

## JUZGADO TERCERO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO



Rama Judicial  
Consejo Superior de la Judicatura  
República de Colombia

Radicación: 66001-33-33-003-2019-00311-00  
Medio de control: Reparación directa  
Demandante: MARÍA SONIA GIL VALENCIA y otros

Pereira, cuatro (4) de febrero de dos mil veinticinco (2025)

Se dicta sentencia de primera instancia dentro del proceso de reparación directa adelantado por los señores MARÍA SONIA GIL VALENCIA y otros, en contra de la Empresa Social del Estado HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS.

### 1. HECHOS

1.1. La señora MARÍA LUCÍA GIL VALENCIA presentó fuertes dolores de cabeza que la llevaron a consultar, aproximadamente, en diez ocasiones en tres meses en el HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS.

1.2. A pesar de sus múltiples visitas, sólo se le prescribió Acetaminofén, sin ninguna valoración adicional, ni consideración de un posible cuadro clínico grave.

1.3. La paciente tenía antecedentes familiares de cáncer y síntomas respiratorios repetitivos, pero nunca se le ordenó una tomografía computarizada de tórax ni otros exámenes relevantes.

1.4. La señora GIL VALENCIA estaba afectada por un tumor de crecimiento lento, con síntomas de dolores de cabeza intensos y vómitos recurrentes, pero no recibió el diagnóstico ni la atención médica adecuados.

1.5. El servicio deficiente causó un grave deterioro en la calidad de vida de la paciente y, finalmente, falleció el 20 de julio de 2017.

1.6. La muerte de la señora GIL VALENCIA afectó a sus hermanos y sobrinos, con quienes mantenía una relación estrecha.

## 2. PRETENSIONES

2.1. Declarar a la Empresa Social del Estado HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS, administrativa y patrimonialmente responsable de los daños causados por la negligencia y falta de diligencia y pericia en la atención brindada a la señora MARÍA LUCÍA GIL VALENCIA, que la privó de la oportunidad de recibir un tratamiento que podría haber prolongado o mejorado su vida.

2.2. Como consecuencia de la anterior declaración, condenar a la demandada a pagar la suma de cien salarios mínimos legales mensuales vigentes para cada uno de los señores MARÍA SONIA GIL VALENCIA (hermana), ANCÍZAR DE JESÚS GIL VALENCIA (hermano), MARÍA TERESA GIL VALENCIA (hermana), GUSTAVO DE JESÚS GIL VALENCIA (hermano), FABIÁN DE JESÚS GIL VALENCIA (hermano), MARÍA ELENA GIL VALENCIA (hermana), ELIANA RAMÍREZ GIL (sobrina), HECTOR MANUEL RAMÍREZ GIL (sobrino) y DIEGO ARMANDO RAMÍREZ GIL (sobrino), por concepto de daños morales.

## 3. INTERVENCIÓN DE LA DEMANDADA Y LAS LLAMADAS EN GARANTÍA

3.1. La Empresa Social del Estado HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS<sup>1</sup>, se pronuncia sobre cada uno de los hechos y se opone a la prosperidad de la condena.

Afirma que no existió falla en el servicio médico, ya que cada consulta de la señora MARÍA LUCÍA GIL VALENCIA fue atendida de manera oportuna y conforme a las guías médicas, considerando las diversas dolencias reportadas, como infecciones, cefaleas y lumbalgias. Sostiene que se le brindaron tratamientos apropiados y seguimiento, no sólo Acetaminofén como afirman los demandantes.

La señora GIL VALENCIA presentaba condiciones de salud preexistentes y problemas de adherencia al tratamiento, lo cual complicaba su estado general. En la última valoración, se remitió a un nivel de atención superior, de acuerdo con los protocolos debido a síntomas de desorientación y debilidad reportados por el acompañante.

---

<sup>1</sup> Archivo 9 del expediente.

No existe un nexo causal claro entre el supuesto daño y la atención recibida, ni culpa médica. Es indiscutible la ausencia de relación de causalidad, dado que no hay evidencia de que la atención prestada haya influido en el desenlace; más bien, concurren causas que exoneran de responsabilidad como: fuerza mayor, el hecho de un tercero y culpa exclusiva de la paciente.

En al régimen de falla probada, los demandantes deben demostrar la falla en el servicio, el daño y el nexo causal. Para ello, debe probar que hubo incumplimiento de la obligación médica y que esto causó el daño, lo que no ocurre en este caso.

Propone como excepciones de inexistencia o falta de configuración de falla del servicio o ausencia de responsabilidad administrativa, inexistencia del nexo causal entre el acto médico y el daño, falta de legitimación en la causa por pasiva y valoración exagerada de los perjuicios.

3.2. ALLIANZ SEGUROS S.A.<sup>2</sup> responde a cada uno de los hechos y se opone a las pretensiones, argumentando que la atención prestada a la señora MARÍA LUCÍA GIL VALENCIA fue adecuada a la normativa y los conocimientos científicos vigentes. No se advierte ninguna falla en el servicio que pudiera comprometer la responsabilidad de la Empresa Social del Estado HOSPITAL SANTA MÓNICA ni de la llamada en garantía.

Bajo el régimen de falla probada del servicio, les incumbe a los demandantes demostrar la existencia de una falla en la atención, pero en este caso no se han presentado pruebas suficientes que demuestren algún incumplimiento o deficiencia en la atención brindada.

No procede una indemnización por perjuicios morales o lucro cesante, ya que no se demuestra un nexo causal directo entre la atención médica y el presunto perjuicio. Además, los montos reclamados son excesivos y carecen de soporte, conforme a la jurisprudencia, cualquier cuantificación de perjuicios debería ser proporcional al vínculo afectivo.

---

<sup>2</sup> Archivo 15 del expediente.

Propone como excepciones contra la demanda, además de las planteadas por la Empresa Social del Estado HOSPITAL SANTA MÓNICA, las denominadas imposibilidad de los demandantes para acreditar la supuesta falla del servicio, reiteración de la jurisprudencia del Consejo de Estado y la Corte Constitucional respecto a la falla probada del servicio, falta de acreditación de la falla del servicio como título jurídico de imputación, la obligación del servicio médico es de medio y no de resultado y la conducta asumida por el HOSPITAL SANTA MÓNICA y por los funcionarios de salud fue diligente, idónea y oportuna.

Frente al llamamiento en garantía, propone las excepciones denominada inexistencia de cobertura. En este caso particular debido a:

- Límites temporales y exclusiones: Las pólizas de responsabilidad civil profesional N° 022069937/0 y N° 022252360/0 tienen límites de cobertura temporal y exclusiones que, según la llamada en garantía, excluyen su obligación indemnizatoria.

- Condiciones del Contrato de Seguro: Los límites de responsabilidad, deducibles y demás condiciones pactadas en las pólizas establecen las obligaciones y restricciones aplicables y el deducible que son de obligatorio cumplimiento.

3.3. MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A<sup>3</sup>, se pronuncia sobre los hechos y se opone a las pretensiones, argumentando que no existe evidencia de una falla en el servicio médico prestado por el HOSPITAL SANTA MÓNICA. La aseguradora sostiene que la atención brindada a la señora MARÍA LUCÍA GIL VALENCIA fue adecuada, oportuna y diligente, acorde con los estándares médicos. Por lo tanto, no existe un acto u omisión que pueda constituir una falla en el servicio.

La carga de probar la existencia de la falla en el servicio recae sobre los demandantes, quienes deben demostrar que la institución hospitalaria incumplió su deber de cuidado. No existe evidencia que sustente las alegaciones de atención inadecuada y, en consecuencia, la indemnización solicitada no es procedente.

---

<sup>3</sup> Archivo 21 del expediente.

Solicita declarar probadas las excepciones planteadas por la demandada y, adicionalmente, propone las mismas alegadas por ALLIANZ SEGUROS S.A.

Respecto al llamamiento en garantía, plantea las excepciones de no consumarse el riesgo asegurado y, por consiguiente, la ausencia de la obligación; reitera que cualquier responsabilidad potencial se encuentra limitada por las condiciones y el deducible pactado en la póliza N° AA008646, la cual constituye el contrato vinculante entre las partes. Además, sostiene que, aceptar las pretensiones sin justificación suficiente, constituiría un enriquecimiento sin causa en favor de los demandantes.

#### 4. CONSIDERACIONES

4.1. La controversia está orientada a establecer si le es imputable a la Empresa Social del Estado HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS, el daño consistente en el fallecimiento de la señora MARÍA LUCÍA GIL VALENCIA, por presuntamente fallas en la prestación del servicio de salud y las consecuencias a que haya lugar.

4.2. Respecto a las excepciones propuestas, no requieren de pronunciamiento previo, como quiera que los hechos en que se fundan están dirigidos a enervar las pretensiones y, por lo tanto, se dirimirán juntamente con el mérito del proceso.

#### 4.3. RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD - PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD

El artículo 90 de la Constitución Política consagra una cláusula general de responsabilidad extracontractual del Estado, que tiene como fundamento la demostración de un daño antijurídico y la imputación de este a la administración pública ya sea por acción o por su omisión.

La responsabilidad extracontractual del Estado cuya declaratoria se invoca, se imputa a la Empresa Social del Estado HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS, RISARALDA, por no haber actuado con diligencia y pericia en el manejo de la enfermedad de la señora MARÍA LUCÍA GIL VALENCIA. Se

argumenta que esta falta de atención le impidió recibir un tratamiento adecuado, lo cual podría haber mejorado su pronóstico o prolongado su vida.

Se ha establecido jurisprudencialmente, que la responsabilidad del Estado con ocasión de las actividades médico asistenciales, se debe analizar bajo el régimen de la falla probada en el servicio<sup>4</sup>.

La jurisprudencia del órgano de cierre de esta jurisdicción, enseña que la falla médica abarca desde el diagnóstico y tratamiento hasta los procedimientos previos y posteriores a la atención médica<sup>5</sup>.

La alta corporación explica que no se circunscribe a la prestación urgente de los servicios requeridos, sino que comprende su oportuna y eficiente atención. El servicio es oportuno cuando la persona lo recibe en el momento propicio para la eficacia del tratamiento de la patología y se considera eficiente cuando los trámites administrativos a los que se somete al paciente para acceder a una prestación son razonables y no demoran excesivamente el acceso al interesado. El servicio es de calidad cuando las instituciones prestadoras intervienen de tal manera que los pacientes no sean víctimas de imponderables o de consecuencias que sean evitables, aplicando con razonabilidad los recursos estatales disponibles.

Las instituciones prestadoras del servicio de salud no pueden juzgarse sin considerar la complejidad de la patología y las circunstancias específicas de cada paciente, pues en ningún caso debe exigirse que los procedimientos o tratamientos sean infalibles; pretensión que desconocería la naturaleza del cuerpo humano y concluiría que todas las complicaciones en la relación médico-paciente serían imputables a los profesionales de la salud.

---

<sup>4</sup> Consejo De Estado Sala De Lo Contencioso Administrativo Sección Tercera Subsección B Consejero ponente: RAMIRO DE JESUS PAZOS GUERRERO Bogotá D. C., doce (12) de diciembre de dos mil catorce (2014). Radicación número: 08001-23-31-000-2004-01952-01(35705) Actor: ALBERTO JAVIER NIEBLES CERA Demandado: Hospital Universitario de Barranquilla Referencia: Acción De Reparación Directa (Apelación Sentencia).

<sup>5</sup> Consejo de Estado. Sección Tercera. Sentencia de 20 de febrero de 2008. M.P. Ramiro Saavedra Becerra. Exp 15.563. "(...) en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el proceso todos los elementos que la configuran". Al respecto consultar también: Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 26 de marzo de 2008, exp. 16.085, M.P. Ruth Stella Correa Palacio. Reiterada en Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección A, sentencia del 14 de septiembre de 2017, exp. 38.515, M.P. Marta Nubia Velásquez Rico (E), entre otras.

Es así como con relación a la falla probada del servicio los resultados adversos no constituyen una falla del servicio cuando son atribuibles a causas naturales, sino que la misma proviene de omisiones específicas, como no utilizar los medios adecuados, no prever efectos secundarios o no hacer seguimiento adecuado de la evolución de la enfermedad.

En términos de responsabilidad médico asistencial, se establece que quien demanda debe acreditar el daño, la falla en la prestación del servicio y la relación de causalidad entre ambos. Esto implica demostrar que el daño fue causado por una falla específica en el servicio médico y que existe un vínculo directo entre la falla y el daño<sup>6</sup>.

Por otra parte, la pérdida de oportunidad implica la privación de una posibilidad real de obtener un beneficio (curación o prolongación de la vida). El Consejo de Estado lo ha entendido como un daño autónomo, distinto de otros componentes de indemnización, pues se refiere a una probabilidad futura que no se concretó.

Se presenta cuando no es posible establecer un vínculo directo entre la falla y el perjuicio, afectando sólo una probabilidad futura, no garantizada, de mejora o supervivencia.

Igualmente, ha explicado la Sección Tercera del Consejo de Estado, que se diferencia entre la pérdida de una oportunidad y la imposibilidad definitiva de obtener un beneficio o evitar un perjuicio, toda vez que el objeto de la indemnización en el primer caso, es la oportunidad perdida, mientras que, en el segundo caso, es el beneficio dejado de obtener o el perjuicio que no fue evitado.

Para que la pérdida de oportunidad sea indemnizable, se establecen tres requisitos: la certeza de la existencia de la oportunidad perdida, la imposibilidad definitiva de obtener el beneficio o evitar el perjuicio y que el paciente sea apto para alcanzar el resultado esperado.

4.4. Las pruebas acreditan que la señora MARÍA LUCÍA GIL VALENCIA, consultó al servicio de urgencias del HOSPITAL SANTA MÓNICA DE

---

<sup>6</sup> Consejo de Estado. Sección Tercera. Sentencia de 12 de diciembre de 2022. Radicado 05001-23-31-000-2011-00091-01

DOSQUEBRADAS, el 20 de marzo de 2017. En dicha atención se registró:  
*“Paciente refiere dolor en región dorsal del tórax\* el cual se irradia a región anterior y compromete ambos senos\* dolor con los movimientos respiratorios y con la flexión del abdomen...”<sup>7</sup>.*

Más adelante se indica:

“... MANIFIESTA ADEMÁS TOS NO PRODUCTIVA, NIEGA FIEBRE U OTROS HA TOMADO ANALGESICOS SIN MEJORIA.

...MOTIVO POR EL CUAL SE DECIDIO TOMAR RADIOGRAFIAS  
RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSAL: DISMINUCION DE LA MINERALIZACION OSEA. NO ACORTAMIENTO DE LOS CUERPOS VERTEBRALES NI DE LOS ESPACIOS INTERVERTEBRALES.  
RADIOGRAFIA DE TORAX: ¿TRAQUEA DESVIADA HACIA LA DERECHA? SILUETA CARDIOMEDIASTINICA NORMAL. LESIONES RADIO-OPACA REDONDEADA SOBRE APEX PULMONAR DERECHO, CEFALIZACION DE FLUJO DISCRETA, NO BORRAMIENTO DE ANGULOS ANALISIS: PACIENTE CON CUADRO DE 15 DIAS DE DOLOR EN REGION ESCAPULAR DERECHA ESPECIALMENTE CON VALSALVA Y CAMBIOS DE POSICION INICIALMENTE SE PENSO EN DOLOR RADICULAR, SIN EMBARGO, ANTE HALLAZGOS EN IMAGENES SE ENFOCA COMO POSIBLE FOCO NEUMONICO VS NODULO PULMONAR, INDICO POR LO TANTO HEMOGRAMA, PCR, BUN Y REVALORACIÓN

Dx. Justifica la Estancia Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Dx. Principal: R071-DOLOR EN EL PECHO AL RESPIRAR”<sup>8</sup>.

Se reportaron como hallazgos al momento de la revaloración el mismo día, los siguientes:

“REVALORACIÓN PACIENTE QUIEN ACUDE POR PRESENCIA DE DOLOR A NIVEL COLUMNA DORSAL DE INICIO SUBTIO DE 15 DIAS DE EVOLUCION DE INICIO SUBITO, ACUDE EL DIA DE HOY POR CONTINUIDAD SINTOMÁTICA, EN MANEJO ANALGESICO EN CASA SIN MEJORIA CLÍNICA. DADO EL CUADRO SE INDICÓ MANEJO EN EL SERVICIO CON DICLOFENACO Y TRAMADOL CON MEJORÍA CLÍNICA COMPLETA. SE TOMARON RADIOGRAFIA DE TORAX CON PRESENCIA DE MASAS DE TAMAÑO IMPORTANTE A NIVEL DE LOBULO SUPERIOR DERECHO CON DESVIACION DE HEMIDIAFRAGMA, Y APARENTE

---

<sup>7</sup> Archivo 10, página 377 del expediente.

<sup>8</sup> Archivo 10, página 380 del expediente.



ATELECTASIA. CUADRO HEMATICO CON LEUCOS DE 7.67 HB 12.00 HTO 38.40 VCM 80.40 PLAQUETAS 329.00 NEUTRSO 47.32 LINFOS 39.9 PCR 9.812 BUN 19.70 EN EL MOMENTO CON CUADRO DE INFLAMACION ARTICULAR A NIVEL DE COSTALES DE REJA COSTAL DERACHA, SIN LESIONES MAMARIAS. SE INDICA DE IGUAL MANERA VALORACION Y MANEJO POR MEDICINA INTERNA DADOS LOS CAMBIOS EVIDENTES NOTADOS EN LA PLACA DE TORAX ASOCIADOA A MASA CON DESVIACION MEDIASTINAL Y ENSANCHAMIENTO DE ESTE, EN EL MOMENTO SIN SÍNTOMAS REPIRATORIOS NI SOBREGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN OTRA ASINTOMATOLOGIA APARTE DE LA INFLAMACION DE COSTAL. REFIERE ENTEDER Y ACEPTAR.

Dx. Justifica la Estancia

Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Dx. Principal: M255-DOLOR EN ARTICULACION<sup>9</sup>.

Con posterioridad al 20 de marzo de 2017, la paciente fue valorada en varias ocasiones:

| ITEM | FECHA               | MOTIVO DE CONSULTA                                                                                       | DIAGNÓSTICO                                                                               | OBSERVACIONES                                                                     | UBICACIÓN EN EL EXPEDIENTE<br>Archivo 10 |
|------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 1    | 17 de abril de 2017 | Dolor de cabeza, espalda y bajo el seno; tos seca, rinorrea, cefalea global, polaquiuria                 | No es claro el foco del dolor; se indican paraclínicos                                    | Manejo en casa con acetaminofén y naproxeno; mejoría parcial.                     | Páginas 385-387                          |
| 2    | 22 de abril de 2017 | Dolor intenso tipo punzada en costado derecho que aumenta con inspiración; dolor en dorso lumbar derecho | Infección aguda de vías respiratorias superiores, no especificada                         | Manejo sintomático en casa.                                                       | Páginas 388-392                          |
| 3    | 28 de abril de 2017 | Fiebre, cefalea, rinorrea, estornudos, dolor punzante en costado derecho                                 | Principal: Osteocondropatía, no especificada; Relacionado: Neumonía; Contractura muscular | Rx muestra atelectasia y derrame pleural basal derecho.                           | Páginas 393-396                          |
| 4    | 16 de mayo de 2017  | Dolor moderado en hemotórax derecho, cefalea, náuseas, tos, fiebre                                       | Principal: Infección de vías urinarias; Relacionado: Síndrome de Tietze                   | Rx muestra calcificaciones, infiltrados parahiliares y opacidad en ápice derecho. | Páginas 397-402                          |
| 5    | 31 de mayo de 2017  | Dolor torácico derecho irradiado a región mamaria, acentuado al toser, fiebre no cuantificada            | Principal: Dolor en el pecho, no especificado                                             | Impresión diagnóstica; sin mejoría con AINES y metocarbamol.                      | Páginas 403-405                          |

<sup>9</sup> Archivo 10, página 381 del expediente.

Radicación 66001-33-33-003-2019-00311-00  
Reparación directa

|                    |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |
|--------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| 3 de junio de 2017 |                     | Se realiza nuevamente una radiografía de tórax en Radiólogos asociados S.A.S.                                                                                                                                                                                       | Hallazgos                                                                                                                                                                      | Se identifica imagen radio-opaca lineal hacia el tercio superior del campo pulmonar derecho, que podría corresponder a banda de atelectasia piana subsegmentaria. No se evidenciaron otras lesiones pleuropulmonares. Ángulos cardio y costofrénicos libres. Silueta cardiaca de talla y morfología normal<br>Tráquea central.<br>Cambios espondilicos de los muros anteriores de los cuerpos vertebrales torácicos |                           |
| 6                  | 5 de junio de 2017  | Dolor en hemotórax derecho, cefalea, náuseas, tos, disuria, tenesmo, polaquiuria                                                                                                                                                                                    | Principal: Infección de vías respiratorias inferiores;<br>Relacionado: Diabetes mellitus, sin complicación;<br>Relacionado: Hipertensión esencial; EPOC con exacerbación aguda | Alta con diagnóstico confirmado: Neumonía bacteriana, no especificada. Se da manejo ambulatorio antibiótico cita control 72 horas. recomendaciones y signos de alarma                                                                                                                                                                                                                                               | Páginas 406-411           |
| 7                  | 8 de junio de 2017  | Dolor hemotórax derecho, cefalea, náuseas, tos; disuria, tenesmo, polaquiuria                                                                                                                                                                                       | Principal: Neumonía bacteriana, no especificada                                                                                                                                | RX que muestra calcificaciones, infiltrados parahiliares y opacidad en ápice derecho. Junio 2017-se remite a urgencias para exámenes<br><br>indicaciones de nebulizaciones, terapia respiratoria, y reforzar higiene bronquial.<br><br>Se decide dar alta con formula medica ambulatoria continuar la que ya está tomando, se dan claros signos de alarma para reconsultar                                          | Páginas 419-424 y 412-413 |
| 8                  | 15 de junio de 2017 | Dolor de moderada intensidad en hemitorax derecho, que se exagera con la inspiración, cefalea global de tipo opresivo, náuseas, tos sin movilización de secreciones y picos febriles subjetivos desde hace 8 días inicia con disuria, tenesmo vesical y polaquiuria | Principal: Diabetes mellitus no insulino dependiente;<br>Relacionado: Hipertensión;<br>Bronquitis aguda                                                                        | Tratamiento con acetaminofén y suero oral.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Páginas 414-418           |

Radicación 66001-33-33-003-2019-00311-00  
Reparación directa

|    |                                             |                                                                                              |                                                                                                                     |                                                                                                         |                 |
|----|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 9  | 20 de junio de 2017                         | Dolor en hemitórax derecho, cefalea, náuseas, tos, disuria, tenesmo, polaquiuria             | Principal: Laringitis crónica                                                                                       | Se receta acetaminofén y ciprofloxacina                                                                 | Páginas 425-427 |
| 10 | 22 de junio de 2017                         | Cefalea, dolor en reja costal derecha, tos seca                                              | Principal: Dolor en el pecho al respirar;<br>Relacionado: Cefalea                                                   | Se indica reforzar analgesia y enzimas cardíacas; toma de electrocardiograma.                           | Páginas 428-438 |
| 11 | 23 de junio de 2017<br>(sigue en urgencias) | Mejoría de cefalea; persiste emesis                                                          |                                                                                                                     | Se administra antiemético IV y salida con fórmula médica.                                               | Páginas 439-440 |
| 12 | 28 de junio de 2017                         | Malestar general, emesis, náuseas, cefalea, signos de deshidratación                         | Principal: Dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen;<br>Relacionado: Infección viral no especificada | Para tratamiento, Se ordenan exámenes y analgesia. Manejo en casa con seguimiento en Medicina Familiar. | Páginas 441-447 |
| 13 | 30 de junio de 2017                         | Cefalea intensa, malestar general; alteración de conciencia, ahora no se puede poner de pie. | Principal: Síntomas que involucran función cognoscitiva y de conciencia                                             | Observación y paraclínicos de extensión para alteración de conciencia; no signos de SIRS.               | Páginas 448-454 |

El 1° de julio de 2017 seguía bajo observación y fue valorada por Medicina Interna:

“...PACIENTE MULTICONSULTANTE, APROXIMADAMENTE 10 CONSULTAS EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES QUIEN INGresa POR UN CUADROCLINICO DE 8 DIAS DE EVOLUCIÓN QUE SE EXACERBA EN LOS ULTIMOS DOS DÍAS CONSISTENTE EN CEFÁLEA INTENSA 10/10 EN EVA, SIN CON PRESENCIA DE IRRADIACION A NIVEL DE REGION CERVICAL, ASOCIADO A MULTIPLES EPISODIOS DE EMESIS APROXIMADAMENTE 6-10 OPORTUNIDADES , SIN PRESENCIA DE SANGRADO, REFIERE QUE EL DIA DE HOY INICIO CON ALTERACIONES DEL ESTADO DE CONCIENCIA, HABLANDO INHORENCIA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO NO RECONCE FAMILAIRES, ASOCIADO A RELAJACION DE ESFINTERES VESICALES Y ANALES, REFIERE QUE 8 DIAS ATRÁS ERA PREVIAMENTE FUNCIONAL, BARTHEL 100, POSTERIO A ESO INICIO CON LIMITACION PARA LA MARCHA, REFIERE CAMINA CON DIFICULTAD PASOS PEQUEÑAS CON AUMENTO DEL DIAMETO DE SUSTENTACIONES, NIEGA PICOS FEBRILES, TRATADA EN ABRIL, POR CUADRO DE NEUMONIA, REFIERE ADEMAS DE ESO SINTOMAS IRRITATIVOS Y OBSTRUCTIVO URINARIOS PREVIOS A RELAJACION DE ESFINTERES, HA TOMADO ANAGESICOS SIN MEJORIA....NEUROLÓGICO, PACIENTE VIGIL, DESORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS MENTALES, NO SIGUE ÓRDENES SENCILLAS, ALTERACIONES FLUCTUANTES DEL ESTADO DE CONCIENCIA, RIGIDEZ NUCAL, HOFFMAN POSITIVO, BABINSKI CON RESPUESTA

EXTENSORA BILATERAL, FUERZA MUSCULAR CONSERVADA 5/5 EN EXTREMIDADES SUPERIORES, EN EXTREMIDADES INFERIORES...

**Interpretación de Paraclínicos:** ANALISIS: PACIENTE EN LA OCTAVA DECADA DE LA VIDA, CON CEFALEA, EMESIS, NO CONTINENCIA DE ESFINDERES, CON COMPROMISO NEUROLOGICO, RAPIDO DETERIORO DE SU FUNCIONALIDAD, AHORA CON BARTHEL DE (0). CON POSIBLE CUADRO DE MENINGITIS SUBAGUDA PARCIALMENTE TRATADA YA QUE LA PACIENTE HA TENIDO MANEJO CON MULTIPLES ANTIBIOTICOS, NO SE DESCARTA ENCEFALITIS PARCIALMENTE TRATADA, ACV, HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA, PACIENTE QUE REQUIERE TRASLADO DE URGENCIA A TERCER NIVEL PARA REALIZAR TAC DE CRANEO Y SI SE DESCARTA HT ENDOCRANEANA REALIZAR PUNCION LUMBAR.

**Dx. Justifica la Estancia**

**Tipo de Diagnostico Principal:** IMPRESION DIAGNOSTICA

**Dx. Principal:** G042-MENINGOENCEFALITIS Y MENINGOMIELITIS BACTERIANAS, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE

**Dx. Relacionado 1:** I609-HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA, NO ESPECIFICADA"

**...Subjetivo:** PCTE CON ALTA SOSPECHA DE MENINGOENCEFALITIS, EN REGULARES CONDICIONES GENERALES

**Recomendaciones:** EGRESA USUARIA EN AMBULANCIA INTRAHOSPITALARIA REMITIDA COMO URGENCIA VITAL, CON EL CONDUCTOR RAVE Y AUXILIAR JÁCOME, DRA MARÍA ISABEL GIL" <sup>10</sup>

El mismo día ingresa al HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE<sup>11</sup>, donde se señala en la historia clínica:

"Enfermedad Actual: FEMENINO 72 AÑOS, HIPERTENSA DE BASE, DIABÉTICA, HIPOTIROIDEA, CON CUADRO DE 1 MES DE EVOLUCIÓN DE CEFALEA Y EMESIS, DOLOR CERVICAL, MÚLTIPLES CONSULTAS A UNIDAD LOCAL DONDE DAN MANEJO SINTOMÁTICO, EL DÍA DE AYER CONSULTA A UNIDAD LOCAL POR CUADRO DE AUMENTO DE LA CEFALEA ÚLTIMOS 5 DÍAS Y ALTERACIONES DE LA MARCHA, RELAJACIÓN DE ESFÍNTERES, EMESIS EN VARIOS EPISODIOS Y ALTERACIONES DEL SENSORIO, EN EL MOMENTO DESORIENTADA. AL INGRESO DE ESTA UNIDAD MAL ESTADO GENERAL, DESORIENTADA EN ALTO GRADO DE DESHIDRATACIÓN.

ULTIMO MES CON MANEJO CEFALLEXINA + CLARITROMICINA POR CUADRO RESPIRATORIO...

Aspecto y Estado General: MAL ESTADO GENERAL." <sup>12</sup>

---

<sup>10</sup> Archivo 10, página 457 y 458 del expediente y la remisión contenida en 465 a 477.

<sup>11</sup> Archivo 3, página 34 a 92 del expediente.

<sup>12</sup> Archivo 3, página 34 del expediente.

Se ordenó hospitalizar en aislamiento e iniciar tratamiento. Para el 19 de julio de 2024, se deja nota de evolución y constancia de retiro voluntario:

“SUBJETIVO:

**\*\*NOTA EVOLUCIÓN MÉDICA Y RETIRO VOLUNTARIO\*\*** PACIENTE DE 72 AÑOS CON DXC DE 1.) DM II INSULINOREQUIRENTE. 2) LOE A NIVEL CEREBRAL DE ORIGEN METASTASICO CON HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR Y LESIONES METASTASICASPULMONARES ADEMAS DE PARAUTERINAS QUE SUGIEREN COMO PRIMARIO ORIGEN PULMONAR VS GENITOUILINARIO A CONCEPTO DE NEUMOLOGÍA Y CINCOLOGÍA S/ PACIENTE EN MALAS CONDICIONES GENERALES. SOMNOLIENTA INTERACTUA POCO CON EL MEUIO, TOLERA VIA ORAL LICUADA, NO APTA PARA TOMA DE DECISIONES POR SI MISMA, FAMILIAR REFIEREN DESESTIMIENTO DE REALIZACION DE SHOPSIA Y DESEO DE RETIRO VOLUNTARIO...

ANALISIS

PACIENTE CONOCIDA EN EL SERVICIO CON MAL PRONOSTICO A CORTO PLAZO, NO INTERACTUA CON EL MEDIO, NI MOMENTO. HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, FAMILIARES DESISTEN DE TOMA DE BIOPSIA HEPATICA, REFIEREN LA VEN MEJOR Y DESEAN ALTA VOLUNTARIA. SE EXPLICAN RIESGOS Y TAMBIÉN SE EXPLICAN CUIDADOS DE PACIENTE, VALORADA EL DIA DE HOY POR ENDOCRINOLOGIA QUIENES REFIEREN alta por el servicio de endocrinología, debe continuar de forma ambulatoria con el tratamiento para patologías crónicas... Control ambulatorio por CUIDADOS PALIATIVOS endocrinología SE SOLICITA CITA AMBULATORIA POR CLINICA DEL DOLOR PACIENTE EN CUIDADOS PALIATIVOS.”<sup>13</sup>

En la historia clínica se diligenciada en el HOSPITAL SAN JORGE DE PEREIRA se registran las siguientes anotaciones: “Mal estado General” y “Paciente conocida en el servicio con mal pronóstico a corto plazo”.

- DIAGNÓSTICOS DE INGRESO

TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA

TUMOR MALIGNO DEL ENCÉFALO PARTE NO ESPECIFICADA

TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DE LA GLÁNDULA SUPRARRENAL

HIPOTIROIDISMO. NO ESPECIFICADO

DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACIÓN

---

<sup>13</sup> Archivo 3, página 37 del expediente.

DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON  
COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS  
DEPLECION DEL VOLUMEN  
HIPOPOTASMIA  
OTROS TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO DE LOS ELECTROLITOS Y DE  
LOS LIQUIDOS, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE  
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)  
HEMORRAGIA INTRAENCEFÁLICA INTRAVENTRICULAR  
HEMORRAGIA INTRAENCHUFALICA, NO ESPECIFICADA  
TUMEFACCIÓN, MASA O PROMINENCIA LOCALIZADA EN LA CABEZA

- DIAGNÓSTICOS DE EGRESO

TUMOR MALIGNO DE LOS DRONQUINOS O DEL PULMON, PARTE NO  
ESPECIFICADA  
TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DEL HIGADO  
TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DE LA GLANDULA SUPRARRENAL  
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE  
COMPLICACIÓN  
CEFALEA<sup>14</sup>

Bajo estas circunstancias fue remitida a cuidados paliativos y su familia opta por egreso voluntario el 19 de julio de 2017. El 20 de julio de 2017 la señora MARÍA LUCÍA GIL VALENCIA fallece, tal como consta en certificado de función<sup>15</sup>.

Se encuentran en el expediente el dictamen pericial rendido por el médico ALEXANDER HERRERA TASAMÁ especialista en Medicina Interna, aportado por la parte demandada que señala respecto a la atención brindada a la señora GIL VALENCIA, quien relaciona las enfermedades de base que esta padecía, así como el recuento de las atenciones realizadas, en el cual concluye lo siguiente:

“3. Dados los síntomas de ingreso este mismo día de la pregunta anterior, y teniendo en cuenta las enfermedades de base ¿el manejo dado a la paciente fue el adecuado para la patología presentada?

EL MANEJO QUE SE DIO EN EL INGRESO A URGENCIAS DEL 30/06 SI FUE EL ADECUADO YA QUE YA QUE LA PACIENTE INGRESA A TRIAGE A LAS 17:46 PM, ES ATENDIDA EN CONSULTA A LAS 18:32 Y DE INMEDIATO SE INICIO MANEJO, POSTERIORMENTE SE DEJA EN OBSERVACIÓN 22:12 PARA QUE SEA VALORADA POR MEDICINA INTERNA QUIEN DA ORDEN DE REMISION A III NIVEL (HUSJ) <sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> Archivo 3, página 43 del expediente.

<sup>15</sup> Archivo 3, página 93 del expediente.

<sup>16</sup> Archivo 60 del expediente.

En audiencia<sup>17</sup> se escuchó el perito quien indicó que los síntomas presentados por la paciente desde 2013: tos, cefalea y malestar, que pueden asociarse a múltiples condiciones, no solo a cáncer pulmonar. No existen registros clínicos o imágenes de ese tiempo que permitan confirmar si esos síntomas estaban relacionados con una masa pulmonar.

La enfermedad comenzó a mostrar un deterioro notable en marzo de 2017, cuando se identificó una masa pulmonar mediante imágenes radiológicas, marcando el inicio de su condición crítica.

Aunque la paciente presentaba dolores de cabeza, estos estaban acompañados de fiebre y otros síntomas que no necesariamente apuntaban a una metástasis cerebral. El perito considera que no se pudieron realizar diagnósticos específicos sin estudios de imágenes previas. Afirma que, en ausencia de síntomas neurológicos claros hasta junio de 2017, una resonancia cerebral antes de esa fecha no habría sido indicada.

No puede asegurar que un diagnóstico en años anteriores hubiera mejorado la calidad de vida o prolongado la supervivencia de la paciente, dado que los síntomas que presentó son comunes a diversas enfermedades y, sin estudios imagenológicos de esos años, resulta especulativo vincularlos directamente con el cáncer.

El especialista resalta que la falta de una radiografía de tórax previa a dos mil diecisiete es una limitación en la historia clínica suministrada, lo cual hubiera ayudado a identificar una masa pulmonar con antelación.

También reposa en el expediente el dictamen que aportaron los demandantes para refutar el presentado por la parte demandada.

“1. La paciente consultó en trece (13) oportunidades a la ESE Santa Mónica de Dosquebradas (SMD), manifestando como síntoma principal dolor torácico, en varias oportunidades pleurítico y acompañado de tos. Dichas consultas se realizaron entre el 20 de marzo y el 28 de junio de 2017.

---

<sup>17</sup> Audiencia de pruebas llevada a cabo el 13 de marzo de 2023, link para ver acceder a la audiencia contenido en el Archivo 64 del expediente.

1. En la consulta realizada el 20 de marzo de 2017, se evidencia registro médico que da cuenta de consulta por dolor en región escapular derecha y tos no productiva. Además, registran que en la Rx de tórax se encuentra una lesión radio-opaca sobre ápex pulmonar derecho, el cual es interpretado “como posible foco neumónico vs nódulo pulmonar”. Solicitan valoración y tratamiento por medicina interna (ver folios 382 y 383/480).
2. Considero importante destacar que, en ningún registro previo al 20 de marzo, dan cuenta de la solicitud de Rx de tórax y que el médico que realiza la consulta en esta fecha no hace ninguna alusión a la razón por la cual fue solicitada ni consigna la fecha del reporte correspondiente.
3. La documentación relacionada con las atenciones médicas realizadas en la ESE SMD está contenida en 480 folios; en ninguno de dichos folios se encuentra registrada la valoración por medicina interna solicitada el 20 de marzo de 2017.
4. A pesar de que la paciente continúa consultando por la misma sintomatología, y que en casi todos los registros médicos referencian el hallazgo imagenológico ya anotado, no se solicitan otras valoraciones especializadas vía interconsulta, para aclarar y precisar el hallazgo imagenológico al cual se hizo alusión en la consulta anteriormente referenciada. Todo lo contrario, los médicos tratantes pretermitiendo dicho trámite, se enfocan en formular diagnósticos como contractura muscular, osteocondropatía no especificada, infección aguda de las vías respiratorias superiores, síndrome de Tietze, además de los diagnósticos por las patologías crónicas que presentaba la paciente.
5. El 28 de abril de 2017 consulta nuevamente (consulta externa) por la misma sintomatología más astenia, adinamia, hiporexia, escalofríos, cefalea global, malestar general, rinorrea acuosa, estornudos, odinofagia y tos seca escasa. Dan cuenta que aporta Rx de tórax que muestra atelectasia cuneiforme apical derecha e imagen sugestiva de derrame pleural basal derecho pequeño. Derivan a urgencias con IDx: osteocondropatía no especificada, neumonía no especificada, contractura muscular, donde la encuentran hemodinámicamente estable, sin dificultad respiratoria ni compromiso del estado general. Dan salida con manejo antibioticoterapia, analgesia y relajante muscular. IDx: síndrome de la articular condrocostal (Tietze). Lo anterior indica, por inferencia que el registro de urgencias desestima la IDx formulada en consulta externa (neumonía).
6. En relación con lo anterior, también es importante destacar que en la consulta fechada el 31 de mayo de 2017 (consulta externa) nuevamente registran la imagen en lóbulo superior derecho y da cuenta que por evolución



no es neumonía, sugiriendo la posibilidad de cáncer. Solicitan Rx de tórax urgente (ver folio 404/480).

7. Con fecha 3 de junio de 2017 se evidencia el reporte de Rx de tórax AP y lateral, así: **“Se identifica imagen radio-opaca lineal hacia el tercio superior del campo pulmonar derecho de podría corresponder a banda de atelectasia plana subsegmentaria...”**, y finalmente agrega: “cambios espondilósicos de los muros anteriores de los cuerpos vertebrales” (negrilla fuera de texto) (Fdo Dr. Oscar Vallejo Giraldo, Médico Radiólogo)

8. A pesar de que el médico que realiza la consulta el 31 de mayo de 2017 descarta el diagnóstico de neumonía y sugiere como posibilidad diagnóstica de base cáncer, el profesional que realiza la consulta el 5 de junio de 2017 establece nuevamente el diagnóstico de neumonía y ordena manejo ambulatorio. Considero que lo anterior no es coherente, ya que una neumonía requiere hospitalización, de manera fundamental si el paciente es un adulto mayor. Esto contrasta también con el diagnóstico formulado en la consulta del 15 de junio de 2017 (10 días después) de bronquitis aguda no especificada. El 20 de junio de 2017 ya cambian el diagnóstico a “laringitis crónica”. El 28 de junio de 2017 consulta por la misma sintomatología y registran que está en tratamiento para neumonía desde hace 8 días (ver folio 442/480) y ya el diagnóstico es “infección viral no especificada”.

9. Los registros anteriormente destacados, dando cuenta en casi todos ellos de la imagen identificada en la Rx de tórax, desde el 20 de marzo de 2017 y confirmada en el reporte del nuevo estudio radiológico fechado el 3 de junio de 2017, los cambios en los diagnósticos establecidos (unas veces neumonía y otras no neumonía por ejemplo), además de no ordenar interconsultas a especialistas de un nivel de complejidad mayor para precisar el diagnóstico exacto que estaba comprometiendo el aparato respiratorio, explican el deterioro de la paciente al momento de la consulta fechada el 30 de junio de 2017, donde ya era muy evidente el compromiso funcional que presentaba (ver folio 449/480). En relación con este registro, el cual indica que fue elaborado a las 18:30 horas, debo resaltar que registra neurológico normal. Y el registro con hora 22:10 (4 horas más tarde) da cuenta de un grave compromiso y deterioro del aparato neurológico. Lo anterior no es coherente y permite formular inferencias sobre la calidad y objetividad del registro médico inicial del 30 de junio de 2017.

10. Desde el registro fechado el 20 de marzo de 2017, se sugiere que la lesión de base a nivel pulmonar podría ser un nódulo (tumor???). Posteriormente, en el estudio radiológico de tórax reportado el 3 de junio de 2017 se precisa que la imagen radio-opaca puede corresponder a una banda de atelectasia plana subsegmentaria. Sin embargo, y pese a las reiteradas consultas realizadas por la paciente informando sobre sintomatología

dolorosa a nivel torácico, no se realizaron los estudios complementarios requeridos. A propósito de lo anterior, es importante mencionar que en la literatura científica existen innumerables estudios que relacionan la atelectasia con cáncer.”<sup>18</sup>

En audiencia<sup>19</sup>, el perito ratificó que la paciente no recibió un diagnóstico oportuno y que el manejo de su patología fue inadecuado. La ausencia de estudios específicos como imágenes especializadas y de una valoración por medicina interna tras las sospechas iniciales, probablemente contribuyó a un diagnóstico tardío de cáncer pulmonar, lo cual impactó negativamente el pronóstico y la evolución clínica de la paciente. Esta falta de atención oportuna empeoró su condición y provocó una remisión tardía al Hospital San Jorge.

En las condiciones expuestas, los peritos coinciden en que, basado en la información disponible, el diagnóstico temprano no era posible sin los estudios de imágenes adecuados. Tampoco existió a lo largo de las atenciones una valoración por médico especialista en medicina interna.

4.5. Los medios probatorios incorporados al expediente, dan cuenta de un error de diagnóstico, por ausencia de los estudios complementarios necesarios, a pesar de la evidencia inicial de una posible patología grave desde marzo de 2017. En esa fecha, los hallazgos en la radiografía de tórax señalaban anomalías significativas: un nódulo pulmonar, masas en el lóbulo superior derecho, desviación del mediastino y posible atelectasia, junto con una recomendación explícita de valoración por medicina interna. Sin embargo, se optó únicamente por administrar exámenes paraclínicos, analgésicos y antibióticos, sin una valoración inmediata, especialidad con la que contaba la demandada, ni la realización de una tomografía computarizada (TAC) de tórax como lo señalan los protocolos<sup>20</sup>, que habría brindado una imagen más detallada de la patología pulmonar, que en caso de contar con este último servicio en sus instalaciones, su deber era la remisión a un centro de atención de un mayor nivel de complejidad.

---

<sup>18</sup> Archivo 74 del expediente.

<sup>19</sup> Audiencia llevada a cabo el 30 de agosto de 2024, link para ver acceder a la audiencia contenido en el Archivo 84 del expediente.

<sup>20</sup> Ver del Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico, estadificación y tratamiento del cáncer de pulmón. Guía para profesionales de la salud. Colombia 2014.

Las anteriores omisiones obstaculizaron el oportuno el diagnóstico y el tratamiento adecuado de la paciente. Sólo cuando la señora GIL VALENCIA presentó síntomas de afectación neurológica en julio de 2017, se valoró por medicina interna y fue referida a un centro de tercer nivel, donde se confirmó el diagnóstico de cáncer de pulmón con metástasis cerebral y en otros órganos. Este diagnóstico llegó en un estado avanzado de la enfermedad, y la paciente falleció el 20 de julio de 2017.

El tiempo es un factor crítico en el tratamiento del cáncer, razón por la cual, la falta de estudios especializados hizo que los profesionales de la salud no diagnosticaran la enfermedad en una etapa más temprana. Los síntomas recurrentes de dolor torácico, vómitos y tos que presentaba la paciente, junto con los hallazgos en las imágenes de marzo de 2017, eran indicios suficientes para considerar un diagnóstico diferencial más exhaustivo.

La mencionada omisión condujo a una falta de diagnóstico oportuno y, por ende, a la imposibilidad de instaurar un tratamiento adecuado para el cáncer de pulmón en la paciente. Su diagnóstico final, confirmado en una institución de tercer nivel tras la remisión de urgencia en julio de 2017, se realizó en un estado avanzado de la enfermedad, cuando ya presentaba síntomas neurológicos y su pronóstico era desfavorable. A su ingreso al tercer nivel de atención, su condición ya había empeorado a un extremo irreversible, por lo que fue remitida únicamente a cuidados paliativos, falleciendo al día siguiente de su egreso.

Sobre el error diagnóstico por no realizar los procedimientos, estudios y exámenes necesarios o complementarios, ha precisado la jurisprudencia del Consejo de Estado:

“La importancia del diagnóstico radica en que a partir del mismo se plantea el tratamiento a seguir, de manera que una equivocación cometida en esta etapa, la mayoría de las veces tiene como consecuencia también un error en el tratamiento, por lo tanto, se incurre en falla del servicio cuando la entidad no agota los recursos científicos y técnicos a su alcance para establecer un diagnóstico definitivo, comoquiera que en algunos casos el diagnóstico no puede arrojar resultados exactos, se hace necesario practicar estudios y exámenes complementarios, los cuales en el sub judice fueron

omitidos. (...) al encontrarse probada la falla del servicio en que se incurrió en la prestación de servicios médicos a la señora ... porque no se agotaron los protocolos existentes para el diagnóstico y manejo del cáncer, la entidad demandada está llamada a responder por el daño causado, razón por la cual la sentencia apelada habrá de confirmarse.”<sup>21</sup>

Al margen de si el diagnóstico en su momento hubiese evitado el desenlace fatal, es claro que en este caso no se observaron los protocolos de la detección temprana de la patología, ni se utilizaron todos los medios al alcance de la institución para dar un diagnóstico definitivo, lo que a todas luces configura de un error diagnóstico y da cuenta de una pérdida de oportunidad.

La ausencia de un diagnóstico temprano y preciso de la patología desarrollada por la paciente, le restó posibilidades ciertas de sobrevida, dado que, el cuadro consultado tenía un historial de sintomatología repetida y sin mejoría; sin embargo, ante la persistencia del cuadro médico se debió optar por un diagnóstico alternativo ante la falta de certeza.

La falta de acuciosidad y prontitud en el diagnóstico, limitó la posibilidad cierta de un tratamiento oportuno, que, si bien como lo señalaron los especialistas, se trataba de una patología de difícil tratamiento y de considerable gravedad, de tener un diagnóstico temprano pudiese obtenerse un resultado favorable, aunque de expectativa moderada con alguno de los tratamientos posibles de implementar, como el tratamiento antibiótico oportuno. En ese orden de ideas, la Sala estima que están reunidos los elementos constitutivos de la pérdida de oportunidad decantados por la jurisprudencia y, como lo enseñó la experticia sí existe relación causal entre el tardío diagnóstico y tardanza en implementar el tratamiento médico pertinente con el daño producido, en este caso, la pérdida de oportunidad.

Dada la existencia de daño antijurídico probado y su imputabilidad a la entidad demandada, la Empresa Social del Estado HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS está llamada a responder patrimonialmente.

---

<sup>21</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 8 de mayo de 2013, exp. 14083, C.P. Olga Mélida Valle de la Oz Radicación número: 25000-23-26-000-2000-01293-01(27522).

Probado el daño antijurídico y su imputabilidad a la entidad accionada, se estudiará lo concerniente con la indemnización.

#### 4.6. PERJUICIO INDEMNIZABLE

Se han solicitado por los demandantes el perjuicio moral, este es el generado en *“el plano psíquico interno del individuo, reflejado en los dolores o padecimientos sufridos a consecuencia de la lesión a un bien”*<sup>21</sup>. Además, este perjuicio *“tiene existencia autónoma y se configura cuando concurren los siguientes criterios generales: que sea particular, determinado o determinable, cierto, no eventual y que tenga relación con un bien jurídicamente tutelado”*<sup>22</sup>.

Sobre la tasación del perjuicio moral por pérdida de oportunidad, el Consejo de Estado ha hecho las siguientes precisiones:

“Teniendo en cuenta la inexistencia de criterios consolidados en cuanto a la liquidación del daño de pérdida de oportunidad y la repercusión en los montos de indemnización, el Consejo de Estado<sup>27</sup> fijó los siguientes parámetros mínimos a modo ilustrativo para orientar al juez en la cuantificación de la indemnización por pérdida de oportunidad en casos de responsabilidad médica:

i) El fundamento del daño sobre el cual se erige el débito resarcitorio radica en el truncamiento de la expectativa legítima, de ahí que su estimación no solo será menor a la que procedería si se indemnizara el perjuicio final, es decir, la muerte o la afectación a la integridad física o psicológica, sino proporcional al porcentaje de posibilidades que tenía la víctima de sobrevivir o de mejorar sus condiciones de salud.

ii) La expectativa se cuantificará en términos porcentuales, teniendo en cuenta que está ubicada en un espacio oscilante entre dos umbrales, esto es, inferior al 100% y superior al 0%, ya que por tratarse de una probabilidad no podría (sic) ser igual o equivalente a ninguno de los dos extremos, máxime si se tiene en cuenta que en materia médica incluso los índices de probabilidad más débiles siguen representado intereses valiosos para el paciente y sus seres queridos, en consideración a la fungibilidad de la vida y el anhelo por prolongarla; por lo anterior, dicho truncamiento no puede menospreciarse y dejar de repararse, so pretexto de una indeterminación invencible.

---

<sup>22</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, C.P. Dr. Ramiro Pazos Guerrero. 3 de octubre de 2016 Expediente: 40057. Radicado: 05001233100019990205901

iii) No es procedente indemnizar la pérdida de oportunidad como un perjuicio independiente que deba ser resarcido por fuera del concepto de perjuicios materiales -daño emergente y lucro cesante-, inmateriales -daño moral y daños a bienes constitucionales y convencionales- y daño a la salud, reconocidos por la Corporación, puesto que hacerlo conduciría a desconocer el objeto primordial del instituto de la responsabilidad, esto es, el principio de la reparación integral, ya que las víctimas serían, sin razón alguna, resarcidas parcialmente a pesar de que el actuar del demandado cercenó una expectativa legítima. En efecto, el truncamiento de una expectativa legítima genera diferentes tipos de perjuicios que deben ser indemnizados, es decir, si es de naturaleza material, será indemnizada de conformidad con este criterio o, si por el contrario es de naturaleza inmaterial, la reparación será de índole inmaterial.

iv) No es procedente indemnizar la pérdida de oportunidad por el porcentaje de probabilidades que resulten de la acreditación del vínculo causal entre la falla y el daño final, habida cuenta de que la pérdida de oportunidad constituye una fuente de daño cuya reparación depende de lo probado en el proceso.

v) El porcentaje de probabilidades de la expectativa legítima truncada debe establecerse a través de los diferentes medios de prueba que obran en el proceso -regla general-. Ahora, si no se puede determinar dicho porcentaje de la pérdida de oportunidad -perspectiva cuantitativa-, pese a encontrarse acreditado el daño antijurídico cierto y personal -perspectiva cualitativa-, deberá el juez de la responsabilidad, tal como lo ha señalado la doctrina bien sea a) declarar en abstracto la condena y fijar los criterios necesarios para que, mediante un trámite incidental, se realice la cuantificación del perjuicio, o bien b) acudir a criterios de equidad, eje rector del sistema de reparación estatal, - artículo 230 de la Constitución Política y 16 de la Ley 446 de 1998-, a fin de reparar en forma integral el daño imputable a los demandados.

vi) Ahora, si no es posible fijar científica y técnicamente el porcentaje de probabilidades, la cuantificación del porcentaje de posibilidades truncadas se determinará excepcionalmente, como sucede en otros ordenamientos jurídicos, en un 50%, el cual se aplicará para la liquidación de los perjuicios materiales e inmateriales, de manera que, en virtud de la equidad y la igualdad procesal que debe prohijarse entre las partes, no importa si el porcentaje de posibilidades frustradas haya podido fluctuar entre el 0.1 y el 99%, habida cuenta de que, sin haber podido aplicar la regla general, bastará que se hayan acreditado los elementos de la pérdida de oportunidad, es decir que se constate cualitativamente un truncamiento de la oportunidad que afecte el patrimonio de los demandantes para que proceda la reparación por excepción. Dicha excepción se justifica porque, aunque haya ausencia cuantitativa del porcentaje de probabilidad de la expectativa legítima truncada, dicha expectativa sigue de todas maneras representado un

menoscabo a un bien material o inmaterial que fue arrancado del patrimonio de la víctima y, por ello, debe ser reparada”<sup>23</sup>.

Como no obran elementos de juicio que permitan establecer con base en criterios técnicos, estadísticos y con información objetiva y contrastada, la cuantía del daño sufrido por los demandantes como consecuencia de la pérdida de oportunidad de la paciente de acceder a un diagnóstico y tratamiento oportuno que le hubiera permitido eventualmente sobrevivir, se estima que una suma razonable y proporcional por tal concepto corresponde a un porcentaje del 30% de la posibilidad truncada, esto es, la expectativa legítima que tenía la paciente de recuperación de su salud y de sobrevivir por cuenta de ser diagnosticada a tiempo y sometida al tratamiento que correspondía, tomando en cuenta que en la experticia aportada por los demandantes da cuenta de que las probabilidades de mejoría eran “moderadas”. Lo anterior, en virtud: i) la gravedad que, por sí sola, proviene de un diagnóstico de cáncer y ii) el principio de equidad reconocido por el ordenamiento jurídico para efectos de reparar de forma integral el daño causado por la acción o la omisión de las autoridades públicas.

De otra parte, está acreditada la relación de consanguinidad entre la señora MARÍA LUCÍA GIL VALENCIA y MARÍA SONIA GIL VALENCIA (hermana), ANCÍZAR DE JESÚS GIL VALENCIA (hermano), MARÍA TERESA GIL VALENCIA (hermana), GUSTAVO DE JESÚS GIL VALENCIA (hermano), FABIÁN DE JESÚS GIL VALENCIA (hermano), MARÍA ELENA GIL VALENCIA (hermana), ELIANA RAMÍREZ GIL (sobrina), HECTOR MANUEL RAMÍREZ GIL (sobrino) y DIEGO ARMANDO RAMÍREZ GIL (sobrino), según copia de los registros civiles de nacimiento aportadas<sup>24</sup>.

Según las reglas de la experiencia, el fallecimiento de un consanguíneo hace presumir en sus parientes un grado de dolor y aflicción, tal como lo ha enseñado el Consejo de Estado, hasta el segundo grado de consanguinidad. Por lo tanto, se concluye que están dadas las condiciones para reconocer los perjuicios morales para los hermanos de la víctima y se procede su tasación. No acontece lo mismo, con los consanguíneos del tercer grado.

---

<sup>23</sup> CONSEJO DE ESTADO, SECCIÓN TERCERA. Consejero Ponente Doctor RAMIRO PAZOS GUERRERO. Sentencia del cinco (5) de abril de dos mil diecisiete (2017).

<sup>24</sup> Archivo 3, páginas 6 a 15 y archivo 5 página 4 y 5 del expediente.

“Así las cosas, tenemos que el concepto de perjuicio moral se encuentra compuesto por el dolor, la aflicción y en general los sentimientos de desesperación, congoja, desasosiego, temor, zozobra, etc., que invaden a la víctima directa o indirecta de un daño antijurídico, individual o colectivo.

En consecuencia, para la reparación del perjuicio moral en caso de muerte se han diseñado cinco niveles de cercanía afectiva entre la víctima directa y aquellos que acuden a la justicia calidad de perjudicados o víctimas indirectas, los cuales se distribuyen así:

Nivel No. 1. Comprende la relación afectiva, propia de las relaciones conyugales y paterno- filiales o, en general, de los miembros de un mismo núcleo familiar (1er. Grado de consanguinidad, cónyuges o compañeros permanentes o estables). A este nivel corresponde el tope indemnizatorio de 100 SMLMV.

Nivel No. 2. Donde se ubica la relación afectiva propia del segundo grado de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos). A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 50% del tope indemnizatorio”<sup>25</sup>.

Siguiendo el precedente citado, se reconocerá el equivalente a quince (15) salarios mínimos legales mensuales vigentes a favor de cada uno de los hermanos de la señora MARÍA LUCÍA GIL VALENCIA, es decir, el 50% del tope indemnizatorio.

De otra parte, respecto de los sobrinos, los perjuicios por ellos solicitados deben fundarse en la demostración plena de la “relación afectiva”, aspecto que no se demostró ni al menos sumariamente y, por ende, se denegarán las pretensiones invocadas para los demandantes ELIANA RAMÍREZ GIL, HECTOR MANUEL RAMÍREZ GIL y DIEGO ARMANDO RAMÍREZ GIL.

## 5. LLAMAMIENTOS EN GARANTÍA

5.1. EL HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS tomó un seguro de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales con ALLIANZ SEGUROS S.A, según las pólizas números 022069937/0<sup>26</sup> y 02252360/0<sup>27</sup>, para cubrir eventos bajo la modalidad de cobertura CLAIMS MADE, las cuales cubren indemnizaciones por reclamaciones que se presentaren durante la vigencia,

---

<sup>25</sup> Sentencia del 28 de agosto de 2014. Sala Plena de lo Contencioso Administrativo. Consejero Ponente Doctor JAIME ORLANDO SANTOFIMIO GAMBOA. Número interno (26251).

<sup>26</sup> Archivo 14, páginas 37 a 64 del expediente.

<sup>27</sup> Archivo 15, páginas 67 a 96 del expediente.



siempre y cuando los hechos causantes de dichas reclamaciones hayan ocurrido durante la vigencia de la póliza o dentro del período de retroactividad establecido.

En particular, la póliza 022069937/0, vigente desde el 1° de abril de 2017 hasta el 30 de enero de 2018 y retroactividad al 31 de marzo de 2011, cubriría temporalmente el evento. Sin embargo, al revisar las exclusiones, se observa una cláusula específica que excluye la cobertura en casos de "Errores u omisiones del asegurado en el ejercicio de su actividad profesional" <sup>28</sup>.

Esta exclusión conlleva que el daño por errores o negligencias en la práctica profesional, en los términos de las condiciones generales y particulares del contrato, no está cubierto por la póliza. Por lo tanto, se abre paso la excepción de "Exclusión de Cobertura Expresamente Previstas en las Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022069937/0" <sup>29</sup>. Por lo tanto, la aseguradora no estaría obligada a responder por los daños derivados del error diagnóstico que se alega en este caso.

5.2. En relación a la póliza de seguro de responsabilidad civil profesional clínicas N° AA008646<sup>30</sup> tomada con LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. bajo la modalidad de cobertura CLAIMS MADE, ampara las indemnizaciones por las reclamaciones presentadas por terceros afectados durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores según su retroactividad. En el caso de esta póliza, su vigencia está determinada entre el 1° de febrero de 2019 y el 31 de enero de 2020 y su retroactividad a partir del 31 de marzo de 2011.

De conformidad con lo probado dentro del expediente, se tiene que los hechos ocurrieron entre abril de 2017 y el 20 de julio de 2017, fecha de fallecimiento de la señora MARÍA LUCÍA GIL VALENCIA, y el reclamo a la asegurada se hizo con la solicitud de conciliación extrajudicial que se radicó el 21 de febrero de 2019<sup>31</sup>, se puede verificar que el hecho dañoso ocurrió en el período de retroactividad y

---

<sup>28</sup> Archivo 14, páginas 49 del expediente.

<sup>29</sup> Archivo 14, páginas 22 y 23 del expediente.

<sup>30</sup> Archivo 15, páginas 81 a 90 del expediente.

<sup>31</sup> Archivo 3, páginas 26 a 27 del expediente.

la reclamación se presentó en vigencia de esta, razón por la cual está amparado por este contrato de seguros.

En consecuencia, la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C, debe reembolsarle a la Empresa Social del Estado HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS el valor cancelado en virtud de este fallo, dentro de los límites y con los deducibles pactados en el contrato de seguro y respetando de ser aplicable, la reducción del valor asegurado en virtud de póliza la de responsabilidad civil N° AA008646.

Las razones previamente expuestas, son suficientes para concluir que las excepciones propuestas por la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C, no tienen vocación de prosperidad.

6. No se condenará en costas, por no aparecer causadas.

Por lo expuesto, el JUZGADO TERCERO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE PEREIRA, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley...

FALLA

1°. Declarar no probadas las excepciones propuestas por la Empresa Social del Estado HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS y la EQUIDAD SEGUROS GENERALES.

2°. Declarar administrativamente responsable a la Empresa Social del Estado HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS, por los perjuicios causados como consecuencia de las deficiencias en la prestación del servicio de salud que dio lugar a la muerte de la de la señora MARÍA LUCÍA GIL VALENCIA, según lo expresado en la motivación de esta providencia.

3°. Condenar a la Empresa Social del Estado HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS, a pagar por perjuicios morales para cada uno de los señores MARÍA SONIA GIL VALENCIA, ANCÍZAR DE JESÚS GIL VALENCIA, MARÍA

TERESA GIL VALENCIA, GUSTAVO DE JESÚS GIL VALENCIA, FABIÁN DE JESÚS GIL VALENCIA y MARÍA ELENA GIL VALENCIA, el equivalente a quince (15) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

4°. Denegar las demás pretensiones, de conformidad con lo expresado en la parte motiva de la sentencia.

5°. Declarar probada la excepción denominada “límites temporales y exclusiones”, propuesta por ALLIANZ SEGUROS S.A.

6°. Condenar a la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C que le reembolse a la Empresa Social del Estado HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS el valor cancelado en virtud de este fallo, dentro de los límites y con los deducibles pactados en el contrato de seguro y respetando de ser aplicable, la reducción del valor asegurado en virtud de póliza la de responsabilidad civil N° AA008646.

7°. Sin costas por las razones expresadas.

8°. Ordenar a la demandada que cumpla esta sentencia en los términos señalados en los artículos 187 y 192 de la Ley 1437 de 2011.

9°. Ejecutoriada la sentencia, archívese el expediente en forma definitiva.

NOTIFÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

El juez

CARLOS ALBERTO CARDONA TORO

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