado fue oportuno.

De acuerdo con todo lo discurrido en precedencia, procederá la Sala a la valoración de los aspectos que encierran en resumen los argumentos de la apelación contra la decisión de primera instancia:

#### **4.2.1. El empleo de las Guías de Práctica Clínica y literatura médica en el análisis de imputación - uso de la carbamazepina se ajusta a la guía de práctica clínica adoptada por la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira**

Sea lo primero precisar que, según el Ministerio de Salud y Protección Social, las Guías de Práctica Clínica - GPC son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales de la salud y a pacientes y familiares a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada y a seleccionar las opciones diagnósticas y terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica<sup>13</sup>.

Así mismo, la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano, define una guía de práctica clínica como «*el conjunto de afirmaciones, desarrollado de manera sistemática, para asistir a médicos y pacientes en la toma de decisiones sobre atención en salud apropiada para circunstancias específicas [1]. En ese sentido, la calidad de una GPC se habrá de juzgar en función de la claridad de sus recomendaciones, de su factibilidad, de su validez científica y, en últimas, la evaluación de una GPC también dependerá de la medida en que efectivamente logre su objetivo primordial: influenciar las decisiones clínicas en contextos específicos*».

---

<sup>13</sup> [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)

Dicho documento hace alusión al desarrollo e implementación de las Guías de Atención Integral por parte del Ministerio de Salud y Protección Social<sup>14</sup>, como una estrategia para mejorar la calidad de la atención en salud e informar la actualización del Plan Obligatorio de Salud.

En cuanto al carácter jurídico de las guías de atención en salud, como lo tiene establecido esta Corporación, se estima que corresponde al de normas jurídicas de carácter técnico, emanadas del ejecutivo nacional en ejercicio del poder de regulación técnica; constituyen la «*lex artis*» o «*ley del arte*» en el ejercicio de la medicina, conforme el mismo Ministerio de Salud las denomina «normas técnicas y guías de atención» en salud, por lo que son reglamentos técnicos dentro del sistema de fuentes y, como se trata de normas jurídicas de alcance nacional, no requieren prueba, al tenor del artículo 177 del CGP, que sólo exige aducir al proceso la normas jurídicas de alcance no nacional.

Es así como el Ministerio de Salud, en la Resolución número 412 de 2000, «*Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública*», además de señalar el carácter de normas técnicas de las guías, «*adopta... las guías de atención contenidas en el anexo técnico 2-200 que forma parte integrante de la presente resolución, para las enfermedades de interés en Salud Pública establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud*» (artículo 10) y ordena que «*los contenidos de las guías de atención serán actualizados periódicamente de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible en el país, el desarrollo científico y la normatividad vigente*» (parágrafo).

Conforme lo antedicho, las guías de atención médica son adoptadas mediante resolución del Ministerio de Salud, por tanto, al ser normas jurídicas –de carácter técnico- del orden nacional, no requieren prueba dentro del proceso judicial, conforme el citado artículo 177 del CGP.

---

<sup>14</sup> Con base en las Resoluciones del Ministerio de Salud (5261 de 1994, 412 y 3384 de 2000), Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS (Acuerdos 83 de 1997, 117 de 1998 y 228 de 2002).

El mismo Ministerio ha señalado cuáles son los criterios para la elaboración de las guías o cómo hacer guías, en el siguiente documento denominado «Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano»<sup>15</sup> en los siguientes términos:

-La Guía Metodológica para la elaboración de Guía de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, sintetiza, analiza y estructura en pasos organizados, las metodologías internacionales para el desarrollo, adaptación y evaluación de GPC y para la realización de estudios de evaluación económica en salud aplicables para Colombia.

-Establece pautas metodológicas precisas para adelantar estudios del impacto en el presupuesto, en este caso, en la Unidad de Pago por Capitación UPC, para las tecnologías en salud que se consideren puedan ser incluidas en un Plan de Beneficios en salud. También fija como objetivos de dichas guías: "(i) Estandarizar a través de una Guía Metodológica (GM), las diferentes metodologías para el desarrollo de GPC y de estudios de evaluación económica en salud para Colombia y (ii) Establecer pautas precisas para la realización de estudios del impacto en el presupuesto, en este caso en la UPC, para las tecnologías en salud que se consideren puedan ser incluidas en el POS.

La doctrina médica<sup>16</sup> explica el concepto de las guías prácticas clínicas GPC, así:

*«Las guías de práctica clínica (GPC) son definidas por Field como "el conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, para ayudar a los clínicos y a los pacientes en el proceso de la toma de decisiones, sobre cuáles son las intervenciones más adecuadas para resolver un problema clínico en unas circunstancias sanitarias específicas" (1). Su finalidad primordial es ofrecer al médico directrices basadas en evidencia científica para resolver los problemas a los que diariamente se enfrenta al tratar a sus pacientes. Son un marco que le provee la mejor evidencia disponible para realizar una mejor práctica clínica, para la toma de decisiones clínicas y para ofrecerle a su paciente un tratamiento adecuado.*

*Las GPC son documentos en los que se plantean preguntas específicas, se organizan las mejores evidencias científicas y se dan recomendaciones flexibles; sus objetivos son mejorar la práctica clínica, educar a los médicos y sus pacientes, reducir la variabilidad profesional y mejorar la atención, con lo cual se mejora la salud de la población (2). Por otra parte, la manera sistemática como se elaboran las GPC facilita su revisión crítica, evita errores, resuelve controversias y provee información útil.*

*Existen diversos tipos de GPC: basadas en consenso, de opinión de expertos y de evidencia. Esta última es la que ha tomado mayor relevancia en el marco de la medicina basada en la evidencia, muy en boga actualmente. En este tipo de GPC, la metodología empleada es sistemática, explícita y reproducible, y sigue una serie de pasos que van desde el planteamiento de preguntas, la búsqueda, evaluación y síntesis de literatura (evidencia) hasta plantear recomendaciones útiles para la práctica clínica».*

<sup>15</sup><https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Gu%C3%ADa%20Metodol%C3%B3gica%20para%20la%20elaboraci%C3%B3n%20de%20gu%C3%ADas.pdf>.

<sup>16</sup> [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502010000100002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502010000100002)

Es así que las guías de práctica clínica constituyen, dentro del proceso judicial, disposiciones o normas de carácter técnico que pueden ser aplicadas por el juzgador mediante el acceso electrónico y cuya consulta corresponde a la de una norma jurídica de alcance nacional, sin que sea exigible su aportación dentro del plenario, ni aun su invocación en materia de responsabilidad extracontractual del Estado, en cuanto el principio *iura novit curia* permite al juez aplicar el efecto jurídico que corresponda a la *causa petendi* planteada en la demanda.

Por otra parte, resulta importante señalar que la literatura médico-científica, es un instrumento que le permite al juez entender ciertos asuntos propios de la actividad médica y constituye una guía para obtener mejor conocimiento acerca de los temas sometidos a su consideración, por lo tanto, no representa un medio de prueba independiente, y puede ser utilizada por los operadores judiciales en sus providencias sin que sea necesario aportarlo al proceso como una prueba.

Incluso el Consejo de Estado se apoya en bibliografía médica en asuntos de dicha naturaleza, al considerar que «*El juez sobre un tema científico o técnico puede utilizar doctrina sobre la materia, precisamente para hacer inducciones*»<sup>17</sup>, lo cual hace parte del compromiso del juez de adquirir conocimientos elementales que le permitan entender y al mismo tiempo explicar patologías y procedimientos propios de las ciencias de la salud.

En ese sentido, para la Sala es procedente el uso de las Guías de Práctica Clínica – GPC y la literatura médica consultada en páginas de internet provenientes de organizaciones acreditadas y con respaldo científico, aspecto este último no planteado en la apelación.

En el presente asunto, se tiene que la Guía de Práctica Clínica adoptada por la E.S.E. hospital Universitario San Jorge de Pereira para el manejo del dolor y su tratamiento, no corresponde a una adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social, sino que corresponde a un documento científico de origen extranjero que fue incorporado a los protocolos médicos de la entidad mediante resolución 0910 del 2 de diciembre de 2015<sup>18</sup>. No obstante, ello no es impedimento para emplearse como referente científico aplicable a pacientes como la demandante D.A.D.B., como quiera que en el repositorio de publicación

---

<sup>17</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Consejero Ponente: Enrique Gil Botero. 1º de octubre de 2008. Radicación número: 25000-23-26-000-1999-01145-01(27268). Actor: Leonel Ceballos Gallo y otros. Demandado: Instituto de Seguros Sociales y otro. Referencia: acción de reparación directa.

<sup>18</sup> Documento 001 folios 26-27, cuaderno de primera instancia.

de Guías de Práctica Clínica<sup>19</sup> no se evidencia registro documental científico estandarizado para la circunscripción nacional referido al tratamiento del dolor neuropático, por lo que cada institución que preste servicios de salud, en ejercicio de su autonomía científica, podrá adoptarla o desarrollarla, teniendo como referente los parámetros nacionales antes indicados.

Con fundamento en lo anterior y sumado a que la idoneidad de la «*Guía de buena práctica en dolor y su tratamiento*»<sup>20</sup> de la organización médica colegial de España y sociedades científicas de España no fue puesta en tela de juicio por los extremos procesales, pasará este Estrado Judicial a determinar si el medicamento denominado carbamazepina se ajusta o no a la misma y protocolos para el manejo del dolor neuropático.

Sea lo primero indicar que el dolor padecido por la paciente D.A.D.B. fue catalogado por los galenos tratantes como neuropático, según se desprende de lo indicado en las páginas 83<sup>21</sup>, 115, 118, 133, 154, 163 y 168 de la historia clínica visible en el documento denominado «*H.C. D.A.D.B.*» obrante en el enlace que reposa en el archivo 042 del cuaderno electrónico de primera instancia, por lo que a partir de esta premisa deberá establecerse si el manejo del dolor fue adecuado.

Al respecto, indica la parte actora en su recurso que «(...) *en ninguna sección de dicho documento el medicamento carbamazepina es indicado para el manejo del dolor neuropático*». No obstante, revisado por este Tribunal el contenido del pluricitado documento, se observa que, contrario a lo manifestado por el recurrente, en el mismo sí se hace alusión expresa a ese fármaco como tratamiento con buena respuesta a las dolencias por neuropatías y a su uso generalizado, veamos:

En el documento indexado no se le cataloga como analgésico, sino como anticonvulsivo, empero, se destacan sus características como coanalgésico, al indicar:

---

19 Enlace plataforma SISPRO: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncalidadsalud/Paginas/Linea-Tematicas.aspx>

Enlace Ministerio de Salud: <https://gpc.minsalud.gov.co/SitePages/default.aspx>

20 Aportada con la demanda y visible en el enlace obrante en el archivo 041 del cuaderno de primera instancia en el aplicativo SAMAI

21 Entre otros, se indicó en la historia clínica: «*ADOLESCENTE DE 16 AÑOS QUE SE ENCUENTRA HOSPITALIZADA DESDE EL 24 DE ENERO DE 2016 POR TRAUMA RAQUIMEDULAR, AHORA EN POSTOPERATORIO DE CIRUGIA DE ARTRODESIS DE COLUMNA TORACICA + HEMILAMINECTOMIA + REDUCCION ABIERTA FRACTURA. VENIA RECIBIENDO CARBAMAZEPINA DESDE HACE UNOS DIAS COMO TRATAMIENTO SINTOMATICO DE **DOLOR NEUROPATICO**, INTERCONSULTAN A LA ESPECIALIDAD PORQUE DESDE AYER PRESENTA ERUPCION AMPOLLOSA GENERALIZADA.*» (resaltado de la Sala)

«Los fármacos coanalgésicos son medicamentos que se utilizan para el alivio del dolor solos o asociados con analgésicos, pero no clasificados como tales. **Son muy importantes en el tratamiento del dolor neuropático.**

Los más utilizados son los siguientes:

[...]

Anticonvulsivantes: son eficaces en el dolor neuropático. **Los más empleados son la carbamacepina y la gabapentina. Sus efectos secundarios, aunque escasos, son la somnolencia, las náuseas y la sensación de inestabilidad. Carbamacepina ha sido el fármaco más utilizado de este grupo para el tratamiento del dolor neuropático, sobre todo en la neuralgia del trigémino.**»<sup>22</sup>  
(resaltado de la Sala)

En el mismo documento se alude a que la carbamazepina se encuentra registrada en la escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud:

« I. Escalera analgésica de la OMS

(...)

COANALGÉSICOS

(...)

— Anticonvulsivantes (**carbamazepina, gabapentina, fenitoína**), **indicados en dolor neuropático.**»<sup>23</sup> (negrillas de la Sala)

Desde la casuística, en la referida guía se analizó un caso en el que una paciente padecía dos tipos de dolor, uno de los cuales era neuropático, indicando como tratamiento probable el uso de la carbamazepina:

«La paciente tiene dos tipos de dolor:

1. Dolor somático secundario a metástasis óseas.

**2. Dolor neuropático secundario a compresión medular.**

(...)

Posibilidades de tratamiento:

(...)

— Coanalgésicos: dosis progresivas de anticonvulsivantes (carbamacepina, gabapentina) y/o antidepresivos (amitriptilina).»<sup>24</sup>

Es de destacar que, al igual que aconteció con el caso analizado en la guía, la paciente D.A.D.B. también fue diagnosticada con compresión medular según se registra en la historia clínica<sup>25</sup>:

DIAGNOSTICOS		Dx Principal
G952	COMPRESION MEDULAR, NO ESPECIFICADA	<input checked="" type="checkbox"/>

Resulta entonces desatinado señalar que la guía de práctica clínica adoptada por la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira no contemplaba dentro de los manejos del dolor neuropático el uso de carbamazepina, sino que, contrario a ello, dicho documento técnico es ampliamente descriptivo de los beneficios que

22 Guía de buena práctica en dolor y su tratamiento. Editorial: International Marketing & Communications, S.A. (IM&C) Alberto Alcocer, 13, 1.º D. 28036 Madrid, ISBN: 84-688-4525-6 Depósito Legal: M-17695-2004. Pág. 33-34

23 ibidem pág. 87

24 Ibidem págs. 97-98

25 Historia clínica visible en el documento denominado «H.C. D.A.D.B. » obrante en el enlace que reposa en el archivo 042 del cuaderno electrónico de primera instancia, folios: 102, 106, 119, 125, 142, entre otros.

trae para el paciente, especialmente en un cuadro clínico como el diagnosticado a la paciente D.A.D.B.

Aunado a lo anterior, en el contexto nacional, artículos científicos como «*Guías de práctica clínica del dolor neuropático (II)*» publicado por la Revista de Neurología y aceptado por la Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor<sup>26</sup> en colaboración con la organización Cochrane<sup>27</sup> dan cuenta de los resultados positivos del uso de la carbamazepina en pacientes con dolor neuropático<sup>28</sup>:

**Tabla VII. Revisión sistemática Colaboración Cochrane [58].**

Objetivo
Revisión sistemática de la literatura de ensayos clínicos para el tratamiento del dolor neuropático periférico y síndromes regionales complejos. Revisión sistemática no metaanalítica
Calificación
Evidencia 1+
Recomendación B
Observaciones
Resultados de efectividad en dolor neuropático periférico
<b>Resultados positivos:</b> antidepresivos tricíclicos, <b>carbamazepina</b> , ketamina intravenosa, lidocaína intravenosa y tópica, aspirina tópica
Resultados conflictivos: fenitoína, capsaicina, AINE, morfina endovenosa, mexiletina, inefectivo, magnesio, propanolol, loracepam, fentolamina, codeína oral

«(...)

**«El metaanálisis acerca del tratamiento de DN [refiriéndose a dolor neuropático] periférico elaborado por Kingery, junto con la Colaboración Cochrane<sup>29</sup>, respalda con una evidencia significativa la efectividad de la carbamazepina en la neuralgia del trigémino y la eficacia de la gabapentina en el tratamiento de la neuralgia postherpética y de otras neuropatías periféricas (Tabla VII).**

(...)

Harke et al señalan que la carbamazepina es eficaz de manera significativa en el tratamiento del DN con dosis superiores a 600 mg/día<sup>30</sup>. Kingery, con una evidencia sólida, califica la carbamazepina como efectiva en el tratamiento de polineuropatías inespecíficas<sup>31</sup>» (resaltado de la Sala)

26 Guías de práctica clínica del dolor neuropático (ii). J. Aguilera-Muñoz, E. Arizaga-Cueta, A. Carpio-Rodas, J. Crump, F. Díaz-Heredia, C.F. Fernández, J.M. Griego, D. Guerrero, M. Hincapié, M.X. León, J. Moyano, M. Navarro-Chávez, C.E. Rangel-Galvis, R. Rodríguez, E. Salazar-Bolaños, A. Sarmiento, D. Terán Saá-Jaramillo, D. Tettamanti, D. Valencia, J.J. Vargas-Gómez. Aceptado: 20.01.05. Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor. Bogotá, Colombia. Asociación Ecuatoriana de Endocrinología. Quito, Ecuador. © 2005, REVISTA DE NEUROLOGÍA. REV NEUROL 2005; 40 (5): 303-316

27 McQuay HJ, Tramer M, Nye BA, Carroll D, Wiffen PJ, Moore RA. A systematic review of antidepressants in neuropathic pain. Pain 1996; 68: 217-27.

28 Ob. Cit. Pág 311 y 313

29 Kingery WS. A critical review of controlled clinical trials for peripheral neuropathic pain and complex regional pain syndromes. Pain 1997; 73: 123-39.

30 Harke H, Gretenkort P, Ladleif HU, Rahman S, Harke O. The response of neuropathic pain and pain in complex regional pain syndrome I to carbamazepine and sustained-release morphine in patients pretreated with spinal cord stimulation: a double blinded randomized study. Anesth Analg 2001; 92: 488-95.

31 Kingery WS. A critical review of controlled clinical trials for peripheral neuropathic pain and complex regional pain syndromes. Pain 1997; 73: 123-39.

Lo anterior permite inferir sin lugar a equívocos que el aludido fármaco es ampliamente recomendado para el tratamiento de dolor derivado de neuropatías como la padecida por D.A.D.B., destacándose por los estudios científicos su impacto positivo en el manejo del dolor, casi que, podría decirse, corresponde a un protocolo estandarizado, por lo que su uso en la directa afectada en este asunto no fue accidental, caprichoso o contrario a la *lex artis*, todo lo contrario, se observa con suficiencia ajustado a la práctica médica de conformidad con los avances de la ciencia actuales y acorde a los estudios científicos aplicables.

Conforme a lo discurrido se desestima este primer cargo formulado en la alzada.

#### **4.2.2. Verificación de la atención oportuna en el asunto concreto**

Considera la parte actora que al identificar el efecto inmunológico reactivo de la paciente, la atención no fue oportuna.

En cuanto a este tópico, destaca esta Magistratura que el psiquiatra Julio César Gutiérrez Segura, frente a este aspecto concreto adujo: *«Es de anotar que durante su fase aguda de su reacción alérgica dérmica de piel que estuvo en cuidados intensivos, pues se retiraron los medicamentos que yo había enviado, los medicamentos psiquiátricos que, aunque tienen poco riesgo de producir reacciones alérgicas, en un momento determinado, hay situaciones en donde el sistema inmunológico está tan alterado que es mejor dejarlo sin ninguna situación»* (min. 1:40:15 y ss)

En el mismo sentido, la Doctora Diana Yazmín Montes Escobar, dermatóloga de la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, indicó frente a este aspecto:

*«Posterior a eso, según yo misma escribo en la historia y lo pude leer y tengo el folio a la mano presente, ella presentó dolor intenso que no pudieron controlar con medicamentos con los analgésicos normales y ella recibe en ese momento la carbamazepina, eso fue el 9 y ella empieza a presentar un enrojecimiento de la piel el 10, el enrojecimiento de la piel no es un predictor de síndrome de Stevens Johnson, de hecho, si usted coge cualquier medicamento, coja el Dolex, coja la ranitidina, el omeprazol, cualquier medicamento tiene dentro de la bula, o sea dentro del inserto, el papel que viene dentro del medicamento explicando qué medicamento es, cuáles son sus efectos, cuáles son las dosis y todo eso, ahí están relatadas una cantidad de situaciones que se pueden presentar, pero así se haya descrito un caso en el mundo, en los todos los millones de habitantes lo tienen que escribir, aunque la frecuencia de eso no sea, pero no no sea mucha. Entonces el enrojecimiento no es un predictor de síndrome de Stevens Johnson, entonces el paciente empieza a presentar el enrojecimiento, al día siguiente le encuentran las ampollas, o sea, al día 11 le ven unas vesiculitas y la persona que decide en este momento, el médico tratante, suspende en ese momento la aplicación de la siguiente dosis, la administración, porque a ella se le administra solo la dosis de las 8:00 H de la mañana del día 11; o sea, y después empieza, con la presunción diagnóstica empiezan a revalorar el caso y a dar las directrices de manejo. La dosis de las 8 de la noche que ella debió de recibir no le fue*

administrada, ella prácticamente recibió el medicamento el día 9 y la primera dosis del día 10 entonces la ella inicia manejo como está de escrito en la literatura médica, es básicamente de soporte, o sea, es ver que la paciente esté respirando bien, que esté en adecuado medio que esté hidratada, que se le dé manejo de sus heridas en el momento en que empiece a presentarlas, de vigilar que no vaya a tener infecciones durante el proceso de la estancia hospitalaria, que sería lo que complicaría. No existe ningún tratamiento descrito en la literatura médica que sea efectivo y completamente probado, todos los tratamientos tienen reportes de fallas, reportes de buena respuesta, no está descrito un tratamiento exacto para el síndrome de Steven Johnson más que el soporte, y hay muchos estudios en los que se relata que simplemente el soporte, vigilar y mantener adecuadamente el paciente, como les acabo de explicar, tiene la misma respuesta que cualquier tipo de intervención terapéutica. Entonces **ella recibió el tratamiento adecuado**, le empezaron ... dado que era una niña y en niños está descrito que la prednisona puede generar un efecto benéfico, más incluso que en los adultos, dado que ella era una paciente joven, se le dio prednisona. Hay estudios que soportan perfectamente el uso de la prednisona en un paciente con síndrome de Steven Johnson. Ella la recibe con un ciclo corto de 5 días y mejora como lo relato en la historia, cuando yo vengo a ver la paciente, la paciente ya está en un proceso de resolución de la situación. Si yo continúo leyendo la historia como lo he hecho en estos días, revisando juiciosamente todo el proceso y hoy a mí tú me preguntas por qué se pudo producir el síndrome de Steven Johnson, yo, como dermatóloga, pensaría que se produjo por un proceso infeccioso que ella tuvo en la orina, pero hoy aquí parada porque tengo todo el proceso, entonces ¿por qué razón? Porque ella llega y recibe su cirugía, le dan su analgésico neurológico porque las elecciones de los analgésicos neurológicos no son muy variadas, los analgésicos neurológicos y el que está autorizado en el plan de salud y el que es de primera línea para el manejo de un dolor de origen neuropático es la carbamazepina, es la primera opción, ella recibe su medicamento el día 9, el día 10 presenta un enrojecimiento, al 11 se le suspende y desarrolla las ampollas, recibe la prednisona y la respuesta es parcial, al día 16 ella presenta síntomas infecciosos y en ese momento, como está indicado, se le toman cultivos de todas las posibles causas hematológicas, de piel, se le toman todos los cultivos de todo lo que puede ser posible para encontrar una infección, es llevada a desbridamiento el día 19 como está indicado para la patología y llega el reporte de los cultivos y encuentran que tiene una infección urinaria. Entonces, ya con este reporte de infección urinaria toman descartan los antibióticos iniciales, por cuando tú encuentras un paciente en estado grave en un proceso infeccioso, tú le das algo que se llama amplio espectro, o sea, lo cubres contra todo mientras tú tienes la respuesta de los exámenes que te dicen, no, es que es una infección de la uña o es una infección de pulmón. **Entonces ya usted dirige la terapia y retira todo lo demás, porque es una medida de salvamento. Eso fue lo que se hizo con ella.** Entonces en ese momento llega el reporte de la infección urinaria, le retiran todos los otros medicamentos, siguen tratando la infección urinaria e inmediatamente ya empieza a presentar respuesta (...) Usted no coge un paciente y le dice, vea, tómese esta cefalexina o esta bencetazil porque le dio una infección de amígdala, pero como ahí en el papel, dice que le va a doler las articulaciones, que le puede doler, un lugar, que le va a dar gastritis, que de pronto le da dolor de cabeza, que de pronto le da náuseas, entonces de una vez acetaminofén, de una vez, ranitidina, de una vez Dolex para el dolor; usted no hace eso, usted administra el medicamento porque las reacciones son tan bajas que usted espera a ver qué sucede y si algo se presenta, lo trata y lo resuelve. Sí, entonces 160 personas son demasiado pocas para uno pensar que no va a hacer y no le va a brindar a ella la oportunidad de tratamiento, entonces eso fue exactamente lo que se hizo, yo hoy, Diana Montes, pienso que no fue ni siquiera la carbamazepina. **¿Por qué? Porque el tratamiento descrito cuando es un medicamento es suspender inmediatamente y en ella se hizo, se suspendió a las 8:00 H de la mañana. Usted suspende el medicamento y ella tiene que empezar a mejorar.** Ella no empezó a mejorar, ella pasó unos días aún desarrollando más lesiones, aún recibiendo su soporte, ¿cuándo empieza a mejorar? cuando tratan la infección urinaria, entonces retrospectivamente, yo pensaría que ni siquiera fue eso, que fue la enfermedad urinaria la que le originó. Ahora, otra situación, cuando uno genera una reacción a medicamentos, si fuera solo la carbamazepina y estuviéramos hablando de que fue por haberle dado carbamazepina, según yo leo, continúo leyendo la historia, ella, unos días después de que sale del hospital en esa hospitalización, presenta otra infección urinaria en la casa y le dan un mal

*antibiótico, le dan cefalotina y realiza la misma reacción. Y en el 2017 ella tiene un problema de dolor le dan dipirona y vuelve y la realiza con la dipirona. Entonces esto ¿qué muestra? que es una paciente con una sensibilidad a muchos medicamentos. Ahora no es únicamente la carbamazepina, no tenía que ver exclusivamente con eso.» (min. 2:03:24 y ss)*

Adicionalmente, el perito César Augusto Morales Chacón, refiriéndose concretamente a lo que es materia de debate, manifestó: «*en este caso -porque es una enfermedad que puede ponerse muy grave-, pero **en este caso pues se logró el control y se suspendió el medicamento y se dieron otro manejo en la cual no dejó ninguna secuela.** Yo le miré los brazos, le miramos la piel en general y no, ya no tenía absolutamente nada, entonces, pues la secuela es cero.» (min. 2:42:08 y ss)*

Para establecer si un procedimiento médico se ajustó a las guías y protocolos aplicables, debe establecerse la situación del paciente y el procedimiento que, conforme a la ciencia, está previsto al particular. En el asunto de marras, la condición de la paciente se encuentra con suficiencia documentada y así ha sido aceptada por los extremos de la litis, esto es, la aparición del síndrome de Stevens Johnson con ocasión a la ingesta de carbamazepina recetada durante su estadía hospitalaria.

Partiendo de esa base, se pasa a establecer cuál era el procedimiento a seguir o el tratamiento a aplicar, ante lo cual resulta relevante lo indicado por los galenos que rindieron testimonio técnico y el perito oído durante la contradicción del dictamen, en especial lo descrito por la dermatóloga Diana Yazmín Montes Escobar que fue muy explícita en indicar que no existe un procedimiento estandarizado para afrontar un padecimiento de este tipo, sin embargo, la conducta que por regla general se asume es la suspensión de medicamentos y a continuación se brinda soporte, se vigila a la paciente y se procura mantener estable su condición médica, actos estos que los galenos deponentes al unísono manifiestan que se efectuaron por el personal médico que atendió a D.A.D.B., que fueron oportunos y además salvaguardaron la vida de la paciente y garantizaron la no causación de secuelas en su humanidad.

Ahora bien, también alega la parte demandante que si bien el día 11 de febrero de 2016 aparecieron los signos indicativos de la enfermedad y que también en esa misma fecha se adoptó por el médico tratante la determinación de suspender la carbamazepina –y otros medicamentos-, pero se desatendió dicha directriz por cuanto el referido fármaco le fue suministrado con posterioridad a esa orden. Para efectos de corroborar este alegato se contrastará lo registrado en la historia clínica con lo informado en las notas de enfermería.

Revisada la historia clínica se puede establecer que la carbamazepina le fue iniciada el 30 de enero de 2016 hacia las 12:46 p.m., conforme al primer registro que se aprecia en la historia clínica<sup>32</sup>:

DATOS DEL INGRESO		FOLIO N° 27	Fecha:30/01/2016 12:46
Responsable:	LUZ ADRIANA DUQUE	Teléfono Resp:	3004270217
Dirección Resp:	EL MANANTIAL	N° Ingreso:	1385077
Finalidad Consulta:	No_Aplica	Fecha:	24/01/2016 20:05
		Causa Externa:	Enfermedad_General_Adulto

**SUBJETIVO**

IDX: CAIDA DE ALTURA APRX 3 MTS- TRM - FRACTURA DE T 7 -8 LUXADA POSTERIOR TIPO C, LATEROLISTESIS Y SECCION MEDULAR - CONSUMO PSA - VIH, VDRL HEP C NEGATIVOS. S/REFIERE PARESTESIS EN PIERNA DERECHA, TOLERA VIA ORAL, AFEBRIL.

**OBJETIVO**

APARENTE BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, ORIENTADA, SV: TA 103/64 FC 77 T:36.4 FR:18 SpO2:97% AMBIENTE, MUCOSAS HUMEDAS, TORAX SIMETRICO VENTILADO MV ADECUADA INTENSIDAD, NO SOBREGREGADOS, RSCRS NO SOPLOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS, NO DOLOR PERISTALTISMO PRESENTE, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, EXT SUP MOVILES SIMETRICAS, PULSOS DISTALES ADECUADOS, LLENADO CAPILAR < 3 SEG, NX PARAPLEJIA.

**ANALISIS**

PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, NEUROLOGICAMENTE SIN CAMBIOS. CON FRACTURA DORSAL INTOSTABLE EN ESPERA DE MAOS Y CIRUGIA. VALORADA EN RONDA DE NEUROCIROGIA DR. HERRERA INDICA CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO.

**SINTOMATICO RESPIRATORIO** NO

**PLAN**

-P/MAOS Y CIRUGIA -CSV **INICIAR CARBAMACEPINA 1 TAB CADA 12 HORAS.** -AVISAR CAMBIOS, GRACIAS.

En el mismo registro histórico<sup>33</sup>, se aprecia que el momento inicial en que se registra sintomatología asociada al síndrome de Steven Johnson es el 11 de febrero de 2016 hacia las 6:16 de la tarde, disponiéndose en ese momento:

DATOS DEL INGRESO		FOLIO N° 65	Fecha:11/02/2016 18:16
Responsable:	LUZ ADRIANA DUQUE	Teléfono Resp:	3004270217
Dirección Resp:	EL MANANTIAL	N° Ingreso:	1385077
Finalidad Consulta:	No_Aplica	Fecha:	24/01/2016 20:05
		Causa Externa:	Enfermedad_General_Adulto

**SUBJETIVO**

EVOLUCION HOSPITALIZACION NEUROCIROGIA. 11/02/2016. PACIENTE CON IDX DE POP ARTRODESIS DE LUXOFRACTURA T8-T9, LESION MEDULAR SECUNDARIA, PARAPLEJIA. REFIERE DOLOR EN LA BOCA, AMPOLLAS Y MUCHO PRURITO EN EL CUERPO.

**OBJETIVO**

PACIENTE CONCIENTE ORIENTADA AFEBRIL MUCOSAS SEMISECAS EN ACEPTABLES. CONDICIONES GENERALES, CABEZA Y CUELLO BIEN, SIN ADENOPATIAS, SIN IY, MUCOSAS ORAL CON MULTIPLES LESIONES HERPETIFORMES EN LABIOS, MUCOSA Y REGION PALATINA, EN PIEL **ALGUNAS LESIONES AISLADAS EN EXTREMIDADES Y EN ESPALDA TIPO VESICULAS Y PAPULAS.** TORAX SIMETRICO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RSCRS SIN SOPLOS, MV LIMPIO SIN AGREGADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SIN MASAS NI MEGALIAS, SIN DOLOR A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES SIN EDEMAS, PERFUSION MENOR DE 2 SEG, EXTREMIDADES MOVILES, NEUROLOGICO SIN DEFICIT NI FOCALIZACION.

**ANALISIS**

PACIENTE EN MANEJO DE SU POP, AHORA CON LESIONES EN MUCOSA ORAL DESCRITAS, DE DEBE DESCARTAR SD DE STEVENS JOHNSON. SE INDICA SUSPENDER DICLOFENACO, SUSPENDER CEFAZOLINA. INICIAR PREDNISONA, DIFENHIDRAMINA ORAL. **SS VALORACION POR MEDICINA INTERNA.**

**SINTOMATICO RESPIRATORIO** NO

**PLAN**

SUSPENDER DICLOFENACO. SUSPENDER CEFAZOLINA. MEDIDAS LOCALES PARA MANEJO DE LESIONES EN MUCOSA ORAL. INICIAR PREDNISONA Y DIFENHIDRAMINA ORAL. **RESTO CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO.** SE FORMULA PARA EL 12/02/2016. CONTROL DE SIGNOS VITALES. AVISAR CAMBIOS. GRACIAS.

Se destacan entonces las determinaciones adoptadas por el médico tratante:

- Una vez identificados los signos de alarma, se deja anotación de sospecha de aparición del síndrome.
- Se registran con detalle las lesiones observadas.
- Se dispone suspender los medicamentos que el galeno en ese momento consideró podrían estar generándole alergia, a saber: diclofenaco y cefalozina.
- Se ordena valoración por medicina interna.

Cuatro horas más tarde, en esa misma fecha, esto es, el 11 de febrero de 2016 sobre las 10:23 de la noche, en una nueva valoración médica, se dispone expresamente la suspensión de la carbamazepina

32 Historia clínica visible en documento denominado «H.C. D.A.D.B.» obrante en el enlace que reposa en el archivo 042 del cuaderno electrónico de primera instancia. Fl. 35

33 Historia clínica visible en documento denominado «H.C. D.A.D.B.» obrante en el enlace que reposa en el archivo 042 del cuaderno electrónico de primera instancia. Fl.

<b>DATOS DEL INGRESO</b>		FOLIO N° 66	Fecha: 11/02/2016 22:23
Responsable:	LUZ ADRIANA DUQUE	Teléfono Resp:	8004270217
Dirección Resp:	EL MANANTIAL	N° Ingreso:	1385077 Fecha: 24/01/2016 20:05
Finalidad Consulta:	No_Aplica	Causa Externa:	Enfermedad_General_Adulto

**SUBJETIVO**

IDX. TRAUMA RAQUIMEDULAR. POP ARTRODESIS T7 -T8

**OBJETIVO**

PACIENTE QUE MANIFIESTA "PIQUIÑA" EN EL CUERPO 12 HORAS DE EVOLUCION. AFEBRIL HIDRATADA PA 120/60 FR20 FC 100 OXIMETRIA 95%. RASH URTICARIFORME EN ABDOMEN Y EXTREMIDADES EDEMA EN LABIOS, PRURITO. CARDIOPULMONAR ESTABLE SIN DISNEA. ABDOMEN SIN DISTENSION, GLASGLOW 15 PARA PLEJIA INFERIOR.

**ANALISIS**

PACIENTE EN POP ARTRODESIS DE COLUMNA DORSAL, URTICARIA, ESTABILIDAD HEMODINAMICA Y CARDIOPULMONAR.

**SINTOMATICO RESPIRATORIO** NO

**PLAN**

DEXAMETASONA 4 MG. TRES DOSIS, ANTIHISTAMINICO. SUPENDER CARBAMAZEPINA.

**TIPO DE AISLAMIENTO**

Valoración Especializada

**ANTECEDENTES**

FECHA	TIPO	OBSERVACION
-------	------	-------------

**PLAN DE MANEJO**

	Concentracion	Cantidad	Observaciones
DEXAMETASONA 4 mg/ml SOL INY	4 MG/ML	3	1 AMP. IV. CADA 8 HORAS. TRES DOSIS Y SUSPENDER.
LORATADINA 10 mg TABLETA	10mg	2	1 CADA 12 HORAS. DURANTE 24 HORAS. REVALUAR.

**DIAGNOSTICOS**

Z988	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	Dx Principal	<input checked="" type="checkbox"/>
------	---	--------------	-------------------------------------

Con base en lo anterior, se pasan a examinar las notas de enfermería visibles en el enlace virtual del archivo 042 del cuaderno de primera instancia a efectos de establecer hasta que fecha y hora se suministró a la paciente carbamazepina. Concretamente, en las notas del 11 de febrero de 2016 (primer documento de notas de enfermería, fl. 60) se registra lo siguiente:

<b>CONTROL DE MEDICAMENTOS</b>					
Medicamento			Presentación	Concentración	
15180106031 - OMEPRAZOL 20 MG CAP			CAPSULAS	20 MG	
Hora	Responsable	Cantidad	Respuesta	Observaciones	
6:00	ANDREA VIVIANA ESTRADA BURGOS	1,00	Se_Realizo	V.O	
15180108029 - SODIO CLORURO AL 0.9 SOL INY X 100 ML BOLSA			BOLSAS	0.9%	
Hora	Responsable	Cantidad	Respuesta	Observaciones	
0:01	ANDREA VIVIANA ESTRADA BURGOS	1,00	Se_Realizo	DILUCION CMTO	
6:00	ANDREA VIVIANA ESTRADA BURGOS	1,00	Se_Realizo	DILUCION CMTO	
12:00	JACQUELINE JARAMILLO LOPEZ	1,00	Se_Realizo	DILUIR MCTO + 1 JERINGA DE 10 CC	
17:45	JACQUELINE JARAMILLO LOPEZ	1,00	Se_Realizo	DILUIR MCTO + JERINGA DE 5 CC	
15180112406 - ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0.4 ML SOL INY			AMPOLLAS	40MG/0.4ML	
Hora	Responsable	Cantidad	Respuesta	Observaciones	
8:00	MARIA HELENA RAMIREZ DUQUE	1,00	Se_Realizo	SC	
15180113729 - ACETAMINOFEN 500 mg TAB			TABLETA	500 MG TAB	
Hora	Responsable	Cantidad	Respuesta	Observaciones	
0:01	ANDREA VIVIANA ESTRADA BURGOS	2,00	Se_Realizo	V.O	
6:00	ANDREA VIVIANA ESTRADA BURGOS	1,00	Se_Realizo	V.O	
17:45	JACQUELINE JARAMILLO LOPEZ	1,00	Se_Realizo	V.O	
15180113038 - CARBAMAZEPINA 200 MG TAB			TABLETA	200 MG	

Conforme a lo anterior se desprende que en fecha 11 de febrero de 2016 se le suministraron 4 dosis del medicamento entre la media noche (previo al amanecer de ese día) hasta las 5:45 p.m. En este orden de ideas, pese a que en la ronda médica de las 6:16 p.m. no le fue suspendido el mentado fármaco y que la orden de suspensión del medicamento solo se hizo efectiva hasta las 10:23 p.m., lo cierto es que la última dosis recibida ese día fue anterior a las dos anteriores valoraciones que correspondían a aquellas que evidenciaron de forma inicial síntomas del síndrome.

Al día siguiente, se observa en las notas de enfermería devolución del medicamento carbamazepina (ibidem fl. 65 a 66):

DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS			
Nº Devolución	Estado	Nº Devolución Inv	Responsable
3215258	Confirmado	0000000927173	MARIA HELENA RAMIREZ DUQUE
Medicamento		Cantidad	Motivo
15180113043 - DAPIRONA SODICA 1 GM/2 ML SOL INY X 2 ML		8,00	Cambio de Dosis
15180113043 - DAPIRONA SODICA 1 GM/2 ML SOL INY X 2 ML		1,00	Cambio de Dosis
15180108012 - HARTMAN LACTATO RINGER SOL INY X 1000 ML BOLSA		3,00	Cambio de Dosis
15180113070 - TRAMADOL HCl 100 mg/2 ml SOL INY		4,00	Cambio de Dosis
15180113070 - TRAMADOL HCl 100 mg/2 ml SOL INY		1,00	Cambio de Dosis

Nombre reporte : HCRPRegistroEnfermería      Pagina 66/187      Usuario: 25179689  
LICENCIADO A: [HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA] NIT [800231235-7]

No Historia Clínica: 99120309737	Nombre Paciente: DAINA ANDREA DUQUE BERNAL	Ingreso: 1385077
15180113029 - ACETAMINOFEN 500 mg TAB	8,00	Cambio de Dosis
15180113038 - CARBAMAZEPINA 200 MG TAB	2,00	Cambio de Dosis
15180113038 - CARBAMAZEPINA 200 MG TAB	2,00	Cambio de Dosis
15180113038 - CARBAMAZEPINA 200 MG TAB	2,00	Cambio de Dosis
15180113038 - CARBAMAZEPINA 200 MG TAB	1,00	Cambio de Dosis
15180102032 - DIFENHIDRAMINA 10 mg/ml SOL INY	1,00	Cambio de Dosis
15180106031 - OMEPRAZOL 20 MG CAP	1,00	Cambio de Dosis
15180107079 - PREDNISONA 50 mg TAB	1,00	Cambio de Dosis
15180106031 - OMEPRAZOL 20 MG CAP	1,00	Cambio de Dosis
15180112006 - ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0.4 ML SOL INY	1,00	Cambio de Dosis

Lo cual permite colegir que efectivamente se acató la orden médica de suspensión. Se precisa que revisadas las subsiguientes notas de enfermería no se observa anotación referida al suministro de carbamazepina a la paciente D.A.D.B., es decir, la última dosis recibida fue el día 11 de febrero de 2016, momentos antes del primer avistamiento de lesiones dérmicas por parte de los galenos.

En las notas de enfermería numeradas 1, 2 y 3, correspondientes a fechas posteriores al 23 de marzo de 2016, ya se registra la anotación de «alérgica a la carbamazepina»

Conforme al análisis documental, testimonial y pericial efectuado, abstrae este Estrado Judicial que las medidas adoptadas por los galenos consistentes en la orden de suspender el medicamento corresponden al procedimiento que en efecto debía ejecutarse. Ahora bien, el hecho de que en la primera atención que se hiciera ante la aparición de lesiones dérmicas no se hubiera ordenado de inmediato la suspensión de la carbamazepina, ninguna afectación causó, toda vez que se encuentra acreditado en las notas de enfermería que la última vez que a la paciente se le suministró el referido fármaco fue media hora antes de la referida valoración médica, sin que posterior a esta o a la atención en salud de las 22:23 horas se observe registro de administración de carbamazepina.

Resulta entonces claro que no hay reproche alguno que pueda hacerse al proceder de los profesionales de la salud que brindaron atención a D.A.D.B. respecto del síndrome de Stevens Johnson, pues el mismo se ajustó a los estándares de científicos conforme al avance de la ciencia, al tiempo que la misma fue oportuna y, valga decirlo, fue efectiva, pues no solo lograron estabilizar el cuadro clínico de la paciente, sino que su diligente proceder impidió que se le

causara una mayor afectación a la paciente y garantizó que no se le produjeran secuelas asociadas directamente al mentado padecimiento.

En los anteriores términos, tampoco tiene vocación de prosperidad el segundo de los cargos formulados por el recurrente.

#### **4.2.3. Predictibilidad del síndrome de Stevens Johnson en el asunto concreto**

Se precisa que, si bien la sentencia de primera instancia no se pronunció sobre este tópico, el silencio del inferior no impide que el superior estudie y decida sobre este aspecto, máxime cuando el mismo corresponde a uno de los ejes argumentativos de la parte actora tanto en la demanda como en los alegatos de conclusión, y, ahora, replicado nuevamente en alzada.

Considera la parte actora que la carbamazepina presenta alta probabilidad de generar una reacción inmunológica severa, por lo que se debió optar por otro tipo de tratamiento para no exponer a la paciente a un riesgo innecesario, máxime, cuando en su parecer, no se obtuvieron los beneficios esperados por el uso del fármaco.

Sobre este particular el psiquiatra Julio César Gutiérrez señaló lo siguiente: *«el Steven Johnson hizo una patología muy dramática en el sentido que se expresa rápido y es muy evidente porque es en toda la piel y en ese momento no presentaba -el día 9 mi primera evaluación, un día después de que ingreso la paciente- esta sintomatología»* (min. 1:44:34)

Sobre la frecuencia en cuanto a su ocurrencia indicó que: *«es una reacción muy poco frecuente, es tan dramática, es tan evidente que cualquier persona o cualquier médico discúlpeme, aún una enfermera en su pregrado, debe saberla diagnosticar»* (min. 1:45:00 y ss)

Más adelante reiteró: *«la Stevens Johnson es una patología muy poco frecuente pero muy muy compleja en su tratamiento, por lo cual necesita unidad de cuidados intensivos. Como la paciente está expuesta por lesiones en su piel, es mejor no exponerse a que hayan algún otro tipo de infecciones, por lo tanto, la evalué posteriormente en la unidad de cuidados intensivos.»* (min. 1:47:46 y ss)

Sobre las previsiones que se deben adoptar con personas con antecedentes de consumo de sustancias psicotrópicas expuso: *«No señor, no existen en el momento sino todos estos medicamentos, por lo tanto, se debe hacer un*

*seguimiento y todo lo demás, puede haber sido a cualquier tipo de medicamentos, por lo tanto, en riesgo-beneficio siempre se ve cómo se debe actuar para que la persona no reaccione en ese sentido. Además, **no significa que evidentemente le vaya a dar en el ciento por ciento; hay unas frecuencias esperadas que se da con el consumo de algunas sustancias más que no otras**, es más, a esta persona le ha dado reacciones alérgicas posterior a otra cantidad de medicamento, por lo tanto, no se tiene todavía científicamente un esquema para decir cuáles están en riesgos o no.» (min. 1:52:00)*

Por su parte, la Doctora Diana Yazmín Montes Escobar, dermatóloga de la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, frente a la frecuencia en que se presenta la plurimencionada afección en salud, refirió: *«el síndrome de Steven Johnson es una condición que es muy infrecuente, o sea, eso es algo que raramente sucede»* (min. 2:01:03 y ss)

Más adelante señaló: *«[el síndrome de Stevens Johnson] no tiene unos factores con los cuales uno pueda predecir que se va a presentar, simplemente ocurre y no solamente ocurre con los medicamentos, ocurre con muchos tipos de medicamentos, no solo con la carbamazepina, ocurre con los antiinflamatorios, es muy frecuente ocurre con los medicamentos anticonvulsivantes y realmente eso puede ser producido por cualquier medicamento. Entonces no hay una forma en la que uno pueda ver un paciente y saber que ese va a desarrollar el síndrome. También se puede producir por otras causas, por bacterias, se puede producir por medicamentos naturales o por sustancias que vengan de origen natural incluido los estupefacientes, incluido cualquier tipo de narcótico o de droga que usted consuma. Puede también ser producto de sustancias químicas. Puede ser producto de y de infecciones básicamente; entonces, pues cuando ellos ven el paciente, que se producen las lesiones; o sea, entiendo por historia clínica y pues también es muy fácil ver retrospectivamente los hechos, no como cuando uno está ahí sentado enfrente al paciente, pero por lo que entiendo de historia clínica, la paciente había sido llevada a cirugía para estabilizarle una fractura y eso era necesario porque si no ella no iba siquiera poder sentarse, iba a quedar acostada para el resto de la vida, no, si bien ahí es muy claro también que no se esperaba de esa cirugía que ella tuviera una recuperación en cuanto a su actividad mecánica de locomoción, pues al movimiento de los pies ni mucho menos, era básicamente como mejorar sus posteriores condiciones.»* (min. 2:01:12 y ss.)

La profesional de la Salud complementó lo dicho explicando: *«las infecciones de cualquier origen pueden producir un síndrome de Stevens Johnson, es más, las vacunas pueden producir un síndrome de Stevens Johnson y lo vamos a ver*

*ahora cuando estén vacunando toda la población. ¿Entonces, qué es lo que sucede? Que la incidencia del síndrome es muy baja, **es de cuatro en 1.000.000 de habitantes**. ¿Y eso qué quiere decir? que si vacunáramos a toda la población colombiana, a 160 les daría Stevens Johnson. Sí, y como el riesgo, supongamos ahora que estamos hablando de COVID, como el riesgo de la situación es mayor al beneficio, entonces en medicina impera una máxima que usted por miedo no puede dejar de ofrecerle los recursos que un paciente necesita, usted los tiene que brindar y después tiene que manejar lo que sea que suceda (...) usted me 50 y me pregunta, ¿era esperado? No, porque resulta que es que a uno la primera vez que consume algo no hay respuesta inmunológica, porque el organismo necesita coger ese, lo que sea que llega el agente externo, necesita conocerlo, necesita empezar a desarrollar sus defensas y es eso lo que genera la reacción inmunológica, las defensas y todo lo que se genera. Ella recibe la carbamazepina y casi que inmediatamente al día siguiente empieza a presentar las lesiones» (min. 2:09:49)*

Indicó la dermatóloga que en sus 15 años de ejercicio como profesional especializada, solo ha conocido dos casos de Stevens Johnson, uno de una paciente que lamentablemente falleció y el de D.A.D.B.

Contrario a lo considerado por la parte demandante, los galenos que rindieron declaración son contestes en explicar que en general el síndrome de Stevens Johnson es muy poco frecuente, indicando la profesional de la dermatología que se presenta a razón de 4 pacientes por millón.

Las conclusiones de los galenos no son infundadas, contrario a ello, observa este Cuerpo Colegiado que una consulta de artículos científicos permite llegar al mismo entendimiento.

Así, en el contexto nacional, en el repositorio multidisciplinario de artículos científicos Scielo reposa artículo científico visible denominado «*Reacciones medicamentosas severas Síndrome Stevens Johnson y síndrome DRESS*»<sup>34</sup> (ISSN 0120-2448) en el que los autores coinciden en que en efecto la carbamazepina -así como muchos otros medicamentos- se encuentra asociada al síndrome de Stevens Johnson, pero al mismo tiempo indican que «*[e]s una enfermedad rara, incidencia global de **dos casos por millón de habitantes**, con un impacto social significativo debido una tasa de mortalidad de 20-25%*,

---

34 TORRES, Mauricio and OLMOS, Edgar. Reacciones medicamentosas severas Síndrome Stevens Johnson y síndrome DRESS. *Acta Med Colomb* [online]. 2013, vol.38, n.2 [cited 2024-07-26], pp.76-82. Available from: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-24482013000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482013000200008&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 0120-2448.

*incapacidad prolongada y rechazo por parte de los sobrevivientes al uso de medicamentos» (resaltado de la Sala)*

En similar sentido en la misma biblioteca indexada virtual se observa artículo de doctrinantes españoles Melloni Magnelli, L., Padrón Flores, A. E., Larrazábal Aguerrevere, L.I. y Sony Avendaño, B. N., en su estudio denominado «*Necrólisis epidérmica tóxica inducida por fármacos. Caso clínico*»<sup>35</sup>, en el que arriban al entendimiento de que la carbamazepina -junto con otros tantos medicamentos- es uno de los anticonvulsivantes implicados en el Síndrome de Stevens-Johnson y Necrólisis Epidérmica Tóxica, pero al mismo tiempo informan que «[s]u distribución es mundial, afectando a todas las razas, edades y a ambos sexos. **El riesgo anual es de 1 a 6 casos por millón de habitantes para el SSJ [Síndrome de Stevens-Johnson] y de 0,4 a 2 casos por millón para la NET [Necrólisis Epidérmica Tóxica]. La mortalidad puede llegar a ser del 40 % en SSJ y del 70% en los casos de NET**» (negritas de la Sala). Se destaca de este estudio que en el mismo se hace una relación de medicamentos posiblemente asociados al SSJ, dentro de los cuales se observan enlistados medicamentos de uso tan común, frecuente y de fácil obtención sin orden médica como el acetaminofén, la aspirina y el ibuprofeno:

**Tabla I.** Fármacos implicados en el Síndrome de Stevens-Johnson y Necrolisis Epidérmica Tóxica

AINE	Aceclofenac, acetaminofeno, aspirina, diclofenac, diflunisal, etodolac, fenilbutazona, fenoprofeno, feprazona, ibuprofeno, indometacina, ketoprofeno, ketorolac, meclofenamato, morniflumato, nabumetona, naproxeno, acido niflumico, oxaprozina, oxipirazona, piroxicam, proglumetacina, sulindac, tolmetin.
ANTAGONISTAS DE METALES PESADOS	Aminopenicilinas
ANTIBIOTICOS	Amoxicilina, anfotericina B, ampicilina, aztreonam, carbenicilina, cefixima, cefotaxima, cefotetan, ceftaxitin, ceftazidima, ceftibuteno, ceftizoxima, cefuroxima, cefalexina, cefalotina, cefradina, clindamicina, dapsona, demeclociclina, dicloxacilina, doxiciclina, eritromicina, fluconazol, flucitocina, griseofulvina, itraconazol, lincomicina, loracarbef, meropenem, mezlocilina, minociclina, nafcilina, norfloxacin, ofloxacin, oxacilina, penicilina G, penicilina V, piperacilina, pirimetamina, rifampicina, sulfadiazina, sulfametoxazol, sulfasalazina, sulfisoxazol, terbinafina, tetraciclina, ticarcilina, trimetoprima.
ANTICONVULSIVANTES	Carbamazepina, etotoina, etosuximida, felbamato, lamotrigina, metosuximida, fenobarbital, fenitoina, lamotrigina, metosuximida, primidona, oxcarbazepina.
ANTINEOPLASICOS	Clorambucilo, ciclofosfamida, matotrexato, mitomicina, paclitaxel, anastrozol, docetaxel.
ANTIVIRALES	Aciclovir, zidovudina, indinavir.
BARBITURICOS	Amobarbital, mefobarbital, pentobarbital, secobarbital.
DIURETICOS	Amilorida, meticlotiazida, metolazona.
DROGAS CARDIOVASCULARES	Amiodarona, atenolol, benazepril, bisoprolol, bumetanida, captopril, digoxina, diltiazem, enalapril, fluvastatina, fosinopril, hidralazina, lovastatina, minoxidil, nifedipina, pravastatina, propanolol, ramipril, verapamilo.
OTROS	Allopurinol, Amifostina, Topiramato, Valdecocixib, Vacuna Rec Hep B

Otro referente lo encontramos en la doctrina médica Argentina en el artículo científico denominado «*Asociación entre el síndrome de Stevens-Johnson y el uso de carbamazepina*» (ISSN 1851-2658), en el cual, si bien se asocia nuevamente la carbamazepina con el diagnóstico de síndrome de Stevens-

35 Melloni Magnelli, L., Padrón Flores, A. E., Larrazábal Aguerrevere, L.I. y Sony Avendaño, B. N. *Necrólisis epidérmica tóxica inducida por fármacos. Caso clínico*. CIRUGÍA PLÁSTICA IBERO-LATINOAMERICANA Vol. 34 - Nº 4 Octubre - Noviembre - Diciembre 2008 / Pag. 305-312

Johnson, se aclara que *«Hay de 1 a 7 y de 0,4 a 1,5 casos por millón de personas por año para el SSJ y la NET, respectivamente, con una incidencia aproximadamente igual entre niños y niñas»*

No desconoce este tribunal que en efecto el medicamento sí tiene la capacidad de desencadenar un síndrome de Stevens Johnson y que los médicos que trataron a D.A.D.B. pudieron haber tenido conocimiento de ello, pero, debe tenerse en cuenta su baja frecuencia de afectación y que no es solo dicho medicamento el que puede producir dicha reacción hipersensible, sino que también muchos otros y tan comunes como el acetaminofén, por lo que independientemente de la condición de politoxicómana de la paciente, no era posible prever en el presente asunto la reacción adversa que en efecto se produjo. Lo que sí era exigible al centro de salud era brindar una atención idónea y oportuna al momento de verificarse una alteración, lo cual se hizo, por lo que no es dable bajo el argumento planteado en el recurso, imputar responsabilidad alguna a la demandada.

#### **4.2.4. Politoxicomanía como factor que hace que la paciente sea proclive al síndrome de Stevens Johnson**

Se precisa que, si bien la sentencia de primera instancia no se pronunció sobre este tópico, el silencio del inferior no impide que el superior estudie y decida sobre este aspecto, máxime cuando el mismo corresponde a uno de los ejes argumentativos de la parte actora tanto en los alegatos de conclusión como ahora replicado nuevamente en alzada.

Refiere el recurrente que, si el consumo de sustancias estupefacientes por parte de D.A.D.B. desde temprana edad –12 años- la hacía en mayor medida proclive a reacciones adversas frente a medicamento, ello debió tomarse en consideración al momento de recetarle fármacos.

En lo que atañe a este ítem, el psiquiatra Julio César Gutiérrez Segura, desde su conocimiento científico, se refirió indicando *«máxime en una mujer que ya llevaba 7 años expuesta a sustancias psicoactivas de diferente índole, desde los 12 años que eso hace que su sistema inmunológico responda de una forma aberrante, extraña, por lo tanto, no se sabe cómo va a pasar. Generalmente, los pacientes con consumo de sustancias psicoactivas tienen daño en todo su cuerpo y uno de ellos es el sistema dérmico y el sistema inmunológico. No se sabe qué es lo que consume ahí. Además de la sustancia activa, hay sustancias alergénicas que van a hacer que este sistema inmunológico esté tan alterado que cualquier sustancia posteriormente pueda*

*producir reacciones alérgicas de leves hasta severas, como un Stevens Johnson a cualquier medicamento. Por lo tanto, cuando se presentó se retiró en los medicamentos psiquiátricos que podrían esperar un momento, porque se podrían esperar mientras se mejora la situación. Posteriormente, cuando egresó de cuidados intensivos, se reinició el tratamiento psicoterapéutico y se reinició su medicamento, con el que debería haber seguido durante cierto tiempo para sus síntomas depresivos y síntomas de abstinencia, posiblemente del consumo sustancias psicoactivas» (min. 1:40:53 y ss)*

Más adelante explicó: «Al salir de cuidados intensivos, lo que significa es que la paciente ha mejorado todas sus variables biológicas con respecto a este Stevens Johnson y por lo tanto, se inició el tratamiento psicoterapéutico y el tratamiento farmacológico, haciendo la salvedad que se le inicie lentamente, porque esta **es una mujer que había tenido unas reacciones inmunológicas severas que no sabemos a qué, que desde los 12 años está expuesta a muchas sustancias alergénicas, específicamente sustancias psicoactivas, por lo tanto su sistema inmunológico no sabemos cómo estaba funcionando antes y en ese momento**, por lo tanto, si fuera una persona que no hubiese consumido sustancias y no tuvieran reacciones alérgicas, se le iniciaría más rápido, pero a ella se lo inicie lentamente día intermedio sin ninguna complicación posteriormente.» (min. 1:48:39)

También explicó: «Realmente el sistema inmunológico es una situación que hasta ahora se está estudiando, cada día se encuentra más, pero **el hecho de exponernos a alérgenos, o sea a sustancias que están fuera del ambiente y que no los conocemos como tal, entre edades más jóvenes, en donde el sistema inmunológico todavía se está desarrollando, va a producir reacciones alérgicas que va a producir con más proclividad reacciones alérgicas que van desde leves hasta severas tipo Stevens Johnson, porque su sistema inmunológico no reconoce fácilmente estas identifica estas estas sustancias que sean extrañas o que no sean extrañas para su cuerpo. Entonces el hecho de consumir sustancias, el hecho de que estas sustancias además tienes, basura, por así decirlo, contaminantes que no lo conocemos porque eso los hacen, los preparan en casa, son preparaciones no industriales, pues hace que el sistema inmunológico esté más alterado en este tipo de personas y entre más joven, pues obviamente con mayor frecuencia» (min. 1:50:53 y ss)**

Sobre las previsiones que se deben adoptar con personas con antecedentes de consumo de sustancias psicotrópicas expuso: «No señor, **no existen en el momento sino todos estos medicamentos, por lo tanto, se debe hacer un**

***seguimiento y todo lo demás, puede haber sido a cualquier tipo de medicamentos, por lo tanto, en riesgo-beneficio siempre se ve cómo se debe actuar para que la persona no reaccione en ese sentido. Además, no significa que evidentemente le vaya dar en el ciento por ciento; hay unas frecuencias esperadas que se da con el consumo de algunas sustancias más que no otras, es más, a esta persona le ha dado reacciones alérgicas posterior a otra cantidad de medicamento, por lo tanto, no se tiene todavía científicamente un esquema para decir cuáles están en riesgos o no.»*** (min. 1:52:00)

La Doctora Diana Yazmín Montes Escobar, dermatóloga de la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, explicó «*¿Eso qué quiere decir? Que ella ya tenía una sensibilización, que de alguna manera había estado expuesta a ese tipo de drogas ¿Cómo pudo haberse expuesto? Pues uno pensaría que las personas que consumen psicoactivos y más los jóvenes, consumen mucha variedad de drogas consumen todo lo que tenga un efecto neurológico, consumen diazepam, consumen carbamazepina, consumen cualquier cantidad de efectos que consigan de medicamentos de farmacia. Entonces, es posible que ella haya tenido una exposición previa y por eso reaccionó tan rápidamente, uno espera la reacción, pero no la espera en el inmediato, como ella la realizó, prácticamente en el inmediato y además, porque ese tipo de drogas están preparadas con cualquier sustancia que se encuentran en una cocina, eso tiene polvo de ladrillo, tiene cualquier cantidad de talco, cal, entonces, eso puede generar una sensibilización a muchas cosas. La prueba de eso es que ella sigue presentando sensibilidad a otros medicamentos, a antibióticos, a analgésicos (...)* ***La medicina no describe esas interacciones cruzadas, sí describe que eso es específico de clase, entonces el hecho de que ella haya presentado varias en el tiempo tiene que ver, que demostrar eso, que ella tiene una sensibilización previa y habría que buscar y establecer una causa. Recibió el tratamiento adecuado, tuvo una respuesta adecuada.***» (min. 2:13:40 y ss)

El consumo de alucinógenos por parte de D.A.D.B. desde temprana edad –desde los 12 años- está con suficiencia documentado y no fue objeto de controversia por las partes.

Adicional a ello, también es cierto que, como lo refieren al unísono los citados profesionales de la salud en sus testimonios técnicos, el consumo de psicoactivos favorece las reacciones inmunológicas, no solo a la carbamazepina, sino a cualquier medicamento, más aún en casos como el que es objeto de estudio en el que la paciente inició el consumo desde temprana edad, encontrándose aún en desarrollo su sistema inmunológico.

Ahora bien, el hecho de que los médicos tratantes hubiesen tenido conocimiento de estas dos circunstancias, en nada influye en la decisión de recetar o no la carbamazepina, por cuanto, el porcentaje de pacientes en los que dicho fármaco puede producir alergia es sumamente bajo, no se tenía antecedente clínico en el caso concreto de agentes alergénicos anteriores frente a los cuales la paciente presentara reacciones inmunológicas inusuales y tampoco era previsible, por lo que el manejo no consistía en restringir el abanico farmacológico o de tratamientos aplicables, sino que el procedimiento correspondía en brindar la atención en salud con normalidad, y ante la evidencia de reacciones adversas, tomar medidas de contingencia, lo cual efectivamente se hizo.

A lo anterior se suma que no puede trasladarse al personal médico la responsabilidad por los riesgos derivados de la desatención al deber de autocuidado, cuando ha sido la misma paciente quien se ha expuesto al riesgo y lo han asumido. A los galenos solo les resta brindar la atención debida y oportuna, por lo que, al no estar expresamente prohibido o contraindicado el uso de la carbamazepina en pacientes con antecedentes de consumo de estupefacientes, nada impedía su suministro, máxime cuando ello corresponde al tratamiento estándar para la dolencia que presentaba.

El deber de autocuidado ha sido definido en el ámbito de la salud como «*el proceso por el que una persona llega a poner en práctica, de manera eficaz, conductas de promoción de la salud, de identificación y prevención de la enfermedad y tratamientos que se corresponden con los propios del nivel primario de salud*»<sup>36</sup>, haciendo al paciente partícipe activo en la prevención y atención oportuna de afecciones a su salud.

La corresponsabilidad en materia de salud está definida en el numeral 3.17 artículo 3 de la Ley 1438 de 2011 en los siguientes términos:

*«ARTÍCULO 3o. PRINCIPIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Modifícase el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto: "Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud: (...)*

*3.17 Corresponsabilidad. Toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos el Sistema General de Seguridad Social en Salud y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Las instituciones públicas y privadas promoverán la apropiación y el cumplimiento de este principio.»*

---

36 12. Levin LS. The lay person as the primary care practitioner. Public Health Rep. 1976; 91 (3): 206-210. Cfr. Felipe M, Nieves M de las. Variables predictoras de las conductas de autocuidado en las personas con diabetes tipo 2. 2014 [citado 21 de junio de 2020]; Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/40754>

En consonancia con ello, la Resolución 4343 del 19 de diciembre de 2012 «*Por medio de la cual se unifica la regulación respecto de los lineamientos de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la Carta de Desempeño de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones*», proferida por el Ministerio de Salud y de la Protección Social en su artículo 4, numeral 4.3. incluyó como deber del afiliado y del paciente el autocuidado en los siguientes términos:

*«Artículo 4. Contenido mínimo de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente. La carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente deberá contener, como mínimo, la siguiente información:*

*(...)*

*4.3. Capítulo de deberes.*

*Son deberes del afiliado y del paciente, los siguientes:*

- Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad.*
- Atender oportunamente las recomendaciones formuladas por el personal de salud y las recibidas en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.»*

Con posterioridad la Ley Estatutaria 1751 de 2015 reafirmó el mentado deber al plasmar en su artículo 10:

*«ARTÍCULO 10. DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS, RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD. Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud:*

*(...)*

*Son deberes de las personas relacionados con el servicio de salud, los siguientes:*

- a) Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad;*
- b) Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención;»*

En este orden de ideas, la politoxicomanía no era impedimento para el suministro de carbamazepina a la paciente, por lo que el hecho de que los galenos conocieran dicho antecedente no influía en la determinación médica que se debía tomar, ni imponía *prima facie* considerar tratamientos alternos, por lo que en este caso el acaecimiento del síndrome de Stevens Johnson más que asociarse a un procedimiento médico, tiene su génesis en el incumplimiento del deber de cuidado en salud en cabeza de la paciente.

Conforme a lo expuesto, tampoco prospera el referido argumento de apelación.

#### **4.2.5. Exigibilidad del consentimiento informado en el asunto de marras**

Se precisa que, si bien la sentencia de primera instancia no se pronunció sobre este tópico, el silencio del inferior no impide que el superior estudie y decida sobre este aspecto, máxime cuando el mismo corresponde a uno de los ejes

argumentativos de la parte actora tanto en la demanda como en los alegatos de conclusión, y, ahora, replicado nuevamente en alzada.

Huelga recordar que el artículo 15 de la Ley 23 de 1981 estipula:

*«ARTÍCULO 15. El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.»*

No obstante, ello no significa que en todos los procedimientos, recetas médicas o tratamientos deba de ilustrarse al paciente con detalle de los pormenores del mismo y suscribirse un consentimiento informado. Al respecto la Sección Tercera Subsección B del Consejo de Estado en sentencia reciente del 30 de noviembre de 2023<sup>37</sup>, ha explicado los eventos en los que el mismo es exigible:

*«23.1.- Las complicaciones indispensables que deben advertirse al paciente **son aquellas que resulten previsibles y que sean relevantes para que este adopte la decisión de someterse a la intervención**. Si este era un riesgo previsible porque se presentaba en una proporción considerable al practicar tal intervención, el mismo ha debido ser advertido señalándole si existían procedimientos alternativos e indicándole cuáles eran las consecuencias de no someterse a dicho riesgo. La obligación de conocer al paciente de lo que va a hacerle para que consienta la intervención fue incumplida: no se le dijo que esto podía pasar y no se le explicó por qué había pasado.*

*23.2.- En relación con la finalidad del consentimiento informado la doctrina ha señalado que el mismo busca que el paciente “**acepte correr los riesgos inherentes al acto médico**”<sup>38</sup>, lo que implica conocer los mismos, a fin de “**comparar las ventajas, los costos y los riesgos inherentes al acto médico, no sólo en caso de que acepte ser tratados, sino también en caso de que rechace el acto médico**”<sup>39</sup>.*

*23.3.- En cuanto a los riesgos que deben ser informados, la doctrina indica que “**sin duda se debe advertir el riesgo previsible y grave**”<sup>40</sup>, el cual corresponde a aquel que “**comporta pesadas consecuencias corporales o estéticas**”<sup>41</sup>.»*

No puede pretenderse llegar al extremo pretendido por la parte actora en el sentido de exigir que en toda receta médica, tratamiento o procedimiento medie la elaboración de un acta que contenga el consentimiento informado, máxime las rigurosas exigencias que actualmente acarrea este acto, puesto que ello no solo correspondería a una exigencia desmesurada en casos que tengan riesgo imprevisible y de baja capacidad de afectación, sino que también entorpecería la prestación del servicio de salud, en especial en servicios de hospitalización que

---

37 CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN B Magistrado ponente: MARTÍN BERMÚDEZ MUÑOZ Bogotá D.C., treinta (30) de noviembre de dos mil veintitrés (2023) Referencia: Reparación directa Radicación: 41001233100020070009901 (60508)

38 Tamayo Jaramillo Javier, el consentimiento informado del paciente, editorial Legis 2021 p.9

39 Ibidem

40 Ibd. P. 38

41 Ibd.

requieren de una dinámica fluida, rápida y muchas veces de toma de decisiones urgentes.

En efecto, en el cartulario no reposa prueba alguna que permita inferir que a la paciente D.A.D.B. se le tomó consentimiento informado, al tiempo que la entidad demandada en su contestación no ha negado esta supuesta omisión, contrario a ello, ha indicado que no lo hizo porque no lo consideró necesario, afirmación esta que esta Magistratura comparte, pues en efecto, como quedó acreditado en el acápite 4.2.3., el riesgo que se materializó era imprevisible dada la baja cantidad de eventos en que se presenta –entre 2 y 6 por millón- y si bien su mortalidad se ubica entre el 20% y el 40%, sería solo el 40% de ese 0,0006% de probabilidades de que el caso se presente, es decir, la probabilidad de fallecimiento por desarrollar síndrome de Stevens Johnson por ingesta de carbamazepina sería del 0,00024%, lo que descarta de plano la posibilidad de catalogar como previsible, relevante o *grave* el supuesto riesgo al que se expuso a la paciente, por lo que sin mayores elucubraciones, es aritméticamente posible inferir la falta de vocación de prosperidad del último de los argumentos de imputación formulados por la parte actora.

#### **4.2.6. Conclusión**

Comoquiera que ninguno de los cinco ejes centrales de la apelación contiene elementos de juicio que afecten el sentido de la decisión de primera instancia, la misma será confirmada, con fundamento en las razones expuestas en esta providencia.

Adicionalmente, al advertirse desde ahora la falta de vocación de prosperidad de las pretensiones, resulta inane pronunciarse frente a los argumentos defensivos de la entidad demandada y de las llamadas en garantía, así como, también es innecesario pronunciarse frente a la relación contractual entre la demandada y las llamadas.

### **5. COSTAS**

Sea lo primero indicar que en primera instancia no hubo condena en costas y tal aspecto no fue apelado.

Además, no se condenará en costas a la parte vencida, de conformidad con las previsiones contenidas en el artículo 365 del Código General del Proceso, aplicable por remisión a las normas procedimentales civiles, contenida en el

artículo 188 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, por cuanto no se encuentran acreditadas las mismas, acorde con la posición que ha asumido el Consejo de Estado que, luego de señalar el criterio objetivo- valorativo para la imposición de costas (Consejo de Estado, Sección Segunda, Subsección A, sentencia del 7 de abril de 2016, radicación número: 13001-23-33-000-2013-00022-01(1291-14 Actor: José Francisco Guerrero Bardi), en la que se indicó que: «...*en esta oportunidad la Subsección A varía aquella posición y acoge el criterio objetivo para la imposición de costas (incluidas las agencias en derecho) al concluir que no se debe evaluar la conducta de las partes (temeridad o mala fe). Se deben valorar aspectos objetivos respecto de la causación de las costas, tal como lo prevé el Código General del Proceso, con el fin de darle plena aplicación a su artículo 365*», ha proferido sin número de sentencias sin condena en costas, al considerar que no se encuentra demostrada su causación.

En efecto, la Ley 1564 de 2012 (Código General del Proceso), dispone en el artículo 365,8 que: «*Solo habrá lugar a costas cuando en el expediente aparezca que se causaron y en la medida de su comprobación*»; una vez revisado el expediente, se advierte que no existen elementos de prueba que demuestren o justifiquen las erogaciones por concepto de costas en esta instancia, como tampoco se evidencia conducta que amerite la condena por ese concepto, razonamientos estos que son trasunto de los que las diferentes secciones de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado han señalado en punto a costas, como quedó referido, en las cuales la regla general ha sido la negativa a la condena por tal concepto. En consecuencia, al no existir fundamento para su imposición, la Sala concluye que no es procedente la condena en costas en el *sub lite*.

6. Finalmente, en primera instancia se deberá proceder a la anonimización conforme los postulados de sentencia SU-355 de 2022 de la H Corte Constitucional y Circular PCSJC23-1 del 12 de enero de 2023 proferida por el Consejo Superior de la Judicatura, en los respectivos documentos consultables en el sistema SAMAI, por tratarse de datos en los que se involucra menor de edad y restringir el acceso al expediente electrónico solo a las partes en los términos del artículo 123 del Código General del Proceso.

En mérito de lo expuesto, el Tribunal de lo Contencioso Administrativo de Risaralda, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

## **VII. FALLA**

- 1. CONFÍRMASE** la sentencia proferida en este proceso el 30 de junio de 2022 por el Juzgado Primero Administrativo de Pereira, de conformidad con lo razonado en precedencia.
- 2.** Sin costas en esta instancia, por lo considerado
- 3.** Ejecutoriada esta providencia, devuélvase el expediente al juzgado de origen.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,**

**JUAN CARLOS HINCAPIÉ MEJÍA  
MAGISTRADO**

**ANDRÉS MEDINA PINEDA  
MAGISTRADO**

**LEONARDO RODRÍGUEZ ARANGO  
MAGISTRADO**

«Este documento fue firmado electrónicamente. Usted puede consultar la providencia oficial con el número de radicación en <https://samairj.consejodeestado.gov.co>»