

**REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL**



**JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
DE GIRARDOT**

Girardot, once (11) de diciembre de dos mil veintitrés (2023)

SENTENCIA:	248
MEDIO DE CONTROL:	REPARACIÓN DIRECTA
PARTE DEMANDANTE:	ANYUL MARÍA YATE GONZÁLEZ (quien actúa en nombre propio y en representación de sus hijos JOHAN STEEWAR CAMACHO YATE, JANNIN ALEJANDRA CAMACHO YATE, GIOVANNY STEVEN CAMACHO YATE, LAURA YURNEY CAMACHO YATE Y SOLANYI VANESA CAMACHO YATE) ¹ .
PARTE DEMANDADA:	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ
LLAMADOS EN GARANTÍA:	COOMEDSALUD C.T.A., ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA Y PRECOOPERATIVA MULTIATIVA EN SALUD 'GRUPO VAVALS'
RADICADO:	25307-33-33-002-2016-00200-00

Una vez concluidas las etapas previas a la decisión y al no vislumbrarse causal alguna que haga írrita la actuación, procede el Despacho a emitir sentencia de primera instancia en el proceso de la referencia.

1. ANTECEDENTES

1.1. PRETENSIONES².

Se declare que la entidad demandada es administrativamente responsable de la muerte del señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA. En consecuencia, piden los accionantes se condene a la parte demandada a pagar:

a) Por perjuicios materiales:

- Daño emergente: \$1.748.000, por concepto de gastos fúnebres, o la suma que se acredite en el expediente.
- Lucro cesante: la suma de \$360.000.000, calculados sobre 24 años de vida productiva restante, atendiendo a un ingreso mensual equivalente a \$1.250.000; y/o el valor que se demuestre en el proceso.

b) Por perjuicios inmateriales (morales): 100 smlmv³ a favor de cada uno de los demandantes.

Asimismo, piden se cancelen las sumas indexadas y los intereses que se generen desde la firmeza de la sentencia hasta su efectivo cumplimiento.

¹ Todos menores de edad al momento de interponerse la demanda.

² PDF 001 pp. 75 y ss.

³ Salarios mínimos legales mensuales vigentes.

1.2. HECHOS JURÍDICAMENTE RELEVANTES⁴.

1.2.1. MATERIA DE CONSENSO.

- a) ARGEMIRO CAMACHO ALZA ingresó al servicio de urgencias de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ el 3 de julio de 2014 -aproximadamente a las 9:29 pm- por fuerte dolor de cabeza, fiebre y vómito, de 18 horas de evolución, con tensión arterial elevada, siendo revalorado a las 11:09 pm, momento en el cual afirmó sentirse bien, consignándose como diagnóstico *“cefalea resuelta”*⁵.
- b) El 4 de julio de 2014, a las 9:56 pm, el señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA regresó al servicio de urgencias de la entidad demandada por fuerte dolor de cabeza asociado a vómito; le fue diagnosticado *“cefalea debida a tensión”*⁶; luego, siendo las 11:42 pm, fue revalorado y dado de alta con fórmula y recomendaciones, consignándose nuevamente en la historia clínica *“cefalea resuelta”*⁷.
- c) El 5 de julio de 2014, siendo las 6:58 pm, el señor CAMACHO ALZA ingresa por tercera vez al servicio de urgencias del mismo Hospital, por dolor de cabeza y fiebre, siendo atendido a las 8:23 pm con diagnóstico *“fiebre, no especificada”*⁸, dándose inicio al plan de manejo; luego, a las 2:00 am del día siguiente, se determina *“cefalea – otros trastornos orgánicos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión y disfunción cerebrales”*, continuándose *“EN OBSERVACIÓN + LAB + TAC CRÁNEO + VAL POR URGENCIOLOGÍA”*⁹.
- d) Siendo las 2:46 pm del 6 de julio de 2014, se determinó como diagnóstico *“encefalopatía no especificada”*, siendo valorado por médico urgenciólogo *“...el cual ordena dejar en observación, solicitan nuevos paraclínicos se inicia sedación...”*¹⁰.
- e) El 7 de julio del mismo año, a las 12:41 am, es valorado por medicina interna, anotando que el paciente presentaba *“cuadro compatible de meningitis”*¹¹.
- f) El mismo día 7, a las 12:47 am, se intentó hacer procedimiento de punción lumbar, no siendo posible por riesgo de trauma raquídeo al permanecer el paciente agitado¹²; ulteriormente, a las 12:07 pm en el examen físico evidenció reporte de *“signos meníngeos positivos”*¹³.
- g) El 8 de julio de 2014 a las 5:42 pm persiste el diagnóstico de *“encefalopatía no especificada”*, padeciendo el paciente apnea con pulso, *“...se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada protocolo de epinefrina cada 3 minutos, se realizan maniobras durante 25 minutos sin obtener respuesta”* falleciendo el señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA a las 4:50 pm¹⁴.

1.2.2. MATERIA DE DIVERGENCIA.

⁴ Conforme a la fijación del litigio desarrollada en la audiencia inicial. Ver acta PDF 13.

⁵ Hecho 1 a 1.4, fl. 60 c1 (Pág. 67 archivo pdf 1.), aceptación parcial fl. 103 c1 (Pág. 112 archivo pdf 1), prueba fls. 8-9 y 116 fte y vto c1 (Pág. 15 archivo pdf 1).

⁶ Fls. 11, 12 y 117 fte y vto c1.

⁷ Hecho 2, 2.2 fls. 61 c1, aceptación parcial fl. 104 c1, prueba fls. 11,12 y 117 fte y vto y 118 c1.

⁸ Fls. 13,14 y 118 fte y vto c1

⁹ Hecho 3, 3.1 parcial, y 3.2 parcial fls. 62, 63 y 64 c1, aceptación fls. 104, 105 c1, prueba fls. 13 – 16 y 118 - 121 c1.

¹⁰ Hecho 3.3 parcial, fl. 63 c1, aceptación fl. 104-105 c1, prueba fl. 16 c1.

¹¹ Hecho 3.7 fl. 64 c1, aceptación parcial fl. 105 c1, prueba fl. 22 c1.

¹² Fl. 22 y 121 vto.

¹³ Hecho 3.9 y 3.10 parciales fls. 64 c1, aceptación parcial fls. 105 c1, prueba fls. 20, 22 y 121 vto c1.

¹⁴ Hecho 3.11,3.12, fls. 65 c1, aceptación parcial fls. 105,106 c1, prueba fls. 21 y 122 vto c1.

- a) Si la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ brindó al señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA debida atención médica desde el 3 de julio de 2014, conforme a la sintomatología que presentaba, si le practicaron todos los servicios médicos a los que había lugar y si se le realizó el correcto y adecuado seguimiento médico.
- b) Si el señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA falleció por neuroinfección, si ello es imputable al ente hospitalario por haber presentado el paciente síntomas de meningitis desde la primera consulta médica y si, por tanto, el manejo médico fue inoportuno, constitutivo de falla en el servicio médico.
- c) Si el daño antijurídico de la parte actora, ligado al fallecimiento del señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA es imputable a la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ, o si, por el contrario, se configura culpa exclusiva de la víctima.
- d) Si hay lugar a indemnizar los perjuicios aducidos por los demandantes.

1.3. FUNDAMENTOS DE DERECHO Y TESIS DE LA PARTE ACTORA DESARROLLADA EN LA DEMANDA¹⁵.

🚦 Artículos 2, 49 y 90 de la Constitución Política.

En síntesis, considera que la manera como se produjo el fallecimiento del señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA, determinan la responsabilidad endilgada al ente hospitalario demandado, en tanto se configuraron el daño cierto, el hecho generador de la falla del servicio, la falta de oportunidad, así como la relación de causalidad entre la falla del servicio y falta de atención y el daño cierto suscitado, tesis que refuerza con apartados jurisprudenciales /ver PDF 001 pp. 78-84/.

1.4. LAS CONTESTACIONES. TESIS DE LA ENTIDAD DEMANDADA Y DE LAS LLAMADAS EN GARANTÍA FRENTE A LA DEMANDA.

1.4.1. E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ¹⁶.

Luego de pronunciarse expresamente sobre los hechos de la demanda, aceptando aquellos que fueron materia de consenso al fijar el litigio, erige oposición a las pretensiones de la parte actora. Para ello, propone los siguientes medios exceptivos:

- (i) FALTA DE CAUSA PARA ACCIONAR. En resumen, defiende el actuar el ente hospitalario al discurrir que, una vez el paciente acudió al servicio de urgencias, se le prestaron todos los cuidados, habiéndosele practicado los exámenes pertinentes por el personal médico tratante y se le suministraron los medicamentos en atención a la patología sobrellevada. Enfatiza en las tres oportunidades (3, 4 y 5 de julio de 2014) en las que el señor CAMACHO ALZA acudió al servicio de urgencias por ‘dolor de cabeza’, *“pero, guardando silencio respecto a la ingesta de alcohol, como se manifestó al referirnos al numeral 3.10 de los HECHOS de la demanda”* /p. 116/. Adicional a ello, asocia el ente hospitalario la ingesta de alcohol del paciente con las ‘tradicionales festividades de San Pedro’ para, con ello, argüir que el suceso lamentable no es atribuible al Hospital.
- (ii) FALTA DE NEXO CAUSAL ENTRE LA ACTUACIÓN DEL HOSPITAL Y LA MUERTE DEL PACIENTE. Enfatiza en la atención inmediata que se le brindó al señor CAMACHO ALZA por las galenas Ana Lucía Buelvas y Maria Alejandra Ospina, e igualmente por los médicos Cristian Mendoza Santos, Samir Polanco Pontón y Germán Alberto Avellaneda, cada vez que el

¹⁵ PDF 001 pp. 77 y ss.

¹⁶ PDF 001 pp. 112-124.

paciente acudió al servicio de urgencias, *“todos ellos Profesionales idóneos”* /p. 117/, para lo cual subraya la ingesta de alcohol durante 5 días manifestada por el paciente, concomitante con el tratamiento médico inicialmente ofrecido en el área de urgencias, y la *“conducta compulsiva que pudo haber sido la causa de los síntomas”* /idem/; en tal contexto, arguye que la inobservancia a las recomendaciones y prescripciones médicas una vez el paciente egresa del centro asistencial, propiciaba un deterioro grave en el estado de salud si *“procede a continuar ingiriendo bebidas alcohólicas”* /p. 118/.

(iii) CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA. Excepción que fundamenta con razonamientos ya esbozados en los otros dos medios exceptivos y en jurisprudencia que estima aplicable.

(iv) EL DAÑO NO ES IMPUTABLE A LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ YA QUE ESTÁ DEMOSTRADO QUE SE CUMPLIÓ CON LOS ATRIBUTOS DE LA CALIDAD. Sustenta este medio exceptivo expresando que la atención brindada al señor ARGEMIRO CAMACHO se acompañó a los protocolos hospitalarios y a los atributos de calidad contenidos en el marco normativo que regula la materia (Ley 10/90, Decretos 1760/90, 2309/02 (art. 6) y 1011/06; y Resolución 5261/94).

1.4.2. ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA¹⁷.

Se opone a cada una de las súplicas formuladas por los demandantes. Para ello, estima que los requisitos esenciales de la responsabilidad médica no se acreditan de manera fehaciente, máxime la *“total y absoluta diligencia”* desplegada por el ente hospitalario, intelección que refuerza con las excepciones que intitula así:

(i) INEXISTENCIA DE LA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA Y PATRIMONIAL QUE SE PRETENDEN ATRIBUIR A LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ, AL NO CONFIGURARSE LOS ELEMENTOS ESENCIALES PARA SU SURGIMIENTO. Considerando que el presente asunto ha de analizarse conforme al régimen de falla probada, manifiesta que el daño consistente en la muerte del señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA *“no fue, de manera alguna, producto de un actuar deliberado y negligente por parte del personal médico”* /p. 176/.

Reproduce apartes jurisprudenciales para insistir en la ausencia de malas prácticas al brindársele atención al señor ARGEMIRO CAMACHO. Expresa que el acto médico se divide en anamnesis, diagnóstico y tratamiento, fases que se llevaron a cabo en el asunto sujeto a examen, en virtud de las reglas de comportamiento que determinan el grado de diligencia y cuidado (*lex artis ad hoc*).

Resalta que las obligaciones asumidas por los profesionales de la salud son *de medio*, no *de resultado*, en atención a los manuales y protocolos de más alto nivel sobre procedimientos médicos, evidenciada en el historial clínico.

Distingue al estado de embriaguez del paciente y a la desatención de las recomendaciones y estados de alerta brindados al disponer su egreso como las circunstancias que impidieron definir el diagnóstico con precisión, arguyendo a renglón seguido que *“los profesionales en salud no pueden ordenar entonces multiplicidad de tratamientos que atenten contra el estado de salud del paciente por evitar cualquier endilgación (sic) de responsabilidad al haber omitido ordenar uno u otro”* /p. 179/. Adicionalmente, enfatiza en que la víctima no reflejó síntomas propios de la meningitis, como la rigidez en su cuello y dolor muscular.

(ii) DEBIDA DILIGENCIA. Excepción que sustenta con raciocinios ya esbozados en el anterior medio exceptivo e insiste en que le corresponde a la parte demandante asumir la

¹⁷ PDF 001 pp. 168-190.

carga probatoria y, con ello, demostrar que hubo descuido al igual que un actuar imperioso y carente de diligencia por el personal médico.

(iii) LAS OBLIGACIONES DE LOS PROFESIONALES EN SALUD SON DE MEDIO. Raciocinio de defensa que cimienta con la Ley 1438/11 (art. 104), modificatoria de la Ley 1164/07 (art. 26), para expresar a renglón seguido que *“el actuar del hospital demandado se hizo conforme a los procedimientos médicos establecidos, sin embargo, el diagnóstico podría corresponder a infinidad de causas para las cuales los médicos no podían ordenar infinidad de tratamientos, sino que en primera medida se atendió a los síntomas más claros y debido a la persistencia de estos, se buscó de manera exhaustiva la causa precisa para darle el adecuado tratamiento, que lamentablemente resultó ser infructuoso”* /p. 182/.

(iv) HECHO EXCLUSIVO DE LA VÍCTIMA. Exterioriza que era imprevisible para el hospital que el señor ARGEMIRO CAMACHO ingiriera alcohol antes y durante la época de los hechos, situación también irresistible en tanto el ente hospitalario no podía obligar a aquel o a sus familiares cumplir con las recomendaciones *“y evitar que este consumiera indeterminadas cantidades de licor, que no le permitirían determinar de manera oportuna si sus síntomas obedecían a un padecimiento alterno a los malestares generales que se padecen tras un consumo excesivo de bebidas alcohólicas”* /p. 183/.

(v) INCORRECTA TASACIÓN DE PERJUICIOS. En su sentir, la parte demandante no aportó prueba idónea para establecer de manera cierta los perjuicios padecidos.

(vi) PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO. Excepción expuesta con base en el Código de Comercio (art. 1081).

(vii) GENÉRICA O INNOMINADA.

1.4.3. PRECOOPERATIVA MULTIACTIVA EN SALUD GRUPO VAVALS¹⁸.

Su defensa se contrajo al llamamiento en garantía efectuado.

1.4.4. COOMEDSALUD C.T.A.

Guardó silencio¹⁹.

1.5. SOBRE LOS LLAMAMIENTOS EN GARANTÍA EFECTUADOS POR LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ²⁰.

1.5.1. FRENTE A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

1.5.1.1. HECHOS JURÍDICAMENTE RELEVANTES MATERIA DE CONSENSO²¹.

LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ tomó en su favor con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA la póliza de seguro de responsabilidad civil clínicas y centros médicos N° 305-88-994000000003, para amparar el daño emergente por el servicio médico, responsabilidad civil institucional, transporte en ambulancia, responsabilidad civil del director médico, uso de equipos de diagnóstico o terapéutica, suministro de medicamentos y gastos de defensa, cuya vigencia es del 02/05/2014 al 02/05/2015.

1.5.1.2. LA DIVERGENCIA DEL LLAMAMIENTO.

¹⁸ PDF 002 pp. 195-197.

¹⁹ Ver PDF 013 p. 10.

²⁰ Atendiendo a la fijación del litigio desarrollada en la audiencia inicial. Ver acta PDF 013, pp. 5-6.

²¹ Hecho 3 fl. 2 c2, aceptación parcial fl.99 fte y vto ídem, prueba fl. 26-28 c2.

Si la compañía aseguradora debe responder patrimonialmente por la eventual condena que se le atribuya a la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ, en virtud de lo pactado en la póliza identificada.

La compañía aseguradora formuló las siguientes excepciones frente al llamamiento²²:

- (i) NO SE REALIZÓ EL RIESGO ASEGURADO, POR LO QUE NO NACE LA OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA DE LA ASEGURADOR.
- (ii) LÍMITES ASEGURADOS PACTADOS MEDIANTE LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL NO. 305-88-994000000003.
- (iii) EXISTENCIA DE DEDUCIBLE EN LA PÓLIZA OBJETO DE ESTUDIO.
- (iv) GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

1.5.2. FRENTE A LA PRECOOPERATIVA MULTIACTIVA EN SALUD GRUPO VAVALS.

1.5.2.1. HECHOS JURÍDICAMENTE RELEVANTES SOBRE LOS CUALES HAY CONSENSO²³.

GRUPO VAVALS celebró con el HOSPITAL DEMANDADO el contrato de apoyo a la gestión No. 982-2014 de fecha 1º de julio de 2014, vigente al momento de la ocurrencia de los hechos.

1.5.2.2. DIVERGENCIA DEL LLAMAMIENTO.

Si el personal médico que atendió al señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA desde el 3 de julio hasta el 8 de julio de 2014, fecha de su deceso, estaba vinculado a GRUPO VAVALS, y si éste último debe responder patrimonialmente por la eventual condena que se le atribuya al HOSPITAL DEMANDADO, en virtud del contrato de apoyo a la gestión mencionado.

1.5.3. FRENTE A COOMEDSALUD C.T.A.

1.5.3.1. HECHOS JURÍDICAMENTE RELEVANTES SOBRE LOS CUALES HAY CONSENSO²⁴.

COOMEDSALUD celebró con el HOSPITAL DEMANDADO el contrato de prestación de servicios No. 963-2014 de fecha 1º de julio de 2014, contrato vigente en la época de los hechos fundamento de esta demanda.

1.5.3.2. DIVERGENCIA DEL LLAMAMIENTO.

Si el personal médico que atendió al señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA desde el 3 de julio hasta el 8 de julio de 2014, fecha de su deceso, estaba vinculado a COOMEDSALUD, y si este último debe responder patrimonialmente por la eventual condena que se le atribuya al HOSPITAL DEMANDADO, en virtud del contrato de prestación de servicios mencionado.

1.6. TRÁMITE PROCESAL.

La demanda, presentada el 30 de marzo de 2016 /PDF 001 p. 94/, fue asignada a este Juzgado el 4 de abril de ese año /p. 97 ídem/ y admitida el 11 de abril siguiente /PDF 001 pp. 90-100/. Una vez la parte actora sufragó los gastos ordinarios del proceso /p. 103 íbidem/, se notificó

²² PDF 001 pp. 186 y ss.

²³ Hecho 2 fls. 1,2 c2, aceptación parcial fl. 136 c2, prueba fls. 19-25 c2.

²⁴ Hecho 1 fls. 1 c2, prueba fls. 6-13 c2.

la demanda, sus anexos y el auto admisorio a la entidad demandada, al Ministerio Público y a la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado /ver PDF 001 pp. 104 y ss./.

Se admitieron luego los llamamientos en garantía formulados, según autos proferidos el 13 de diciembre de 2016 y 10 de abril de 2018 /PDF 001 pp. 163-165; y PDF 002 pp. 50-52/; surtiéndose luego las notificaciones de ley a las llamadas en garantía. De igual forma, con auto del 13 de mayo de 2019 se admitió el llamamiento en garantía que GRUPO VAVALS formuló contra Seguros del Estado /PDF 003 pp. 66-70/, declarándose luego el desistimiento tácito con proveído el 23 de septiembre de ese año /PDF 003 pp. 78-80/.

Seguido a ello, transcurridos los términos que por ley disponían los llamados en garantía para intervenir y superada la suspensión de términos ordenada por el Consejo Superior de la Judicatura mediante Acuerdo PCSJA20-11521 de 2020, se celebró la audiencia inicial el 11 de agosto de 2020 /PDF 013 y archivos de audio y video 011 y 012/, abriéndose el proceso a pruebas, etapa dentro de la cual se celebró la audiencia de que trata el artículo 181 del CPACA en distintas sesiones.

Finalmente, culminada la etapa probatoria, se corrió traslado a las partes para presentar sus alegatos de conclusión y al agente del Ministerio Público para rendir concepto /PDF 90 y archivo de audio y video 092/, sin advertirse causal de nulidad alguna que tornara írrita la actuación.

1.7. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN.

1.7.1. PARTE ACTORA²⁵.

Presenta oportunamente sus alegatos de cierre. En primera medida, alude a los tres ingresos del señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA al servicio de urgencias (3, 4 y 5 de julio de 2014) y a los síntomas que registraba (fuerte dolor de cabeza, fiebre y vómito) con 18 horas de evolución, para expresar que el tratamiento médico solo se surtió desde el 7 de julio de 2014, momento que califica como “*DEMASIADO TARDE*”, configurándose así un manejo inoportuno a pesar de acudirse a consulta en tiempo y de manera reiterativa, sumados a los inadecuados registros en la historia clínica, la ausencia de diagnóstico temprano y el tardío manejo antibiótico brindado “*A PESAR DE SER UN CUADRO CLÍNICO CON ELEMENTOS PARA SOSPECHAR EL DIAGNÓSTICO DESDE LA PRIMERA CONSULTA DEL PACIENTE*”, propiciándose así una pérdida de chance, atribuible al ente demandado.

Sobre la atención médica brindada en la primera oportunidad (3 de julio), cuestiona desconocer el manejo que se le dio al paciente, ya que el examen físico consignado en la historia clínica es incompleto en la parte neurológica. Adicionalmente, acudiendo al testimonio del Dr. Germán Alberto Avellaneda, infiere que el ulterior estudio de cuadro hemático permitió establecer el diagnóstico que padecía el señor ARGEMIRO CAMACHO, y dicho servicio médico, en sentir de la parte actora, debió realizarse en la primera oportunidad, sumado a que los galenos no tomaron en consideración el tiempo de evolución de la sintomatología (18 horas) con miras a ampliar los estudios en los ingresos registrados los días 3 y 4 de julio, máxime que, tratándose “*ANTE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS INESPECÍFICOS SE DEBÍA TENER EN CUENTA EL DIAGNÓSTICO DE MENINGITIS BACTERIANA, para el manejo, estudio y tratamiento oportuno*” /p. 7. Mayúsculas son de la cita/, y al señor CAMACHO ALZA no le fueron practicados exámenes de laboratorio en el primer ni en el segundo ingreso.

²⁵ PDF 100.

Continúa arguyendo que los signos vitales del paciente estaban alterados al ingresar desde la primera oportunidad y, a pesar de ello, no se surtió interconsulta con el especialista ni se realizó examen de sangre (cuadro hemático) cuyo resultado pudo hallarse alterado ante la presencia de meningitis, aunado a que los casos en los que se presenta reingreso del paciente *“DEBE CONSIDERARSE COMO ALERTA”* /p. 10 *infra*. Mayúsculas son de la cita/, situación que, prosigue, no se acompasa a la atención brindada en la segunda oportunidad, momento en el que tampoco se ordenó la práctica de exámenes ni la valoración por especialista.

Arguye la parte demandante, atendiendo a la prueba testimonial practicada, que *“EL CUADRO DE MENINGITIS NO PASA DE UNA SEMANA DE DURACIÓN, POR LO TANTO, PRUEBA QUE EL PACIENTE CAMACHO ALZA, CONSULTÓ A TIEMPO PARA SER ATENDIDO CON UNOS SÍNTOMAS QUE PODÍAN SER SOSPECHOSOS DE MENINGITIS, ADEMÁS RE CONSULTÓ POR LOS MISMOS Y NO SE TUVIERON EN CUENTA PARA COMPLEMENTARSE ESTUDIO (sic) CON LABORATORIOS, POR LO QUE SE PERDIÓ OPORTUNIDAD DE SER ESTUDIADO Y MANEJADO A TIEMPO, EVITANDO LA COMPLICACIÓN DE SU ESTADO DE SALUD, MISMA QUE LO LLEVO A LA MUERTE”* /p. 12. Mayúsculas originales/.

Considera que *“SE PERDIÓ CUATRO (4) DÍAS DE MANEJO ANTIBIÓTICO”* /p. 13. Mayúsculas del texto/, a pesar de los claros signos de meningitis que exhibió desde el primer ingreso a urgencias, tratamiento indispensable que habría combatido e interrumpido el curso de la neuroinfección que suscitó la falla multisistémica al señor CAMACHO ALZA. Adicionalmente, estima que la tesis expuesta por la parte demandada, encaminada a enrostrar una conducta o hábito de alcoholismo de la víctima, no se demostró en el proceso, *“Y MUCHO MENOS QUE EL PACIENTE HAYA TENIDO INGESTA DE ALCOHOL DURANTE LOS TRES DÍAS CONSECUTIVOS QUE CONSULTÓ AL HOSPITAL”* /p. 14/; ello, conforme a lo plasmado en las historias clínicas.

Finalmente, en lo concerniente a la indemnización perseguida, estima acreditado el interés de los actores ante el padecimiento de perjuicios de carácter inmaterial, razón por la cual pide se acceda a las súplicas formuladas.

1.7.2. E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA²⁶.

Actuando oportunamente, insiste en la debida atención médica brindada al señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA, acotando a renglón seguido la parte accionante no acreditó la falla en la prestación del servicio médico. Para fortalecer su postura, el ente hospitalario itera que los primeros ingresos registrados por el señor ARGEMIRO CAMACHO registró síntomas inespecíficos que impedían asociarlo al cuadro clínico de meningitis.

Acude al testimonio rendido por el doctor Germán Alberto Avellaneda para resaltar que los síntomas referidos por el paciente al ingresar en un primer momento impedían colegir un cuadro de meningitis o neuroinfección, y aunado a la ingesta de licor en días previos *“no daban para inferir un cuadro (sic) de meningitis, ya que los síntomas (sic) que ferería (sic) el paciente, junto con el examen físico (sic) que describe la historia clínica (sic), no había (sic) nada que hubiera ayudado a los galenos para pensar en otro diagnóstico (sic) diferencial”* /p. 6. Subrayas originales/.

En este orden e insistiendo que se cumplieron los atributos de calidad que exigían los protocolos hospitalarios, al tiempo que se brindó la atención clínica con pertinencia, prudencia y en virtud del principio de continuidad, *“a pesar del desafortunado desenlace tantas veces referido, el daño cuya reparación se demanda y que resulta lamentable para todos, no es imputable a la Empresa Social del Estado”* /p. 8/.

²⁶ PDF 102.

1.7.3. ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA²⁷.

Al intervenir oportunamente exponiendo sus alegaciones de cierre, pide se nieguen las súplicas de los demandantes y se resuelva de manera desfavorable el llamamiento en garantía formulado en su contra por la ESE accionada, manifestación que cimienta a partir de la falta de prueba de la falla del servicio médico, dado que la parte actora incumplió con la carga procesal que le incumbía, pues acota, el tratamiento médico brindado al señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA fue diligente, cuidadoso y al compás de los protocolos médicos, rompiéndose así la relación de causalidad que la parte demandante pretendía patentizar entre el fallecimiento del señor CAMACHO ALZA y el proceder del ente hospitalario.

Acude *in extenso* al testimonio rendido por el médico internista Dr. Germán Alberto Avellaneda para interpretar que ese medio de prueba reafirma el actuar diligente y cuidadoso de la institución hospitalaria.

Al paso de reiterar lo expuesto en la excepción de culpa exclusiva de la víctima y al reseñar la inviabilidad de reconocer sumas por concepto de perjuicios materiales (daño emergente y lucro cesante), centra su argumentación en el llamamiento en garantía que dio lugar a su convocatoria. Al efecto, califica como inexistente la obligación indemnizatoria que se le atribuye a la compañía aseguradora con base en la póliza distinguida al fijarse el litigio, toda vez que no se concretó el riesgo asegurado, este es, la realización del hecho dañoso imputable al asegurado, en vigencia de la póliza “*y reclamado dentro de la misma*” /p. 17/, intelección que respalda en el Código de Comercio (arts. 1072, 1079).

En subsidio y en caso de acceder a las súplicas, solicita se tengan en cuenta los límites del valor asegurado estipulados en la póliza.

1.7.4. COOMEDSALUD C.T.A.

Sin alegatos /ver PDF 106/.

1.7.5. PRECOOPERATIVA MULTIACTIVA EN SALUD ‘GRUPO VAVALS’

No presentó alegatos de conclusión /ver PDF 106/.

1.8. EL CONCEPTO DEL MINISTERIO PÚBLICO.

El Agente del Ministerio Público se abstuvo de emitir concepto /ver PDF 106/.

2. CONSIDERACIONES

Persigue la parte demandante, en ejercicio de la acción de reparación directa consagrada en el precepto 140 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (CPACA), se declare administrativamente responsable a la entidad demandada por la muerte del señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA el 8 de julio de 2014.

2.1. PROBLEMAS JURÍDICOS.

El asunto jurídico por resolver se centra en dilucidar los siguientes cuestionamientos:

²⁷ PDF 105.

- ❖ *¿SE CONFIGURÓ UN DAÑO ANTIJURÍDICO A LOS DEMANDANTES, COROLARIO DE LA ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA AL SEÑOR ARGEMIRO CAMACHO ALZA Y SU FALLECIMIENTO? En caso afirmativo,*
- ❖ *¿EL DAÑO ANTIJURÍDICO IRROGADO A LA PARTE ACTORA ES ATRIBUIBLE FÁCTICA Y JURÍDICAMENTE A LA ENTIDAD DEMANDADA? De ser así,*
- ❖ *¿HUBO CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA? En caso negativo,*
- ❖ *¿HAY LUGAR A INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS MATERIALES E INMATERIALES QUE RECLAMA LA PARTE ACTORA?*
- ❖ *¿LAS LLAMADAS EN GARANTÍA DEBEN ASUMIR EL PAGO QUE SE ENDILGUE A LA ESE QUE LAS CONVOCÓ AL PROCESO EN TAL CONDICIÓN?*

2.2. EL ARGUMENTO CENTRAL.

2.2.1. PREMISA FÁCTICA. LO PROBADO EN LA ACTUACIÓN.

2.2.1.1. El señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA falleció el 8 de julio de 2014 /PDF 001 p. 47/. Era el padre de JOHAN STEEWAR CAMACHO YATE, JANNIN ALEJANDRA CAMACHO YATE, GIOVANNY STEVEN CAMACHO YATE, LAURA YURNEY CAMACHO YATE y de SOLANYI VANESA CAMACHO YATE /pp. 49, 50, 51, 52 y 53 *idem*/.

2.2.1.2. Conforme a la atención²⁸ brindada al señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA en el HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ desde el 3 de julio de 2014, según la historia clínica aportada (misma que goza de valor probatorio al tenor del canon 34 de la Ley 23/81²⁹, máxime que ninguno de sus apartados fue objeto de tacha o reparo alguno por los sujetos procesales sobre su contenido), se tiene lo siguiente:

(i) ARGEMIRO CAMACHO ALZA, de 49 años de edad, ingresó al servicio de urgencias de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ el **3 DE JULIO DE 2014 -9:29 pm-** por presentar un cuadro clínico de 18 horas de evolución, consistente en cefalea global acompañado de fiebre, escalofrío y un episodio emético con náuseas. En el aspecto neurológico y mental se consignó por la médica general tratante ‘SIN DÉFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE EN EL MOMENTO DEL [EXAMEN] FÍSICO’. Luego, a las 11:09 pm de la misma data, fue nuevamente valorado, momento en el cual afirmó que ‘YA ME SIENTO BIEN’, indicándose en el plan de manejo que el paciente refería ‘MEJORÍA DE CUADRO CLÍNICO DE INGRESO’, con consignación previa en el examen físico neurológico, con idéntica descripción a la consignada al ingresar al servicio de urgencias. De esta forma, se concluyó por la médica tratante que se trataba de una CEFALEA RESUELTA, se consignó en la historia clínica que se explicaron los signos de alarma para volver a urgencias y se emitieron órdenes para la realización de exámenes (colesterol, triglicéridos alteraciones del adulto, glucosa y cuadro hemático) /PDF 001 p. 15-16/.

(ii) El **4 DE JULIO DE 2014 -9:56 pm-**, el señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA reingresó al servicio de urgencias de la ESE demandada expresando que ‘TENGO DOLOR DE CABEZA FUERTE’, con cuadro clínico de más o menos 24 horas de evolución, caracterizado por una cefalea frontal persistente, tipo pulsación, asociada a náuseas y episodios eméticos; en la revisión por sistemas, se destacó por la galena tratante que el paciente

²⁸ Historia clínica aportada con la demanda y con la contestación efectuada por la ESE. Ver PDF 001 pp. 8-35 y 125-140. También obra transcripción de la historia clínica (incluidos los registros de enfermería) en los archivos PDF 031, 032, 033 y 035 del expediente digital, allegada por la parte demandada en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 175 parágrafo 1 inciso 2° de la Ley 1437/11.

²⁹ Artículo 34. La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

registraba ‘CEFALEA TENSIONAL FRONTAL’ en cabeza y cuello, con normalidad neurológica y mental. El diagnóstico fue ‘CEFALEA DEBIDA A TENSION’, brindándosele así manejo de ‘CEFALEA TIPO MIGRAÑA’. Ulteriormente, en la revaloración realizada a las **23:42 horas**, se consignó que el paciente presentaba ‘diagnóstico’ ya establecido, en ese momento estable, tolerando oxígeno del ambiente, negaba cefalea, náuseas y cuadros eméticos, por lo que se le dio el alta médica /PDF 001 p. 18/.

(iii) **EL 5 DE JULIO DE 2014, a las 18:58 horas**, el señor CAMACHO ALZA reingresó al servicio de urgencias del Hospital, reiterando dolor de cabeza y fiebre, consignándose que el cuadro clínico era de ‘MÁS O MENOS 4 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN CEFALEA INTENSA ASOCIADO A NÁUSEAS Y PICOS FEBRILES’. El diagnóstico fijado en dicha data por el médico general tratante fue de ‘FIEBRE, NO ESPECIFICADA’, indicándose en la historia clínica que el paciente, al ingresar, registraba ‘BUENAS CONDICIONES GENERALES’. Como plan de manejo se dispuso el suministro de medicamentos /PDF 001 p. 19/.

A las 21:30 horas de esa data, se obtuvieron resultados de laboratorio clínico (hematología y uroanálisis) /ver PDF 001 pp. 34-35/.

(iv) A las **02:00 horas del 6 DE JULIO DE 2014**, al ser valorado por médico general, se fijaron los diagnósticos de ‘CEFALEA’ y ‘OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS A ENFERMEDAD, LESIÓN Y DISFUNCIÓN CEREBRALES’. Lo anterior, al describir el galeno tratante en el examen físico que se trataba de un ‘PACIENTE CONSCIENTE, DESORIENTADO EN ESPACIO Y TIEMPO, LOGORREICO, INCOHERENTE, SOMNOLIENTO (...) SIN DÉFICIT APARENTE DE GLASGOW 15/15 (...)’. Ante ello, se ordenó dejarlo en observación y se ordenaron exámenes de laboratorio, TAC de cráneo³⁰ y valoración por la especialidad de urgenciología /PDF 001 pp. 19-20/. Asimismo, en la nota de evolución de urgencias, se indicó como motivo de la valoración por especialista el ‘ALCOHOLISMO’, sin más comentarios ni observaciones al respecto /p. 21 ídem/.

A las **14:46 horas del 6 DE JULIO DE 2014**, el señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA fue valorado por el médico urgenciólogo, Dr. Restrepo. Ante el diagnóstico de ‘ENCEFALOPATÍA NO ESPECIFICADA’, describió el profesional de la medicina al paciente como ‘[CONSCIENTE], DESORIENTADO EN ESPACIO Y TIEMPO, INTRANQUILO, FEBRIL AL TACTO (...) IRRITABLE, INCOHERENTE AL INTERROGATORIO, REFLEJOS PRESENTES (...) TAC DE CRÁNEO SIMPLE: NORMAL’. De esta manera, al paso de distinguir que su estado era ‘REGULAR’, el especialista en mención dispuso que el paciente permaneciera en observación, al tiempo que ordenó nuevos exámenes paraclínicos y sedación /PDF 001 pp. 22-23/.

A las **15:54 horas**, se emitió el resultado de laboratorio clínico (química clínica y hematología) /PDF 001 pp. 30-32/.

A las **06:38 pm** del mismo día (18:38 horas), se consignó en la historia clínica que el médico general tratante plasmó como nota médica ‘[VALORACIÓN] POR MEDICINA INTERNA’ /PDF 001 p. 25/.

(v) **El 7 DE JULIO DE 2014, a las 12:41 am (00:41 horas)**, ante la valoración por especialista en medicina interna, Dr. Germán Alberto Avellaneda, se describió que el paciente registraba ‘ANTECEDENTE DE ALCOHOLISMO LLEVABA “OANDO” (sic) 5 DÍAS, CON POSTERIOR CEFALEA INTENSA’. En examen físico se anotó por el especialista tratante, entre otras descripciones, que en el ámbito neurológico se detectaron ‘SIGNOS MENÍNGEOS, SIN FOCALIZACIÓN’. Como plan se indicó ‘PACIENTE CON CUADRO COMPATIBLE DE MENINGITIS, SE INICIA MANEJO Y ESTUDIOS’ /PDF 001 p. 28. Se subraya/.

³⁰ Con resultados dentro de los parámetros normales. Ver PDF 053.

A las **00:47 horas (12:47 am)**, continuó la valoración del señor ARGEMIRO CAMACHO por especialista en medicina interna, Dr. Germán Alberto Avellaneda, anotándose lo siguiente:

“Diagnósticos

ENCEFALOPATÍA NO ESPECIFICADA

Subjetivo

PACIENTE EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR

Análisis e interpretación de apoyo diagnóstico

PACIENTE EN REGULAR ESTADO GENERAL, SOMNOLIENTO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.

(...)

Análisis y Plan de manejo

DESCRIPCIÓN DE PUNCIÓN LUMBAR: PACIENTE INQUIETO. SE REALIZA SEDACIÓN CON 10 CC DE MIDAZOLAM Y HALOPERIDOL. SE REALIZA PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA. SE LOCALIZA SITIO [DE PUNCIÓN] Y SE INICIA PROCEDIMIENTO. SE REALIZAN TRES PUNCIONES FALLIDAS SIN OBTENCIÓN DE LÍQUIDO. PACIENTE MUY INQUIETO QUE NO RESPONDE A SEDACIÓN, POR LO CUAL SE DECIDE SUSPENDER EL PROCEDIMIENTO POR RIESGO DE TRAUMA RAQUÍDEO. SE INICIA MANEJO ANTIBIÓTICO PROFILÁCTICO³¹. SE HABLA CON FAMILIA, REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.

(...)” /PDF 001 pp. 28/.

A las **12:07 horas (12:07 pm)**, continuó la valoración del señor ARGEMIRO CAMACHO por especialista en medicina interna, Dr. Germán Alberto Avellaneda, quien consignó lo siguiente:

“Diagnósticos

ENCEFALOPATÍA NO ESPECIFICADA.

Subjetivo

PACIENTE EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR, HIPOREXIA, NO PICOS FEBRILES

Análisis e interpretación de apoyo diagnóstico

PACIENTE DE 49 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE:

1. MENINGITIS?

2. ENCEFALOPATÍA EN ESTUDIO

Examen Físico

(...)

Estado General:

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AFEBRIL AL TACTO (...) CUELLO MÓVIL, NO MASAS, NO INGURGITACIÓN YUGULAR, TÓRAX SIMÉTRICO, CON ADECUADA EXPANSIBILIDAD (...) NEUROLÓGICO: RIGIDEZ NUCAL, SIGNOS MENÍNGEOS POSITIVOS.

³¹ Es de mencionar que el inicio del manejo antibiótico halla concordancia con la anotación de enfermería registrada a las 12:01 am del 7 de julio de 2014, momento en el cual se le aplicó al paciente ampolla de ampicilina /ver PDF 033 pp. 13 infra y 14 supra/.

(...) Análisis Evolución:

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ALCOHOLISMO QUIEN REFIERE VENÍA TOMANDO ALCOHOL DURANTE 5 DÍAS CON POSTERIOR APARICIÓN DE CEFALEA GLOBAL INTENSA. HABÍA CONSULTADO PREVIAMENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS DONDE SE LE DIO MANEJO CON CON (sic) AINES. EL DÍA DE AYER REINGRESA CON PICOS FEBRILES DE 1 DÍA DE EVOLUCIÓN. ALTERACIÓN DE ESTADO DE CONCIENCIA. GLASGOW 11/11 Y ALTERACIÓN DEL COMPORTAMIENTO. EN LA NOCHE SE INTENTA REALIZAR PUNCIÓN LUMBAR 3 INTENTOS FALLIDOS. PACIENTE INQUIETO. NO RESPONDE A SEDACIÓN POR LO CUAL SE SUSPENDE PROCEDIMIENTO POR RIESGO DE TRAUMA RAQUÍDEO. SE CONTINÚA ESQUEMA ANTIBIÓTICO PROFILÁCTICO. SE EXPLICA A FAMILIARES QUIENES REFIEREN ACEPTAR Y ENTENDER. PENDIENTE REPORTE DE HEMOCULTIVOS. (...)” /PDF 001 p. 26/.

(vi) El 8 DE JULIO DE 2014, a las 09:28 horas, el señor ARGEMIRO CAMACHO fue nuevamente valorado por el especialista en medicina interna; consignó exactamente lo reproducido en la historia clínica el 7 de julio a las 12:07 horas, agregando que restaban además la toma de ecografía abdominal y el examen de VIH /ver PDF 001 p. 23/.

En la epicrisis No. 10402, con fecha de documento ‘08/julio/2014 05:45 pm’, se señaló que el paciente tenía antecedente de ‘ALCOHOLISMO’, que ‘LLEVABA “OANDO” (sic) 5 DÍAS, CON POSTERIOR CEFALEA INTENSA’, que el Estado de Ingreso era ‘ALCOHOLISMO’. A las 05:42 pm del mismo día, se indicó que ‘SE ATIENDE LLAMADO DE ENFERMERÍA QUIEN INFORMA PACIENTE PRESENTA APNEA. SE ENCUENTRA PACIENTE EN APNEA CON PULSO, SE INICIAN MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA, PROTOCOLO DE EPINEFRINA CADA 3 MINUTOS, SE REALIZAN MANIOBRAS DURANTE 25 MINUTOS SIN OBTENER RESPUESTA. **PACIENTE FALLECE A LAS 16+50 HORAS.** SE EXPLICA SITUACIÓN A CUÑADA, EN ESPERA DE LLEGADA DE ESPOSA. SE SUGIERE A FAMILIA AUTOPSIA CLÍNICA YA QUE NO FUE POSIBLE REALIZAR PUNCIÓN LUMBAR, NO FUE POSIBLE CONFIRMAR EL DIAGNÓSTICO DE MENINGITIS POR LO CUAL SE INICIÓ TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO PROFILÁCTICO’ /PDF 001 pp. 8-12. Se resalta/.

2.2.1.3. En el ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO diligenciado el 9 de julio de 2014 y relacionado con el señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA, el médico general resumió la historia clínica expresando que se trataba de un “*Paciente con antecedente de alcoholismo quien al ingreso refiere consumo de alcohol durante 5 días con posterior aparición de cefalea global intensa asociado a picos febriles, alteración del estado de conciencia, Glasgow 11/11 y alteración del comportamiento, al examen físico signos meníngeos positivos, rigidez nuchal. Se intentó realizar punción lumbar 3 intentos fallidos ya que paciente no responde a sedación. Se encuentra inquieto. Se inicia antibiótico profiláctico. Paciente entra en paro, fallece*” /PDF 001 p. 29/.

2.2.1.4. En el examen de autopsia No.10-2014 practicado al señor ARGEMIRO CAMACHO, se describió lo siguiente /PDF 001 pp. 35-38/:

“DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA.

(...)

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

Hay Meningitis aguda, congestión y edema moderado.

RESUMEN DE LESIONES

1-MENINGITIS BACTERIANA AGUDA.

2- HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA.

3- COMPRESIÓN DEL TALLO CEREBRAL SECUNDARIA A LA HIPEERTENSIÓN (sic) ENDOCRANEANA.

4-ALCOHOLISMO CRÓNICO.

COMENTARIO

Se trata de un hombre de 49 años de edad que ingresa con cuadro de cefalea intensa después de un episodio de ingestión de alcohol.

Fallece al tercer día del ingreso.

Por la autopsia de comprueba el diagnóstico de una meningitis bacteriana que le ocasiona la hipertensión endocraneana, causa de la muerte” /Se subraya/.

2.2.1.5. La Subgerente científica de la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ realizó resumen sobre la atención médica brindada al señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA /PDF 001 pp. 41-44/, sin incorporar información adicional a la ya condensada en apartados previos, aunque destaca que, desde las 00:47 horas del 7 de julio de 2014, se inició manejo antibiótico profiláctico, con suministro de los medicamentos midazolam, haloperidol, ceftriaxona³² (sic), vancomizina (sic) y ampicilina³³ /ver p. 43 supra ídem/.

2.2.1.6. El doctor GERMÁN ALBERTO AVELLANEDA rindió testimonio en el presente caso /archivo audio y video 92 del expediente digital/.

Relató que al señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA lo conoció en la noche del 6 de julio de 2014, momento en el que lo pasaron a interconsulta por urgencias a su especialidad (medicina interna), dado que el paciente ya había acudido a consulta en días previos, por cuadro de dolor de cabeza, fiebre, malestar general y en la última consulta con cambios de comportamiento. Cuando miró el paciente, prosiguió, en la nota de respuesta de interconsulta, evidenció que se trataba de una persona bajo efectos de sedación (le habían colocado medicamentos), pues había estado agitado. Los medicamentos fueron suministrados para que estuviera menos agitado. Al valorarlo lo detectó febril, deshidratado, agitado y con unos signos neurológicos (el estado de agitación del paciente junto con la rigidez nuchal, más el estado confusional, la fiebre y el aumento de leucocitos, según exámenes realizados) que sugerían cuadro infeccioso del sistema nervioso central -meningitis-. Bajo esa impresión diagnóstica, decidió hospitalizarlo en servicio de aislamiento por sospecha de esa enfermedad. El diagnóstico del cuadro de meningitis se realiza con el interrogatorio que se efectúa al acompañante, junto con lo que se encuentra al examen físico y una serie de exámenes para descartar o confirmar el diagnóstico.

Refirió que el principal procedimiento para dilucidar dicho diagnóstico es el de ‘PUNCIÓN LUMBAR’, el cual consiste en colocar una aguja a nivel de uno de los espacios de la columna lumbar para extraer líquido del sistema nervioso central y examinar si hay bacterias, hongos o algo que sugiriera presencia de virus que pudiera generar el cuadro del paciente. Al proceder con la punción lumbar, resaltó que el paciente estaba ‘tan agitado’, ante lo cual se le aplicaron más medicamentos para que el paciente permitiera la realización del

³² Entiéndase «ceftriaxona». Indica la literatura médica (ver <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a685032-es.html>): “La inyección de ceftriaxona se usa para tratar algunas infecciones provocadas por bacterias como la gonorrea (una enfermedad de transmisión sexual), enfermedad pélvica inflamatoria (infección de los órganos reproductivos de la mujer que puede causar infertilidad), meningitis (infección de las membranas que rodean el cerebro y la columna vertebral), e infecciones de los pulmones, oídos, piel, tracto urinario, sangre, huesos, articulaciones, y abdomen. La inyección de ceftriaxona también se administra algunas veces antes de ciertos tipos de cirugía para prevenir infecciones que pueden presentarse después de la operación. La inyección de ceftriaxona pertenece a una clase de medicamentos llamados antibióticos de cefalosporina. Funciona matando las bacterias” /Se subraya/.

³³ Conforme a la literatura médica (ver <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a685002-es.html#:~:text=La%20ampicilina%20se%20usa%20para,tracto%20urinario%20y%20tracto%20gastrointestinal>): “La ampicilina se usa para tratar determinadas infecciones que son ocasionadas por una bacteria como la meningitis (infección de las membranas que rodean el cerebro y la columna vertebral); e infecciones de la garganta, senos nasales, pulmones, órganos reproductivos, tracto urinario y tracto gastrointestinal. La ampicilina se encuentra en una clase de medicamentos llamados penicilinas. Funciona matando las bacterias.” /Se subraya/.

examen, y el acompañante incluso lo acompañó en el procedimiento para que le colaborara a inmovilizar en algo al paciente al hacer el examen. Con todo, a pesar de los medicamentos y a pesar de intentarlo en tres oportunidades, fue imposible lograr la obtención del líquido cefalorraquídeo, necesario para confirmar el diagnóstico, y no se intentó más debido a la agitación del señor CAMACHO ALZA. Aclaró que, si se intentaba tomar dicha muestra con el paciente agitado, podía lesionar la médula espinal. Con todo, apuntó, *a pesar de la imposibilidad del líquido columna, igual se manejó el cuadro como si fuera una meningitis bacteriana, con el suministro de antibiótico para, por probabilidades, controlar las bacterias que generó dicha situación.*

Se procedió con el manejo antibiótico, recordando que fue en la madrugada, alrededor de las doce y media o una de la mañana; luego lo valoró en la mañana, acotando que el paciente estaba ‘un poco mejor’, sin tanto dolor de cabeza, no estaba tan agitado y que había referido sentirse mejor. No había signo que permitiera pensar que la evolución del paciente fuera tórpida o ‘a cambiar de rumbo’, dado que ya estaba despierto, no estaba agitado y había recibido alimentación, entonces la evolución frente al cuadro de sospecha inicial -prosiguió el testigo- iba de acuerdo a lo esperado. Sin embargo, continuó, en horas de la tarde, lo llamaron de enfermería indicándole que el paciente había hecho ‘código azul’ -pérdida del conocimiento y sin signos vitales-. Acudió con personal médico, se comprobó que efectivamente paciente había entrado en paro, siguió los protocolos para reanimación alrededor de veinte o veinticinco minutos sin revertir el estado de paro. Luego de ello se diagnosticó el fallecimiento.

Enfatizó en que, una vez hospitalizado el paciente, valoró lo ocurrido en sus primeros dos ingresos, al tiempo que amplió el interrogatorio con el acompañante, indicando que *“digamos que en principio, yo lo que hago es que casi siempre decido aumentar el interrogatorio directamente con el familiar o el acompañante, que es digamos que la fuente de primera mano, a veces digamos que hay algunas informaciones para algún médico o algún personal de salud puede que no sean relevantes pero yo como especialista prefiero obtener la información de primera mano. Lo que decía el acompañante es que el señor, los días previos venía ingiriendo alcohol, creo que cuatro o cinco días antes, y que posterior comenzó con el cuadro de dolor de cabeza y los episodios de fiebre. Todos esos datos, digamos que quedaron consignados en la respuesta de interconsulta, pero obviamente, ya cuando yo lo valoro junto con lo que él cuenta de la fiebre, del dolor de cabeza, creo que tuvo vómito en alguna ocasión, entonces ya comienza uno como a depurar y pues lo primero que había que descartar, según lo que él contó y lo que yo encontré en ese momento, era descartar un proceso infeccioso”*³⁴.

Revisó los exámenes de laboratorio así como el TAC de cráneo -‘examen bueno’ para descartar masas, sangrados previos, también permitía diagnóstico diferencial en un paciente que toma alcohol, pues pudo caerse- pero el resultado fue normal.

Sobre la atención médica brindada el 3 de julio de 2014, luego del Despacho contextualizar los síntomas y los medicamentos aplicados en virtud de lo dispuesto por el galeno tratante, al indagársele si en ese momento existía la posibilidad de sospechar un cuadro de meningitis, explicó el testigo que *“señor juez, digamos que esos síntomas son muy inespecíficos. También mirando ese mismo folio, en el registro de examen neurológico, el médico que valora al paciente si mal no recuerdo coloca ‘normal’ o ‘sin alteraciones’ (...) dando a entender de que valoró el estado neurológico del paciente. Pero digamos que el cuadro de cefalea y fiebre pues pueden ser cualquier cosa: puede ser una gripa, puede ser, no sé, un pródromos de cualquier proceso infeccioso que digamos, si yo me atengo a lo que aparece en la historia y con la descripción que aparece ahí de ‘neurológico normal o sin*

³⁴ Min 00:18:25 y ss.

alteraciones’, pensaría yo que el médico lo buscó, pero no había nada, y con solo dolor de cabeza y fiebre pues, digamos que podría ser muchas cosas y realmente incluso lo que describe la literatura de los hallazgos neurológicos floridos, no se ven en más del 40% de los pacientes cuando uno lo va a valorar. Entonces no creería que con esos dos datos que le refirió el paciente al médico que llegó, pues él pudiera digamos hacer un diagnóstico preciso de meningitis”³⁵.

Al aludir a la atención brindada el 3 de julio, consideró el testigo que el médico tratante interpretó el cuadro como cefalea, sin encontrar aparentemente una causa clara, que manejó el síntoma colocando analgésicos y un corticoide para este tipo de cuadros, utilizado como antiinflamatorio para coadyuvar al analgésico y quitar el síntoma.

Definió la meningitis como la inflamación membranas que cubren el sistema nervioso central. Describió que puede ser de varios tipos (por bacterias, por hongos, por virus, incluso por medicamentos y sustancias clínicas) y sobre la meningitis bacteriana, expuso que los síntomas dependen del tipo de evolución. Habitualmente, puntualizó, las fases iniciales son síntomas inespecíficos y generalmente -no siempre- presentan antecedentes respiratorios (neumonía, tos, gripa), pero ya instaurado el cuadro de meningitis, puede dar fiebre, alteración del estado de conciencia, a veces convulsiones, dolor de cabeza intenso y un estado general del paciente que se va deteriorando; a más días de evolución del proceso infeccioso sin tratamiento, el estado del paciente se va deteriorando.

Al preguntársele por el despacho sobre la posibilidad de diagnosticar de manera anticipada el cuadro de meningitis bacteriana, enfatizó el testigo que *“si los síntomas son inespecíficos y no le ayudan al clínico como para pensar en un cuadro de meningitis, digamos que la labor del médico es tratar de abarcar todas las posibilidades diagnósticas. Se hace un rastreo, estamos hablando de un caso en que no tuviera signos meníngeos claros, digamos fue algo inespecífico, hizo fiebre por decir algo, y hay alteraciones del estado mental o agitación. Lo primero que hace uno es descartar que no tenga un proceso infeccioso en cualquier otro sitio [que no tenga (...) infección urinaria (...) infección pulmonar (...) infecciones en piel, (...)desequilibrios hidroelectrolíticos (...)];* si a pesar de eso, de hacer el rastreo del proceso infeccioso y los laboratorios siguen mostrando que el señor, que el paciente tiene un proceso infeccioso activo, y no se encuentra, ya comienza uno a buscar procesos infecciosos en otros sitios que no son tan habituales, entre esos, sería buscar en el sistema nervioso central, después de haber abarcado todos los estudios diagnósticos, la realización de una punción lumbar, si el paciente no tenga síntomas claros, tendría validez”³⁶.

Calificó el procedimiento de ‘punción lumbar’ como ‘la regla de oro’ para diagnosticar meningitis, en tanto permite observar directamente el líquido en contacto directo con las membranas; con todo, relató que a veces no puede realizarse dicho servicio por condiciones del paciente, dado que, pese a los intentos, no se logra colocar la aguja en el sitio concreto. En casos así, prima la sospecha clínica y, por tanto, la recomendación es brindar el manejo como si se tratara de meningitis, tal y como se procedió en esa oportunidad, apuntó.

En cuanto al tratamiento de meningitis, dada la gravedad y el pronóstico de sobrevida y déficit neurológico muy importante, se da gran cobertura de antibióticos para ir contra gran cantidad de bacterias. En el caso del señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA, se le aplicaron los tres antibióticos recomendados para el manejo empírico de la meningitis bacteriana.

De habérsele realizado la punción lumbar, resaltó, *“probablemente no hubiéramos cambiado el esquema antibiótico hasta que hubiéramos obtenido los cultivos. Los cultivos*

³⁵ Min 00:23:31 y ss.

³⁶ Min 00:32:30 y ss.

de ese líquido se demoran aproximadamente setenta y dos horas para el reporte final. Entonces uno deja el mismo esquema antibiótico, a no ser que salga algo especial (...) por decir algo, un hongo, entonces ahí adicionaría un tratamiento para hongos (...)”³⁷. Adicionalmente, apuntó que los antibióticos aplicados al señor ARGEMIRO eran para el tratamiento de la meningitis bacteriana, que es la más frecuente.

Sobre la ingesta de alcohol y la relevancia de esa circunstancia sobre el diagnóstico de la meningitis, el Dr. AVELLANEDA manifestó que, al comienzo, el antecedente de la ingesta fue cuatro o cinco días antes de la primera consulta, pues cuando vio al paciente, era claro que no había un efecto confuso. Recalcó que el alcohol alteró el estado neurológico del paciente, y dentro de los antecedentes obviamente los pacientes con ingesta de esa sustancia pueden tener a veces mayor posibilidad de procesos infecciosos. Anotó seguidamente que no era fácil diagnosticar el cuadro de meningitis al señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA, iterando que los síntomas eran inespecíficos, pues hay muchas otras enfermedades que pudieron suscitar los síntomas del paciente, recordando que no había nada en la historia clínica que hubiera permitido otro diagnóstico diferenciado.

Al indagársele sobre los parámetros o criterios de un médico general de urgencias para escalar la valoración por un médico especialista en medicina interna, manifestó el testigo que el médico general en servicio de urgencias es el encargado de hacer el primer contacto con el paciente (quien lo recibe, le hace el ingreso, lo interroga) y es el que direcciona o enfoca los posibles diagnósticos. Continuó manifestando que, si en el ingreso el paciente es inestable -presenta dificultad respiratoria, existe sospecha sobre malfuncionamiento del corazón, evidencia malas condiciones generales-, inmediatamente se ha de surtir la interconsulta con el especialista -medicina interna si es del caso-. Calificó que el médico general es ‘la puerta de entrada’ para enfocar al paciente, y si este es estable -es decir, no tiene inestabilidad en signos vitales, con presión arterial buena, frecuencia cardíaca buena, respiratoria, estado de conciencia bueno-, generalmente el 90% es del manejo de médico general y ellos son los que definen cómo atender. El otro grupo de pacientes, cuando vienen con alteración de estado neurológico o se ve clínicamente enfermo de manera grave, lo ha de valorar el especialista.

Al inquirírsele si en función de la edad -49 años- era normal la tensión arterial que presentó el señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA de ‘140/80’, acotó el testigo que dicho registro sí estaba en rango superior, aunque anotó a renglón seguido que, si al señor CAMACHO se le tomó la presión arterial cuando padecía mucho dolor de cabeza, esta circunstancia pudo ser la causa de una presión arterial en el límite superior. Resumió así que no era normal para la edad del paciente la presión arterial detectada, aunque su elevación ‘muy leve’ pudo explicarse por la sintomatología que exhibía.

En punto a los estudios clínicos que han de surtir para determinar un cuadro clínico con fiebre, vómito y cefalea, relató el Dr. AVELLANEDA que debe efectuarse un buen interrogatorio (características de la fiebre, la forma como aparece el dolor de cabeza, etc.), y que, con el examen físico, se abarcan todas las posibilidades; si quedan dudas, se acude a las ayudas diagnósticas (exámenes de laboratorio -cuadro hemático si se sospecha cuadro infeccioso- o radiografía de tórax, examen de orina). Todo depende según el relato del paciente y el examen físico.

Continuó su testimonio expresando que un examen de cuadro hemático puede ayudar a detectar la existencia de una infección, pero no se trata de un servicio médico vinculante, pues precisó, puede haber cuadros de meningitis con un cuadro hemático normal, lo cual depende del germen que lo estuviera generando. En el caso de meningitis bacteriana, se

³⁷ Min 00:37:20 y ss.

espera aumento de células de defensa en el cuadro hemático y, para el caso concreto, refirió que el paciente tenía trece mil leucocitos cuando lo valoró, significando con ello un aumento de sus células de defensa, propio de los procesos infecciosos por bacterias. De todos modos, anotó que hay muchas causas que también podían ayudar a aumentar los leucocitos; de ahí que la impresión diagnóstica corresponda a un ‘me parece que’, ‘puede tener tal otra cosa’, situación que termina concretizándose con los exámenes.

Al preguntársele si un paciente con varios reingresos por mismo cuadro clínico, sin solución (fiebre, vómito y cefalea), si ha de tener mayor cuidado, reseñó que *en principio los médicos adoptan como conducta que ningún reingreso es normal, que necesita una segunda mirada, que se debe ser mucho más cuidadoso para verificar lo que está sucediendo*. Para el caso del señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA, manifestó que lo había visto el urgenciólogo de la institución hospitalaria.

Antes de que fuera valorado por el testigo, reconoció que el señor ARGEMIRO solo recibió analgésicos; explicó también que los antibióticos actúan minutos después de su aplicación, pero para conocer la respuesta o mejoría del paciente en promedio se espera entre 48 y 72 horas para advertir la mejoría en todos los aspectos -fiebre, estado neurológico, etc.-. Solo después de ese tiempo se cambian esquemas antibióticos, a no ser que el paciente vaya muy mal.

En cuanto al tiempo de evolución de meningitis bacteriana -desde su inicio hasta arribar al escenario crónico o mortal-, explicó que pueden configurarse ‘diferentes presentaciones’. Al respecto, declaró que las meningitis bacterianas generalmente pueden tener antecedente respiratorio previo -de dos días, cuatro días o una semana- y avanza en deterioro del paciente. Otras meningitis entretanto son más larvadas, demoran más -por hongos, por tuberculosis-, pueden llevar un cuadro más solapado -dos o tres semanas de evolución-. *Las infecciones bacterianas normalmente no pasan de una semana.*

Enfatizó que, en lo que respecta a un examen neurológico, el examen físico clínico del paciente, comienza por (i) su estado mental: si se identifica, si está orientado, quién es, su familia, etc.; luego (ii) la actividad motora: si es capaz de hacer actividad con brazos, si tiene control sobre su organismo; (iii) el sistema sensitivo: si el paciente siente; y finalmente (iv) se valoran signos anormales: si está lateralizado o focalizado, si se torció la cara, no mueve la mitad del cuerpo, si perdió fuerza o no siente.

Sobre la sedación a un paciente y su estado de agitación, declaró el testigo que puede ello obedecer a múltiples causas: delirio psicoactivo (estado confusional en el que la manifestación es la agitación) debido a alteraciones infecciosas o por electrolitos, o por medicamentos o por ingesta de sustancia alucinógena o de alcohol. Describió que tenía muchas manifestaciones.

Finalmente, exteriorizó que *‘no iniciar a tiempo’ un esquema de antibióticos para tratar una infección, implica la progresión de la enfermedad hasta fines del etéreo (pudiendo llevar a una discapacidad muy severa o hasta la muerte)*.

2.2.2. SOLUCIÓN A LOS PROBLEMAS JURÍDICOS.

2.2.2.1. EL DAÑO ANTIJURÍDICO.

Las pruebas relacionadas dan cuenta del fallecimiento del señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA el 8 de julio de 2014 en las instalaciones del HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ, deceso que se produjo a raíz de una hipertensión endocraneana propiciada por el diagnóstico de **MENINGITIS BACTERIANA**, según se pudo dilucidar con el examen de autopsia.

Igualmente se acreditó que la víctima era el padre de los demandantes JOHAN STEEWAR CAMACHO YATE, JANNIN ALEJANDRA CAMACHO YATE, GIOVANNY STEVEN CAMACHO YATE, LAURA YURNEY CAMACHO YATE y de SOLANYI VANESA CAMACHO YATE; de igual forma, los testigos YURI MARCELA CAMACHO TAVERA, LUZ MARINA CABALLERO JIMÉNEZ y MANUEL GUSTAVO ROJAS HERRERA dieron cuenta de la condición de compañera permanente que la señora ANYUL MARÍA YATE GONZÁLEZ tuvo con la víctima, declaraciones que, sobre ese específico lazo, a pesar de haber sido materia de tacha en audiencia /ver PDF 043 pp. 2-3/, no se evidencia por el Despacho visos a partir de otros medios de prueba que coloquen en tela de juicio lo manifestado por los mencionados declarantes sobre la relación sentimental que existió entre la citada demandante y el señor CAMACHO ALZA.

Ahora bien; cierto es que los demandantes pretenden endilgarle responsabilidad a la parte demandada por el fallecimiento del señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA. Empero, aunque este daño se encuentra debidamente acreditado, no menos cierto es que ninguna de las probanzas recaudadas permite establecer esa atribución. Es decir, en otras palabras, el material probatorio no permite determinar que, de haberse prestado una atención médica diferente al señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA desde el primer ingreso (3 de julio de 2014), o desde el reingreso al servicio de urgencias (4 de julio de 2014) hubiera impedido su fallecimiento y, de esta forma, concluir que este suceso hubiese sido responsabilidad de la entidad hospitalaria participe de los hechos, más aún teniendo en cuenta lo consignado en la Guía para Manejo de Urgencias (Tomo 2) del Ministerio de Salud³⁸, vigente para la época de la atención médica brindada, por cuya virtud la meningitis bacteriana o séptica aguda, definida como “(...) una urgencia médica, neurológica e incluso neuroquirúrgica”, registra una tasa de “morbilidad de 60%” y mortalidad de hasta 25%”.

Cosa distinta, tal y como lo ha expuesto el Consejo de Estado en casos análogos al presente, es que la responsabilidad del ente hospitalario dimane por la pérdida de oportunidad del paciente para culminar satisfactoriamente el proceso de recuperación, que de suyo hubiera maximizado las probabilidades de mantenerse con vida; lo anterior, por cuanto la expectativa probable de evitar una pérdida constituye un bien jurídicamente protegido distinto al incierto resultado final que pretende evitarse –la muerte–.

Dijo el Alto Tribunal³⁹:

“... 14. La pérdida de oportunidad como daño autónomo

14.1. Esta postura jurisprudencial al interior de la Sección Tercera del Consejo de Estado precisa que la pérdida de oportunidad es un daño en sí mismo con identidad y características propias, diferente de la ventaja final esperada o del perjuicio que se busca eludir y cuyo colofón es la vulneración a una expectativa legítima, la cual debe ser reparada de acuerdo al porcentaje de probabilidad de realización de la oportunidad que se perdió⁴⁰. Al respecto, la Sección Tercera del Consejo de Estado en sentencia del 11 de agosto de 2010⁴¹, señaló:

³⁸ Al respecto ver: [Páginas - Fortalecimiento Red Nacional de Urgencias \(minsalud.gov.co\)](#). También ver: [Guía para el Manejo de Urgencias Tomo 2.pdf \(boyaca.gov.co\)](#)

Se insiste, el juez está facultado para acudir a literatura médica a fin de comprender el alcance de los términos médicos, tal y como lo pregonó el Honorable Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B, en sentencia del 5 de abril de 2017 –pie de página 16–, Rad. Interno 25706. C.P. Ramiro Pazos Guerrero.

³⁹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B, sentencia del 5 de abril de 2017, Radicación 17001-23-31-000-2000-00645-01(25706), Consejero ponente: Ramiro Pazos Guerrero.

⁴⁰ Cita de cita: En la doctrina colombiana existen autores como Luis Felipe Giraldo Gómez que en su libro La pérdida de la oportunidad en la responsabilidad civil. Su aplicación en el campo de la responsabilidad civil médica, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 2011, consideran que la pérdida de oportunidad es un daño autónomo. La Subsección B de la Sección Tercera en sus diferentes pronunciamientos ha adscrito su postura a este enfoque de la pérdida de oportunidad.

⁴¹ Cita de cita: Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 11 de agosto de 2010, rad. 18593, M.P. Mauricio Fajardo Gómez. Otras sentencias recientes que hacen alusión a la pérdida de oportunidad como daño autónomo son: sentencia del 14 de marzo de 2013, rad. 23632, M.P. Hernán Andrade Rincón; sentencia del 16 de julio de 2015, rad. 36634, M.P. Carlos Alberto Zambrano Barrera.

La pérdida de oportunidad o pérdida de chance alude a todos aquellos eventos en los cuales una persona se encontraba en situación de poder conseguir un provecho, de obtener una ganancia o beneficio o de evitar una pérdida, pero ello fue definitivamente impedido por el hecho de otro sujeto, acontecer o conducta éste que genera, por consiguiente, la incertidumbre de saber si el efecto beneficioso se habría producido, o no, pero que al mismo tiempo da lugar a la certeza consistente en que se ha cercenado de modo irreversible una expectativa o una probabilidad de ventaja patrimonial; dicha oportunidad perdida constituía, en sí misma, un interés jurídico que si bien no cabría catalogar como un auténtico derecho subjetivo, sin duda facultaba a quien lo ha visto salir de su patrimonio —material o inmaterial— para actuar en procura de o para esperar el acaecimiento del resultado que deseaba, razón por la cual la antijurídica frustración de esa probabilidad debe generar para el afectado el derecho a alcanzar el correspondiente resarcimiento. (...) ⁴²

La pérdida de oportunidad como rubro autónomo del daño demuestra que éste no siempre comporta la transgresión de un derecho subjetivo, pues la sola esperanza probable de obtener un beneficio o de evitar una pérdida constituye un bien jurídicamente protegido cuya afectación confiere derecho a una reparación que debe limitarse a la extensión del “chance” en sí mismo, con prescindencia del resultado final incierto, frente a lo cual resulta lógico que dicha oportunidad perdida “tiene un precio por sí misma, que no puede identificarse con el importe total de lo que estaba en juego, sino que ha de ser, necesariamente, inferior a él”, para su determinación (...) (...) En cuanto corresponde a esta clase perjuicios, dado que ninguna incompatibilidad existe entre el reconocimiento de los perjuicios ocasionados por el daño autónomo consistente en la pérdida de oportunidad que aquí se ha detallado y la aflicción, angustia y congoja que en el plano puramente moral o inmaterial les generó la mencionada pérdida de oportunidad —que no los perjuicios morales por la muerte de la víctima directa— se hará un reconocimiento por este específico concepto -se subraya- ⁴³

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

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

(...)

⁴² Todas las subrayas y negrillas de este párrafo son del Juzgado.

⁴³ Comentario original. Las negrillas de este párrafo son del Juzgado.

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

De conformidad con la postura jurisprudencial en reseña, se tiene que la pérdida de oportunidad constituye una tipología autónoma de daño que se configura con (i) un componente de certeza (la existencia cierta, razonable y fundada de la expectativa en sí) y (ii) un componente de incertidumbre (en cuanto a si efectivamente se podía evitar el detrimento de un bien o interés jurídico –v. gr., vida–), para lo cual exige la materialización de los siguientes requisitos:

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

15.4. Certeza de la existencia de una oportunidad. En segundo lugar se debe constatar que, en efecto, existía una oportunidad que se perdió. La expectativa legítima debe acreditar inequívocamente la existencia de “una esperanza en grado de probabilidad con certeza suficiente” de que de no haber ocurrido el

evento dañoso, la víctima habría mantenido incólume la expectativa de obtener el beneficio o de evitar el detrimento correspondientes⁴⁴.

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

(...)

15.9. Recapitulando lo anterior, la Sala precisa que los elementos del daño de pérdida de oportunidad son: i) Falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado, es decir, la incertidumbre respecto a si el beneficio o perjuicio se iba a recibir o evitar; ii) Certeza de la existencia de una oportunidad; iii) Certeza de que la posibilidad de adquirir el beneficio o evitar el perjuicio se extinguió de manera irreversible del patrimonio de la víctima...⁴⁵ /Todas las subrayas son del Juzgado/.

Por modo, en providencia emitida recientemente, convalidó el Consejo de Estado que:

“Así, se tiene que, sobre la pérdida de la oportunidad, la Sección Tercera de esta Corporación ha indicado que consiste en un daño autónomo con identidad propia, que se configura cuando la posibilidad real y concreta de obtener un beneficio o evitar un detrimento es frustrada por la actuación de otro sujeto, acontecer o conducta. Sumado a lo anterior, esta Corporación ha señalado⁴⁶ que en los casos donde se alega un daño antijurídico por [pérdida] de la oportunidad, está acreditado el carácter cierto del daño si se prueba: i) la certeza de la oportunidad que se reputa perdida, ii) la imposibilidad definitiva de obtener el provecho, la reparación del daño o evitar el detrimento, y iii) que la persona se encuentra en una situación potencialmente apta para la consecución de la indemnización.”⁴⁷.

⁴⁴ Cita de cita: “[L]a chance u oportunidad, es una posibilidad concreta que existe para obtener un beneficio. El incierto es el beneficio pero la posibilidad de intervenir es concreta, pues existe de forma indiscutible. Por eso sostenemos que existe daño jurídicamente indemnizable cuando se impide esa oportunidad o esa chance: se presenta el daño... Las dificultades pueden presentarse en la evaluación, porque lógicamente ésta no puede ser la del beneficio que posiblemente se habría obtenido sino otra muy distinta”: MARTÍNEZ RAVÉ, Gilberto y MARTÍNEZ TAMAYO, Catalina, *Responsabilidad civil extracontractual*, Temis, Bogotá, 2003, p. 260. Por otra parte Trigo Represas señala que “[E]n efecto, si la chance aparece no sólo como posible, sino como de muy probable y de efectiva ocurrencia, de no darse el hecho dañoso, entonces sí constituye un supuesto de daño resarcible, debiendo ser cuantificada en cuanto a la posibilidad de su realización y no al monto total reclamado. // La pérdida de chance es, pues, un daño cierto en grado de probabilidad; tal probabilidad es cierta y es lo que, por lo tanto, se indemniza (...) cuando implica una probabilidad suficiente de beneficio económico que resulta frustrada por el responsable, pudiendo valorársela en sí misma con prescindencia del resultado final incierto, en su intrínseco valor económico de probabilidad”: TRIGO REPRESAS, Félix Alberto, *Pérdida de chance*, cit., p. 263. Citado por la sentencia del 11 de agosto de 2010 de la Sección Tercera de esta Corporación, rad. 18593, M.P. Mauricio Fajardo Gómez.

⁴⁵ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B, sentencia del 5 de abril de 2017, Radicación 17001-23-31-000-2000-00645-01(25706), Consejero ponente: Ramiro Pazos Guerrero.

⁴⁶ Cita de cita: Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 11 de agosto de 2010, Rad.: 18.593, requisitos que fueron reiterados por la Subsección A de la Sección Tercera en sentencias del 8 de febrero de 2017 Rad.: 41.073 y del 24 de mayo de 2018, Rad.: 44.861

⁴⁷ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C, Consejero Ponente: Nicolás Yepes Corrales. Sentencia del 11 de octubre de 2023. Radicación: 68001233300020150020601 (66790).

Así las cosas, a fin de determinar la configuración del daño antijurídico por pérdida de oportunidad y con fundamento en las pruebas relacionadas con antelación, encuentra el Despacho que:

(i) **Hubo y hay incertidumbre respecto a si el perjuicio se iba a evitar:** No hay certeza sobre si el señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA, en caso de habersele brindado el tratamiento antibiótico profiláctico antes del 7 de julio de 2014 (12:01 am)⁴⁸, se hubiera logrado preservar su vida.

La historia clínica en contraste con el testimonio técnico practicado, son medios de prueba indicativos de la necesaria segunda opinión profesional en caso de que el paciente regrese al servicio de urgencias, y el reingreso del señor CAMACHO ALZA se presentó, no en una, sino en dos oportunidades (4 y 5 de julio de 2014). Empero, la atención médica brindada en el segundo ingreso al servicio de urgencias (4 de julio) se contrajo a manejar los síntomas, más ningún esfuerzo se destinó por el ente hospitalario con miras a determinar la causa de la sintomatología que sobrellevaba el señor CAMACHO ALZA.

En gracia de discusión podría afirmarse que, justamente, por lo inespecíficos de los síntomas registrados en esa oportunidad, no era aconsejable ni razonable considerar que efectivamente se trataba de un cuadro de meningitis el sobrellevado por el señor ARGEMIRO CAMACHO, escenario que persistió con los síntomas exhibidos en el tercer ingreso al servicio de urgencias (5 de julio). Sin embargo, la situación cambió a partir del 6 de julio a las 2:00 am, momento a partir del cual se registró por primera vez en la historia clínica un deterioro neurológico del paciente, al detectarlo *desorientado en espacio y tiempo, logorreico, incoherente y somnoliento*, al punto que el médico tratante identificó el diagnóstico de ‘trastorno orgánico de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, lesión y disfunción cerebrales’.

La Guía para Manejo de Urgencias (Tomo 2) del Ministerio de Salud⁴⁹, vigente para la época de la atención médica brindada al señor CAMACHO ALZA, definía que, en tratándose de un cuadro de meningitis bacteriana o séptica aguda como urgencia médica, si bien presenta un porcentaje de mortalidad alto (hasta el 25% de los casos):

*“(…) Clínicamente **menos de la mitad de los pacientes presentan los signos y síntomas clásicos como fiebre, rigidez de nuca y alteración del estado de conciencia. En más de 95% de los casos se presentan por lo menos dos de los siguientes signos y síntomas** según su frecuencia: **cefalea, rigidez de nuca, fiebre y alteración de conciencia.***

*El estudio prospectivo de Thomas y colaboradores (297 pacientes) evaluó la sensibilidad y especificidad de los signos meníngeos para identificar pacientes con meningitis bacteriana diagnosticada por punción lumbar. Se encontró sensibilidad de 5% y especificidad de 95% para los signos de Kernig y Brudzinski y sensibilidad de 30% y especificidad de 68% para la rigidez de nuca, se concluyó que en la mayoría de los casos estos signos no están presentes cuando hay infección meníngea. Se ha encontrado que **si el paciente al ingreso presenta una de las siguientes manifestaciones que indican gravedad: crisis epilépticas, alteración del estado de conciencia, signos neurológicos focales o shock séptico, junto con recuento de neutrófilos en LCR superior a 1000/mm³, estos hallazgos permiten predecir que se trata de meningitis bacteriana.***

⁴⁸ Ver PDF 033 p. 13.

⁴⁹ Al respecto ver: [Páginas - Fortalecimiento Red Nacional de Urgencias \(minsalud.gov.co\)](#). También ver: [Guía para el Manejo de Urgencias Tomo 2.pdf \(boyaca.gov.co\)](#)

Se insiste, el juez está facultado para acudir a literatura médica a fin de comprender el alcance de los términos médicos, tal y como lo pregonó el Honorable Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B, en sentencia del 5 de abril de 2017 –pie de página 16–, Rad. Interno 25706. C.P. Ramiro Pazos Guerrero.

En adultos mayores, cambios repentinos como alteración del estado mental y fiebre en ausencia de otro foco infeccioso son suficientes para sospechar una infección meningea aguda. (...)

ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO

La punción lumbar es el estudio de elección en pacientes en los que se sospecha infección meningea aguda. Es importante realizar tomografía axial computarizada de cráneo simple antes de la punción lumbar, que en un servicio de urgencias es más práctica que la resonancia magnética cerebral, en determinados pacientes. (...)

Además de la punción lumbar y las imágenes cerebrales en los pacientes previamente sanos sin factores de riesgo con meningitis bacterianas agudas hay que estudiar la presencia de infecciones agudas como otitis, sinusitis, neumonía o endocarditis. (...)

TRATAMIENTO

Cuando se sospecha infección meningea se debe evaluar la vía aérea, la ventilación y la circulación del paciente, realizar el examen neurológico y solicitar exámenes de laboratorio como hemocultivos, gases arteriales, química sanguínea y radiografía del tórax. Si se presentan complicaciones como shock séptico, coagulopatía o coagulación intravascular diseminada (CID) se recomienda trasladar al paciente a la unidad de cuidado intensivo, para monitoreo del estado de conciencia, el desarrollo de nuevos síntomas neurológicos, control de crisis epilépticas, tratamiento de desequilibrios hidroelectrolíticos (cerebro perdedor de sal, hiponatremia secundaria al síndrome inadecuado de secreción de hormona antidiurética o exacerbación de la hiponatremia por aumento en la administración de líquidos intravenosos durante la reanimación) y tratamiento de la agitación severa. Una vez estabilizado el paciente, realizar punción lumbar para aclarar el diagnóstico. Si se trata de meningitis aséptica se debe identificar el agente causal e instaurar la terapia apropiada en cada caso específico.

El tratamiento antibiótico de la meningitis bacteriana aguda se inicia lo antes posible para evitar complicaciones y por la alta tasa de mortalidad de esta patología que oscila entre 10 y 30%, según la bacteria y a pesar de los avances del cuidado crítico. Se debe realizar punción lumbar a todos los pacientes si no hay contraindicación e imagen cerebral previa a los que presenten alteraciones graves del estado de conciencia (puntuación menor de 10 en la Escala de Coma de Glasgow) o déficit neurológico. En caso de requerirse el estudio de TAC de cráneo antes de la punción lumbar y en pacientes con deterioro clínico, se recomienda tomar hemocultivos e iniciar la terapia antibiótica más los corticoesteroides antes de obtener la imagen cerebral. El estudio de Proulx y colaboradores encontró aumento en la mortalidad por meningitis bacteriana si el inicio de los antibióticos demora más de seis horas desde la evaluación inicial.

(...).”

FACTORES DE PRONÓSTICO

Los posibles factores que pueden influir en el resultado favorable de la meningitis bacteriana aguda incluyen: diagnóstico temprano, alto puntaje en la escala de Glasgow e inicio oportuno del tratamiento antibiótico adecuado. (...)”

/Se resalta/.

La Guía para Manejo de Urgencias diseñada por el Ministerio de Salud recomienda el tratamiento antibiótico lo más pronto posible para evitar complicaciones, en caso de tratarse de pacientes con alteraciones del estado de conciencia o déficit neurológico, así no se obtenga la imagen cerebral y mientras se toman los hemocultivos de rigor, dando cuenta así del ***“aumento en la mortalidad por meningitis bacteriana si el inicio de los antibióticos demora más de seis horas desde la evaluación inicial”***. Adicionalmente, la misma Guía resalta como factores que inciden en un resultado favorable, no solo el diagnóstico temprano, sino también el oportuno inicio del tratamiento antibiótico. Con todo, en el caso concreto, se demostró con la historia clínica aportada que transcurrieron más de veintidós (22) horas desde el momento en que el señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA registró el deterioro neurológico hasta el momento en que inició el tratamiento antibiótico profiláctico con ocasión de la valoración realizada por el especialista en medicina interna.

Con lo anterior, existe incertidumbre para establecer si, de haberse efectuado valoración especializada en las primeras horas del día 6 de julio de 2014 (2:00 am o próximo a esta hora), momento en el que el paciente evidenció el signo neurológico (desorientación en espacio y tiempo, incoherente, somnoliento), aunado a los síntomas ya registrados durante los tres días previos -3, 4 y 5 de julio- (fiebre, vómito, náuseas y cefalea persistente), se hubiera brindado un manejo médico distinto en aras de evitar el lamentable desenlace.

(ii) **Había certeza de una oportunidad:** considerando que el señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA acudió al servicio de urgencias en tres (3) días consecutivos -como se consignó ampliamente en el apartado considerativo 2.2.1.2 de esta sentencia- y teniendo en cuenta que, inclusive, registró los signos de tipo neurológico (desorientación en espacio y tiempo, incoherente y somnoliento) pasadas las 7 horas de haber ingresado por tercera vez a urgencias (entre el 5 de julio -7 pm- y el 6 de julio -2:00 am), es plausible colegir que existía la chance de maximizar sus oportunidades de sobrevida en caso de haberse considerado un tratamiento antibiótico temprano, previa valoración por el especialista en medicina interna.

Y es que el despacho no puede soslayar sin más que (ii.i) en el segundo ingreso, acaecido el 4 de julio, ningún examen clínico se ordenó por la entidad demandada para auscultar cuál era el diagnóstico correcto que sobrellevaba el señor ARGEMIRO CAMACHO; y (ii.ii) transcurrió cerca de un día completo desde el deterioro neurológico del paciente (02:00 horas del 6 de julio a las 00:41 horas del 7 de julio) sin que fuera analizado por el especialista en medicina interna, no obstante la persistencia de los signos por más de cuatro días consecutivos, con múltiples ingresos al servicio de urgencias y el progresivo deterioro del estado general del señor Camacho Alza, consignado ampliamente en las anotaciones de enfermería; adicionalmente, (ii.iii) si bien luego se ordenó por el médico general dicha valoración especializada, se desconocen las razones por las cuales no se practicó inmediatamente después de haberse solicitado (6 de julio de 2014 a las 06:38 pm) o en un tiempo razonablemente célere, máxime ante la gravedad del cuadro clínico que permeaba al señor CAMACHO ALZA con evolución de aproximadamente dieciséis (16) horas (contado desde el momento en que se documentó el deterioro clínico del paciente).

Finalmente, tal y como pudo vislumbrarse en los apartados considerativos previos, la Guía de Manejo para Urgencias elaborada dimanada del Ministerio de Salud es indicativa de que la mortalidad en casos de meningitis bacteriana, aunque alta (entre el 10% y el 30% de los casos), no es superior que la probabilidad de sobrevida (entre el 90% y el 70% de los casos), proporción que aumenta si se logra el diagnóstico temprano así como el inicio del tratamiento antibiótico a la mayor brevedad. Por manera, dicho instrumento es categórico en señalar que ***“[c]on el advenimiento de los antibióticos, la meningitis bacteriana se convirtió en una entidad clínicamente tratable; sin embargo a pesar del desarrollo de antibióticos más efectivos, las tasas de mortalidad por meningitis bacteriana aún***

permanecen elevadas. Estas varían según el microorganismo causal, con promedio de 20%; los descensos más apreciables en mortalidad se han obtenido en los últimos 10 años”⁵⁰ /Se subraya/.

(iii) Existe certeza sobre la extinción de la posibilidad de evitar el perjuicio: la probabilidad de determinar el estado de salud del señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA y tomar las decisiones que la ciencia médica enseña, se truncó por modo definitivo no solo al autorizarse su egreso del servicio de urgencias el día 4 de julio de 2014 *sin haber realizado ningún examen con miras a establecer la causa de la sintomatología que lo había llevado a acudir nuevamente al servicio de urgencias*, sino también cuando, en el tercer ingreso, transcurrió un lapsus superior de las seis (6) horas referenciadas en la Guía de Manejo para Urgencias (como quedó plasmado en páginas anteriores) para iniciar el tratamiento antibiótico profiláctico, contadas desde el momento en que se evaluó el paciente detectándolo desorientado en espacio y tiempo, ‘logorreico’, incoherente y somnoliento.

EN CONCLUSIÓN: pese a lo palmario del daño antijurídico sufrido por los demandantes con ocasión del fallecimiento del señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA, ya habiéndose abordado el acervo probatorio recaudado y establecido por esta célula judicial que de las actuaciones u omisiones desplegadas del ente vinculado por pasiva no es posible atribuible el lamentable deceso en mención, atendiendo a la jurisprudencia cimentada por el Consejo de Estado, se concluye en el presente asunto la configuración de un daño antijurídico autónomo, este es, el relativo a la pérdida de oportunidad, hallándose de esta manera respuesta afirmativa al primer problema jurídico planteado.

Así las cosas, se procede a continuación a realizar el juicio de imputación fáctica y jurídica frente al HOSPITAL, se insiste, respecto al daño antijurídico de pérdida de oportunidad materializado en el *sub lite*.

2.2.2.2. SOBRE LA ATRIBUCIÓN DEL DAÑO A LA ENTIDAD DEMANDADA Y EL HECHO DE LA VÍCTIMA.

Ha sido el H. Consejo de Estado pacífico al pregonar que la responsabilidad estatal ha de derivarse de los postulados de (i) daño antijurídico y (ii) la imputación o atribución de este a la administración, segundo elemento que expone en los siguientes términos:

«(...) En lo relativo a la imputación, se entiende que se trata de la “atribución de la respectiva lesión”⁵¹; en consecuencia, “la denominada imputación jurídica (imputatio iure o subjetiva) supone el establecer el fundamento o razón de la obligación de reparar o indemnizar determinado perjuicio derivado de la materialización de un daño antijurídico, y allí es donde intervienen los títulos de imputación que corresponden a los diferentes sistemas de responsabilidad que tienen cabida tal como lo ha dicho la jurisprudencia en el artículo 90 de la Constitución Política”⁵².

Al respecto, esta Sección ha sostenido que:

“la imputación fáctica supone un estudio conexo o conjunto entre la causalidad material y las herramientas normativas propias de la imputación objetiva que han sido delineadas precisamente para establecer cuándo un resultado, en el plano material, es atribuible a un sujeto. De otro lado, la concreción de la imputación fáctica no supone por sí misma, el surgimiento de la obligación de reparar, ya que se requiere un estudio de segundo nivel, denominado

⁵⁰ Página 457 de la Guía para manejo de Urgencias.

⁵¹ Cita de cita: Consejo de Estado; Sección Tercera; Sentencia del 30 de agosto de 2007; Exp. 15932.

⁵² Cita de cita: Consejo de Estado; Sección Tercera; Sentencia del 12 de julio de 1993; Exp. 7622.

imputación jurídica, escenario en el que el juez determina si además de la atribución en el plano fáctico existe una obligación jurídica de reparar el daño antijurídico; se trata, por ende, de un estudio estrictamente jurídico en el que se establece si el demandado debe o no resarcir los perjuicios bien a partir de la verificación de una culpa (falla), o por la concreción de un riesgo excepcional al que es sometido el administrado, o de un daño especial que frente a los demás asociados es anormal y que parte del rompimiento de la igualdad frente a las cargas públicas”⁵³...»⁵⁴ /Subrayas y resaltado son del Despacho/.

En el asunto sujeto a examen y de conformidad con el material probatorio, es indubitante que los servicios de urgencias a los cuales acudió el señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA desde el 3 de julio de 2014 hasta el día de su fallecimiento (8 de julio de ese año) fueron proporcionados por la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ, estableciéndose así su participación en los hechos relacionados con la atención médica y, con ello, la *imputación fáctica* a ella efectuada en relación con el daño antijurídico configurado.

De otra parte, en lo que respecta a la *imputación jurídica* y conforme a consolidada jurisprudencia del Supremo Tribunal de lo Contencioso Administrativo, el régimen de responsabilidad subjetiva bajo el título de imputación de falla del servicio ha de ser aplicable en casos asociados a las omisiones en que se incurra en la prestación del servicio médico. Ha dicho el Alto Tribunal sobre el particular:

«...Las fallas que se presentan en el servicio médico que pueden dar lugar a derivar la responsabilidad patrimonial de las entidades obligadas a prestarlo, son todas aquellas que se constituyen en la causa del resultado adverso por el cual se solicita reparación y las que son producto de la falta de previsión de los efectos secundarios de un tratamiento; pero también lo son las omisiones o retardo de las entidades médicas de utilizar los medios diagnósticos o terapéuticos aconsejados por la ciencia y los protocolos correspondientes, o por no hacer el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, bien para modificar el diagnóstico o el tratamiento y, en fin, de todas aquellas actuaciones que demuestren que el servicio fue prestado de manera diferente a como lo aconsejaba la lex artis ad hoc.

(...)

*Haciendo referencia a los últimos eventos mencionados, es decir, aquellos en los que se pretende la declaratoria de responsabilidad por la omisión o tardanza en la prestación del servicio médico, para que haya lugar a imputar tales daños a la entidad obligada a prestar ese servicio, **debe quedar demostrado en el proceso, de una parte, que el paciente demandó la atención médica y que la misma no le fue prestada o que la prestación fue inoportuna y, de otra, que de haberse prestado la atención adecuada el resultado habría sido favorable al paciente, por cuanto puede suceder que a pesar de una atención oportuna y adecuada la lesión o enfermedad que lo aquejaban no hubieran remitido** (...)*⁵⁵
/Se subraya y resalta/.

Y el alto Tribunal, en reciente oportunidad, señaló sobre el particular que:

⁵³ Cita de cita: Consejo de Estado; Sección Tercera; Sentencia del 9 de junio de 2010; Rad. 1998-0569.

⁵⁴ H. Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C, sentencia del 26 de febrero de 2015, Rad. Interno 30579. M.P. Dra. Olga Mélida Valle de De La Hoz. Al respecto también ver: H. Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C, sentencia del 13 de febrero de 2015, Rad. Interno 25565. M.P. Dra. Olga Mélida Valle de De La Hoz.

⁵⁵ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B, sentencia del 14 de diciembre de 2016. Radicación: 05001-23-31-000-2007-03117-01(37772). Consejero ponente: Ramiro Pazos Guerrero.

«(...) 28. Tratándose de supuestos en los cuales se discute la declaratoria de responsabilidad estatal con ocasión actividades médico-asistenciales, según jurisprudencia constante de esta Corporación, la responsabilidad patrimonial que le incumbe al Estado se debe analizar bajo el régimen de la falla probada del servicio, a lo cual se ha agregado que, en atención al carácter técnico de la actividad médica y a la dificultad probatoria que ello conlleva, el nexo de causalidad puede acreditarse de diversas maneras, en especial mediante la utilización de indicios, que no en pocas ocasiones constituye el único medio probatorio que permite establecer la presencia de la falla endilgada⁵⁶.

29. En este sentido quien demanda la responsabilidad médico asistencial, debe acreditar los supuestos de hecho que estructuran los fundamentos de la misma; es decir, debe demostrar el daño, la falla en la prestación del servicio médico hospitalario y la relación de causalidad entre estos dos elementos. Al respecto, la Sección Tercera del Consejo de Estado ha indicado que, en relación con la responsabilidad del Estado por la prestación del servicio médico de salud, corresponde a la parte actora acreditar los supuestos de hecho que estructuran los fundamentos de la misma, para lo cual puede valerse de todos los medios probatorios legalmente aceptados, entre los cuales cobra particular importancia la prueba indiciaria que pueda construirse con fundamento en las demás pruebas que obren en el proceso, en especial para la demostración del nexo causal entre la actividad médica y el daño ocasionado, tal como ya se indicó.

30. Cabe agregarse que, tratándose de la responsabilidad por actos médicos, la doctrina y la jurisprudencia extranjera han admitido escenarios en los cuales es preciso que operen sistemas de valoración de la falla del servicio con menor rigurosidad, sin que esta circunstancia desplace la connotación subjetiva de la responsabilidad por el acto médico a objetiva, salvo algunos ámbitos en los cuales será posible predicarla bajo la égida del título objetivo de riesgo excepcional, cuando se emplean cosas o actividades peligrosas que son las que irrogan directamente el daño, desligadas del acto médico⁵⁷.

31. Adicionalmente, cabe recordar que, en materia de responsabilidad médica, al Estado se le exige la utilización adecuada de todos los medios técnicos y profesionales de que está provisto; si el daño se produce por su incuria en el empleo de tales medios, surgirá su obligación resarcitoria; por el contrario, si el daño ocurre pese a su diligencia no podrá quedar comprometida su responsabilidad, pues en este tipo de eventos la responsabilidad del Estado es de medio y no de resultado. (...)⁵⁸ /Se subraya/.

Por modo, en punto a la necesidad de valorar con suma cautela los medios de prueba al determinar la configuración de una falla del servicio médico, ha expuesto el Consejo de Estado:

⁵⁶ Cita de cita: Consejo de Estado. Sección Tercera. Sentencia de 20 de febrero de 2008. M.P. Ramiro Saavedra Becerra. Exp 15.563. "(...) la Sala ha recogido las reglas jurisprudenciales anteriores, es decir, las de presunción de falla médica, o de la distribución de las cargas probatorias de acuerdo con el juicio sobre la mejor posibilidad de su aporte, 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, para lo cual se puede echar mano de todos los medios probatorios legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indiciaria que pueda construirse con fundamento en las demás pruebas que obren en el proceso, en especial para la demostración del nexo causal entre la actividad médica y el daño". 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.

⁵⁷ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia proferida el 28 de septiembre de 2012, exp. 22.424, M.P. Enrique Gil Botero y sentencia del 19 de marzo de 2021, exp. 48.043.

⁵⁸ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A. Consejero ponente: José Roberto SÁCHICA Méndez, Bogotá, D.C., doce (12) de diciembre de dos mil veintidós (2022), Radicación número: 050012331000201100091 01 (59.776).

“(…)[L]a Sección Tercera del Consejo de Estado, en jurisprudencia que ahora se reitera, ha señalado que lo decisivo en estos casos no es establecer si el médico se equivocó, sino si realizó los procedimientos adecuados para llegar a un diagnóstico acertado:

(…) no olvida la Sala la advertencia hecha anteriormente sobre lo relativamente fácil que puede resultar el juzgamiento ex post de la conducta de los médicos, quienes se encuentran siempre, al efectuar el diagnóstico, ante un panorama incierto. Se impone, entonces, concluir que al médico no le es cuestionable el error en sí mismo, sino el comportamiento inexcusable que lo llevó a cometerlo.

Al respecto, autores como Ataz López y Lorenzetti, citados por Vázquez Ferreyra, han expresado, refiriéndose a la responsabilidad civil de los médicos, que el error que exime de responsabilidad no ha de ser una anomalía en la conducta, sino una equivocación en el juicio, por lo que se hace necesario investigar si el galeno adoptó todas las previsiones aconsejadas por la ciencia para elaborar el diagnóstico.⁵⁹ Y dadas las limitaciones de la medicina, debe aceptarse que, en muchos casos, habiendo claridad sobre la imputabilidad del daño a la acción u omisión de los profesionales que tuvieron a su cargo la atención del paciente, éste puede resultar obligado a soportarlo⁶⁰

(…)”⁶¹ /Se destaca/.

En el asunto sujeto a examen, debe considerarse en primera medida que la parte accionante acierta cuando afirma en sus alegaciones que *«en las historias clínicas de ingreso NUNCA se registró que el paciente estuviera bajo efectos de ingesta de alcohol, ni mucho menos que tuviera antecedentes de base de alcoholismo crónico»* /PDF 100 p. 14/. Al respecto, la primera anotación efectuada en la historia clínica del señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA sobre el particular, data el 7 de julio de 2014 a las 12:41 am, según registro consignado por el médico internista Dr. Germán Alberto Avellaneda, anotación indicativa de que el paciente presentaba antecedente de alcoholismo, que llevaba tomando 5 días, presentando luego cefalea intensa.

Independientemente de la veracidad en la información allí plasmada, previa indagación efectuada por el médico especialista al acompañante del paciente a la sazón (según precisó en su testimonio), y aunque en el estudio anatomopatológico y en el examen de autopsia realizados luego se aludió también a un ‘antecedente de alcoholismo’ y al diagnóstico de ‘alcoholismo crónico’ del paciente, debe decirse que ninguna prueba debidamente recaudada es indicativa de que el señor CAMACHO ALZA sobrelleva alcoholismo, circunstancia por demás descartada por el Dr. Avellaneda al rendir su testimonio. Mucho menos puede afirmarse que el señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA hubiera acudido al servicio de urgencias en alguno de los días 3, 4 y 5 de julio de 2014 bajo los efectos del alcohol, pues en la historia clínica que dio cuenta de las condiciones que presentaba en sus tres ingresos, ninguna observación al punto se efectuó por los galenos tratantes; tanto así que jamás se consignó en las valoraciones efectuadas por los profesionales que la cefalea hubiere obedecido a la ingesta de bebidas embriagantes o que presentara déficit o afectación de tipo neurológico o mental por encontrarse bajo los efectos de esas sustancias.

Se insiste, en virtud de las pruebas recaudadas, los síntomas de desorientación, incoherencia, somnolencia y locuacidad desordenada los exhibió el paciente desde el 6 de

⁵⁹ Cita de cita: [33] Ver VÁZQUEZ FERREYRA, Roberto, Op. Cit. p. 96, 97.

⁶⁰ Cita de cita: Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000, exp. 11.878, C.P. Alíer Eduardo Hernández. En similar sentido, véanse las sentencias de 27 de abril de 2011, exp. 19.846, C.P. Ruth Stella Correa Palacio y de 10 de febrero de 2011, exp. 19.040, C.P. Danilo Rojas Betancourth.

⁶¹ CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCION TERCERA, SUBSECCION B. Consejero ponente: DANILO ROJAS BETANCOURTH. Bogotá D. C., treinta y uno (31) de mayo de dos mil trece (2013). Radicación número: 54001-2331-000-1997-12658-01(31724).

julio de 2014 a las 02:00 am, esto es, pasadas unas siete horas aproximadamente después del tercer ingreso al servicio de urgencias (5 de julio de 2014 a las 06:58 pm) y no antes. Luego, es insostenible sugerir que el cuerpo médico del hospital demandado hubiera tenido que sortear igualmente con una persona bajo los efectos del alcohol, o con un hipotético cuadro diagnóstico de alcoholismo.

Por modo, independientemente de las condiciones en las que arribara el paciente al servicio de urgencias, es perentorio para las instituciones de salud ejecutar todas las acciones que estén a su alcance en aras de salvaguardar su vida e integridad, procurando interrumpir el resultado esperado por la patología o lesión de base. En palabras del Consejo de Estado⁶²:

«(...) Dado que con la prestación del servicio médico se busca interrumpir el proceso causal, que por causas naturales o externas, produce o amenaza con producir el deterioro o la pérdida de la integridad corporal de una persona, con el fin de lograr la curación, mejoramiento o, al menos, la sobrevivencia del paciente en condiciones de dignidad humana, dicho servicio debe prestarse de manera diligente y oportuna, de acuerdo con el estado del arte en la materia. Sin embargo, no es posible calificar la actuación médica como indebida a partir, simplemente, de los resultados obtenidos, hecha la salvedad de aquellos casos en los cuales el resultado en sí mismo es demostrativo de la falla o del nexo causal entre la intervención y el daño⁶³, porque hay enfermedades incurables, o que, al menos no pueden ser superadas con los conocimientos científicos alcanzados, y hay tratamientos con efectos adversos inevitables, los cuales, sin embargo, deben ser ponderados por el médico en el balance riesgo-beneficio y advertidos al paciente con el fin de que éste decida libremente si se somete o no a ellos.

(...) [H]ay eventos en los que la imputación de daños que se hace a las entidades prestadoras de tales servicios tiene su fundamento en la omisión o tardanza en la atención, bien porque el procedimiento a pesar de ser conocido se postergue, o bien porque la demora en la práctica de los exámenes impida llegar al diagnóstico cierto de la lesión o enfermedad y, brindarle en consecuencia el tratamiento adecuado. En esos casos, los problemas probatorios resultan relativamente simples en relación con las fallas, pero suelen ser muy complejo tratándose del nexo entre esas omisiones y el resultado final, por cuanto no puede perderse de vista que el paciente ingresa al servicio médico hospitalario estatal con una enfermedad o lesión de base, que es la que finalmente explica el resultado, consistiendo la falla en la prestación del servicio médico, generadora de responsabilidad patrimonial, en la omisión de interrumpir ese proceso causal, susceptible de serlo, de manera cierta o simplemente probable... (...)» /Se destaca/.

De esta forma, descartada cualquier atribución del daño a la víctima (y con ello, hallando el tercer problema jurídico respuesta negativa), en el caso concreto se estableció que el señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA ingresó en tres oportunidades al servicio de urgencias en días consecutivos, así:

⁶² Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B. Consejero ponente: Ramiro Pazos Guerrero. Bogotá, D.C., catorce (14) de diciembre de dos mil dieciséis (2016). Radicación número: 05001-23-31-000-2007-03117-01(37772)

⁶³ Cita de cita: Se ha acudido a reglas como *res ipsa loquitur*, desarrollada en el derecho anglosajón; o de la *culpa virtual* elaborada por la doctrina francesa, o la versión alemana e italiana de la *prueba prima facie* o *probabilidad estadística*, que tienen como referente común el deducir la relación causal y/o la culpa en la prestación del servicio médico a partir de la verificación del daño y de la aplicación de una regla de experiencia, conforme a la cual se considera que existe falla o nexo causal entre un evento dañoso y una prestación médica cuando, según las reglas de la experiencia (científica, objetiva, estadística), dicho daño, por su anormalidad o excepcionalidad, sólo puede explicarse por la conducta negligente del médico y no cuando dicha negligencia pueda ser una entre varias posibilidades, como la reacción orgánica frente al procedimiento suministrado o, inclusive, el comportamiento culposo de la propia víctima.

(i) **PRIMER INGRESO:** registrado el 3 de julio de 2014 en horas de la noche (09:39 pm), a raíz de los síntomas de cefalea global (de 18 horas de evolución), fiebre, episodio emético y náuseas. No presentaba déficit neurológico ni mental al realizársele el examen físico, ante lo cual se le aplicaron medicamentos⁶⁴ (dexametaxona⁶⁵, metoclopramida⁶⁶, diclofenaco sódico⁶⁷ y solución salina) con miras a tratar la inflamación y el dolor, así como prevenir el vómito y las náuseas. A la hora y media aproximadamente (11:09 pm) nuevamente fue valorado y, en tanto el paciente manifestó sentirse bien, sin anotaciones especiales de ninguna clase sobre el examen físico neurológico, se le dio de alta.

Para el juzgado, el acervo probatorio recaudado no es indicativo, en este primer ingreso, de la presencia de algún signo específico claro que hubiera permitido asociarlo al diagnóstico de meningitis bacteriana, intelección que, de paso, halla concordancia con el testimonio técnico rendido por el médico internista, Dr. Germán Alberto Avellaneda. No hay elemento de prueba alguno que coloque en tela de juicio el examen físico neurológico realizado al señor CAMACHO ALZA el 3 de julio, ni tampoco, que permita inferir que los síntomas detectados necesariamente hubieren sugerido la realización de otros servicios médicos para descartar el diagnóstico que, a la postre, suscitó el fallecimiento del paciente.

Se recuerda, conforme al testimonio técnico practicado, el cuadro de cefalea y fiebre pueden ser indicadores de otros diagnósticos, máxime si el examen neurológico fue normal, y si bien el testigo -Dr. Avellaneda- reconoció que la meningitis bacteriana en sus fases iniciales presenta síntomas inespecíficos, fue conteste en su declaración al aludir a las *“alteraciones del estado mental”* o a la *“agitación”* como signos que, aunque impropios de aquel cuadro diagnóstico, exigen realizar un mayor rastreo con miras a determinar la presencia de un eventual proceso infeccioso a través de estudios diagnósticos y, si es del caso, la ulterior realización de la punción lumbar, y dichos signos, según la historia clínica aportada, no los registró el paciente al acudir al servicio de urgencias el 3 de julio de 2014.

(ii) **SEGUNDO INGRESO:** ocurrió el día siguiente (4 de julio de 2014) a las 09:56 pm, por el mismo cuadro de cefalea ‘fuerte’, frontal y persistente, junto con náuseas y vómito. Aunque se tuvo presente que la evolución de esa sintomatología era de más de 24 horas, se consideró por la galena tratante que se trataba de una ‘cefalea tensional frontal’, anotando a renglón seguido como ‘NORMAL’ el examen neurológico y mental realizado al señor ARGEMIRO CAMACHO. El diagnóstico fue de ‘CEFALEA DEBIDA A TENSION’, el cual es definido por la literatura médica⁶⁸ como *“el dolor o malestar en la cabeza, el cuero cabelludo o el cuello.*

⁶⁴ PDF 052, documento que corresponde al plan de manejo intrahospitalario, aportado por el ente demandado en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 175 parágrafo 1° inciso 2° del CPACA.

⁶⁵ **Sobre la facultad que detenta el juez para acudir a literatura médica a fin de comprender el alcance de los términos médicos, ver: Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B, sentencia del 5 de abril de 2017 –pie de página 16–, Rad. Interno 25706. C.P. Ramiro Pazos Guerrero.**

“La dexametasona es un corticosteroide, es decir, es similar a una hormona natural producida por las glándulas suprarrenales. Por lo general, se usa para reemplazar este producto químico cuando su cuerpo no fabrica suficiente. Alivia la inflamación (hinchazón, calor, enrojecimiento y dolor) y se usa para tratar ciertas formas de artritis; trastornos de la piel, la sangre, el riñón, los ojos, la tiroides y los intestinos (por ejemplo, colitis); alergias severas; y asma. La dexametasona también se usa para tratar ciertos tipos de cáncer”. Definición tomada del sitio web [Dexametasona: MedlinePlus medicinas](#)

⁶⁶ *“La metoclopramida inyectable se utiliza para aliviar los síntomas provocados por el vaciamiento lento del estómago en personas que tienen diabetes. Estos síntomas incluyen náuseas, vómitos, acidez estomacal, pérdida del apetito y una sensación de saciedad que permanece mucho tiempo después de las comidas. La metoclopramida inyectable también se utiliza para prevenir las náuseas y los vómitos provocados por la quimioterapia o que pueden ocurrir después de la cirugía. La metoclopramida inyectable también se utiliza a veces para vaciar los intestinos durante determinados procedimientos médicos. La metoclopramida inyectable pertenece a una clase de medicamentos llamados agentes procinéticos. Actúa acelerando el movimiento de los alimentos a través del estómago y de los intestinos”.* Definición tomada del sitio web [Metoclopramida inyectable: MedlinePlus medicinas](#)

⁶⁷ *“Medicamento que se usa para tratar los síntomas de la artritis reumatoide y que está en estudio para la prevención y el tratamiento de algunos tipos de cáncer de piel. Bloquea sustancias que causan inflamación y dolor. Además, es posible que impida la formación de vasos sanguíneos nuevos que los tumores necesitan para crecer. Es un tipo de inhibidor de la ciclooxigenasa, un medicamento antiinflamatorio no esteroide (AINE) y un antiangiogénico.”* Tomado del sitio web [Definición de diclofenaco sódico - Diccionario de cáncer del NCI - NCI \(cancer.gov\)](#)

⁶⁸ Definición tomada del sitio web [Manejo de las cefaleas tensionales en el hogar: MedlinePlus enciclopedia médica](#)

Es un tipo común de dolor de cabeza. Puede ocurrir a cualquier edad, pero es más común en adolescentes y adultos. // Una cefalea tensional se produce cuando los músculos del cuello y del cuero cabelludo resultan tensos o se contraen. Las contracciones musculares pueden ser una respuesta al estrés, la depresión, un traumatismo craneal o la ansiedad” /se resalta/.

Ante el diagnóstico considerado, se le suministraron los mismos medicamentos⁶⁹ del día anterior (dexametaxona, metoclopramida, diclofenaco sódico y solución salina) y, ante la mejoría registrada a las 11:42 pm y al anotarse en ‘examen físico’ única y exclusivamente que se trató de una ‘cefalea resuelta’, se le dio el alta médica sin ningún plan de manejo.

En este punto de la exposición, llama al juzgado poderosamente la atención el hecho que, a pesar de tratarse de un reingreso al servicio de urgencias dentro de 24 horas aproximadamente, la galena tratante se contrajo a reiterar el suministro de medicamentos brindado en el primer ingreso, sin auscultar en grado mínimo las causas de las afecciones mediante la realización de otros servicios clínicos diagnósticos, pues se recuerda, conforme al testimonio rendido por el Dr. Germán Alberto Avellaneda, los galenos no coligen como conducta normal cualquier reingreso al servicio de urgencias, haciendo énfasis en que, ante ese escenario, es elemental acudir a una ‘segunda mirada’ en aras de verificar lo que sucede con el paciente en cuestión.

Exámenes de laboratorio como el cuadro hemático, a voces del testigo técnico, ayudan abarcar todas las posibilidades diagnósticas, aunado a un buen interrogatorio y un correcto examen físico. Aquel servicio médico diagnóstico habría ayudado a conocer si el paciente registraba aumento de células de defensa (leucocitos) y, en caso tal, considerar si eventualmente estaba en curso algún proceso infeccioso. Sin embargo, se insiste, la historia clínica y la totalidad de pruebas practicadas es indicativa de que el 4 de julio de 2014 no se ordenó la práctica de exámenes intrahospitalarios de ese tipo (inclusive, a pesar de que sí se habían ordenado el día antes para realizarlos por consulta externa)⁷⁰.

Tampoco en el segundo ingreso a urgencias se procuró acudir a una segunda opinión especializada, no obstante la persistencia de los síntomas, lo que hacía necesario descartar otros posibles diagnósticos como el que, a la postre, suscitó el deceso del señor ARGEMIRO.

Ahora bien; cierto es que la historia clínica del 4 de julio de 2014 no era indicativa de un signo o síntoma categórico que hubiera permitido sospechar que se trataba de una meningitis bacteriana. Ante este panorama, es claro para el juzgado que la información consignada en la historia clínica es elemental para determinar el contexto y la conducta a adoptar y, al respecto, lo auscultado en el examen físico realizado al señor CAMACHO ALZA en aquella data ratificaba la mayoría de síntomas reportados el día 3 del mismo mes (cefalea, náuseas y vómito), aunque ya sin fiebre. Esto es, no hay registro alguno asociado a una eventual alteración de la conciencia o signos neurológicos de gravedad (convulsiones, deterioro del estado general del paciente, rigidez de cuello) que hubieran exigido de la galena tratante avistar -aunque sea hipotéticamente- la patología que, a la postre, suscitó el fallecimiento del paciente.

Sin embargo, es útil recordar que el testigo técnico, al describir la meningitis bacteriana, aludió a la presencia habitual de síntomas inespecíficos en sus fases iniciales. Entonces, (ii.i) si se considera que un cuadro clínico como el que, en definitiva, tuvo el señor ARGEMIRO

Se recuerda, sobre la facultad que detenta el juez para acudir a literatura médica a fin de comprender el alcance de los términos médicos, ver: Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B, sentencia del 5 de abril de 2017 –pie de página 16–, Rad. Interno 25706. C.P. Ramiro Pazos Guerrero.

⁶⁹ PDF 051, documento que corresponde al plan de manejo intrahospitalario, aportado por la ESE demandada en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 175 parágrafo 1° inciso 2° del CPACA.

⁷⁰ Ver PDF 052 p. 3.

CAMACHO, presenta por lo general signos inespecíficos en sus fases iniciales, y (ii.ii) si desde el punto de vista médico el reingreso de un paciente al servicio de urgencias -por equivalente sintomatología a la registrada 24 horas antes- no era normal y exigía una auscultación mayor (tal y como lo declaró el testigo técnico), (ii.iii) mal puede afirmarse que el ente demandado actuó empleando todos los recursos que estaban a su alcance en la atención médica brindada el 4 de julio de 2014, cuando se limitó exclusivamente a tratar unos síntomas que, aunque inespecíficos, pudieron ser indicadores del cuadro de meningitis bacteriana, el cual sobrellevaba en definitiva.

Ante panoramas como el descrito, el H. Consejo de Estado ha sido insistente en señalar la configuración de una falla del servicio:

“...En ese sentido, la Sala ha manifestado en decisiones precedentes que dicha falla se circunscribe a una consideración básica:

“La obligación de prestar asistencia médica es compleja, es una relación jurídica total, compuesta por una pluralidad de deberes de conducta (debe de ejecución, deber de diligencia en la ejecución, deber de información, deber de guardar secreto médico, etc.). Ese conjunto de deberes conforma una trama, un tejido, una urdimbre de la vida social responde a la idea de organización – más que de organismos- en punto a la susodicha relación jurídico total (...) Por tanto, aquel deber jurídico principal supone la presencia de otros deberes secundarios de conducta, como los de diagnóstico, información, recepción de la voluntad jurídica del enfermo –llamada comúnmente consentimiento del paciente-, prescripción, guarda del secreto profesional, satisfacción del plan de prestación en su integridad (actividad que supone no abandonar al enfermo y cuidar de él hasta darlo de alta)”⁷¹ (subrayado fuera de texto).

...⁷² /Comentario es de la cita/.

Corolario, se concluye que el ente demandado, para la segunda oportunidad en la que el señor CAMACHO ALZA acudió al servicio de urgencias, no utilizó los recursos técnicos y científicos disponibles para identificar qué patología sobrellevaba, habiéndose limitado únicamente a tratar los síntomas.

(iii) **EL TERCER INGRESO:** tuvo lugar el 5 de julio de 2014 a partir de las 06:58 pm, nuevamente por dolor de cabeza y fiebre, asociados a náuseas. En esta oportunidad, al paso de suministrársele medicamentos (metoclopramida, ranitidina ⁷³, solución salina, acetaminofén)⁷⁴, el galeno tratante -Dr. Cristian Mendoza Santos- sí ordenó la realización de exámenes de laboratorio clínico (hematología y uroanálisis), cuyos resultados fueron obtenidos a las 09:30 pm de esa data /ver PDF 001 p. 34/ y en donde se advierte, entre otros, resultado elevado de leucocitos, hallazgo convalidado por el testigo médico al rendir su declaración, indicativo de un posible proceso infeccioso.

⁷¹ Cita de cita: Sentencia de 18 de febrero de 2010. Exp. 17655.

⁷² Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C, Consejero Ponente: Jaime Orlando Santofimio Gamboa, Bogotá, D.C., dieciséis (16) de mayo de dos mil dieciséis (2016). Radicación número: 76001-23-24-000-1998-01575-01(30351)

⁷³ “La ranitidina se usa para tratar úlceras; reflujo gastroesofágico, una condición en la que el reflujo del ácido del estómago provoca pirosis (calor estomacal) y lesiones en el tubo alimenticio (esófago); y en aquellas condiciones en las que el estómago produce demasiado ácido, como el síndrome de Zollinger-Ellison. La ranitidina que se vende sin prescripción médica se usa para prevenir y tratar los síntomas de la pirosis, también conocida como acidez, asociada con indigestión ácida y con un sabor agrio en la garganta o la boca. La ranitidina pertenece a una clase de medicamentos llamados bloqueadores H₂. Reduce la cantidad de ácido producido en el estómago”. Definición tomada de [Ranitidina: MedlinePlus medicinas](#)

⁷⁴ Ver PDF 033 p. 1.

No hubo nueva valoración del paciente sino hasta las 02:00 am del día siguiente (6 de julio), es decir, aproximadamente siete (7) horas después del tercer reingreso a urgencias y cuatro (4) horas y media ($1\frac{1}{2}$) después de los resultados de hematología. En esa ocasión, ya se encontró al señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA con desorientación, incoherencia, somnolencia y locuacidad desordenada, ante lo cual se ordenó nueva práctica de exámenes de laboratorio, diagnosticando así -además de la cefalea- un ‘trastorno orgánico de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, lesión y disfunción cerebrales’. Se realizó tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo simple a las 02.45 am de ese 6 de julio⁷⁵.

Después de múltiples anotaciones de enfermería (06:30 am y 07:00 am)⁷⁶ sobre la condición ‘desorientada’ del paciente, al punto que se tornó agresivo y el médico general -Dr. Polanco- ordenó su inmovilización en manos y pies (08:30 am)⁷⁷, y más de doce (12) horas después de la última revisión, el especialista en urgenciología lo valoró junto con el médico general de turno -Dr. Samir Polanco Pontón- (02:46 pm). En esta última oportunidad, al paso de iterar que el señor CAMACHO ALZA se encontraba intranquilo, incoherente e inquieto, se estudió el resultado de TAC de cráneo simple -normal-, disponiendo dejarlo en observación y con nueva orden de exámenes (cuadro hemático, gases arteriales, radiografía de tórax, ecografía de abdomen total, entre otros). Luego, a las 06:38 pm, es decir, dieciséis (16) horas después de haberse detectado por primera vez al paciente desorientado cognitivamente, se ordenó por el médico general -Dr. Samir Polanco Pontón- la valoración del paciente por medicina interna, la cual se surtió a las 12:41 am del 7 de julio siguiente, esto es, seis (6) horas después de la orden de esa consulta especializada y veintidós (22) horas después del primer registro de alteración cognitiva y comportamental del paciente.

Fue en esta última oportunidad que el especialista en medicina interna dio inicio al tratamiento antibiótico profiláctico (ceftriaxona (sic)⁷⁸ y ampicilina⁷⁹), al detectar que el paciente registraba un cuadro compatible de meningitis, a pesar de los intentos infructuosos de la punción lumbar (estudio de elección previsto en la Guía para Manejo de Urgencias del Ministerio de Salud ante sospecha de infección meningea aguda), circunstancia última que no condicionó el esquema antibiótico implementado.

Finalmente, el señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA falleció el 8 de julio de 2014 a las 04:50 pm, producto de la meningitis bacteriana que a su vez generó una hipertensión endocraneana.

En este contexto, así como ocurrió con la atención médica brindada en el segundo ingreso al servicio de urgencias, se evidencia que el manejo clínico brindado hasta antes de la valoración efectuada por el especialista en medicina interna se contrajo a tratar el cuadro de síntomas (cefalea, fiebre, náuseas, vómito) y el esquema comportamental que exhibía. Es diáfano que, a diferencia de lo ocurrido el 4 de julio, desde que el señor CAMACHO ALZA ingresó el día 5 de ese mes se ordenaron una serie de exámenes y procedimientos médicos

⁷⁵ Ver PDF 033 p. 8.

⁷⁶ Ver PDF 033 p. 4.

⁷⁷ Ídem.

⁷⁸ Entiéndase «ceftriaxona». Indica la literatura médica (ver <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a685032-es.html>): *“La inyección de ceftriaxona se usa para tratar algunas infecciones provocadas por bacterias como la gonorrea (una enfermedad de transmisión sexual), enfermedad pélvica inflamatoria (infección de los órganos reproductivos de la mujer que puede causar infertilidad), meningitis (infección de las membranas que rodean el cerebro y la columna vertebral), e infecciones de los pulmones, oídos, piel, tracto urinario, sangre, huesos, articulaciones, y abdomen. La inyección de ceftriaxona también se administra algunas veces antes de ciertos tipos de cirugía para prevenir infecciones que pueden presentarse después de la operación. La inyección de ceftriaxona pertenece a una clase de medicamentos llamados antibióticos de cefalosporina. Funciona matando las bacterias” /Se subraya/.*

⁷⁹ Conforme a la literatura médica (ver <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a685002-es.html#:~:text=La%20ampicilina%20se%20usa%20para,tracto%20urinario%20y%20tracto%20gastrointestinal>): *“La ampicilina se usa para tratar determinadas infecciones que son ocasionadas por una bacteria como la meningitis (infección de las membranas que rodean el cerebro y la columna vertebral); e infecciones de la garganta, senos nasales, pulmones, órganos reproductivos, tracto urinario y tracto gastrointestinal. La ampicilina se encuentra en una clase de medicamentos llamados penicilinas. Funciona matando las bacterias.” /Se subraya/.*

tendientes a establecer el diagnóstico. Empero, es altamente llamativo que solo la valoración por un médico especialista (urgenciólogo -2:46 pm del 6 de julio de 2014-) haya tenido lugar después de diecinueve (19) horas de su reingreso a urgencias (06:58 pm del 5 de julio de 2014) y, como se dijo, tiempo después se haya surtido la valoración por el profesional en la especialidad -medicina interna- que, a la postre, determinó iniciar el tratamiento atendiendo al diagnóstico que efectivamente tenía.

Como se anotó en líneas anteriores, el cuadro de meningitis bacteriana presenta la mayoría de las veces síntomas inespecíficos y su manejo exige un rápido inicio del tratamiento antibiótico, al punto que dicha patología puede tornarse mortal si dicha tipología medicinal se suministra después de las seis (6) horas contadas desde la evaluación inicial -según la Guía de Manejo para Urgencias-. Dicho ello, no podían soslayarse sin más las circunstancias asociadas a la persistencia de los síntomas y el continuo acudimiento al servicio de urgencias del paciente, sin cuanto menos ordenarse tempranamente la valoración por medicina interna, orden que apenas fue emitida 24 horas después del tercer reingreso a esa área del ente hospitalario.

Lo anterior acredita que la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ tampoco hizo uso de todos los recursos que estuvieron a su alcance para obtener un oportuno diagnóstico y adecuado de la enfermedad que padecía el señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA, al momento en que este ingresó el 5 de julio de 2014 al servicio de urgencias.

En un caso con ribetes similares al presente, dijo el Alto Tribunal:

“...Así, aunque no existe certeza absoluta de que una valoración oportuna por el especialista de medicina interna habría cambiado radicalmente el curso de los acontecimientos, (...) es indudable, en opinión de la Sala, que la conducta omisiva de la entidad demandada disminuyó sus oportunidades de sobrevivir. En otras palabras, si bien no puede considerarse probada la relación de causalidad entre la actitud omisiva de la entidad demandada y la muerte del paciente, sí está claramente acreditada aquella que existe entre dicha actitud y la frustración de su chance de sobrevida. Esta distinción es fundamental, según lo dicho por la jurisprudencia, para “enervar cualquier observación relativa a la laxitud en la prueba de la causalidad”⁸⁰, ya que este elemento de la responsabilidad se encuentra totalmente acreditado respecto de un daño cierto y actual, que no es la muerte, sino la disminución de probabilidades de evitarla⁸¹...”⁸²

Corolario de lo ampliamente expuesto, el Juzgado concluye que el daño antijurídico, asociado a la pérdida de oportunidad⁸³ de sobrevida del señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA, es atribuible fáctica y jurídicamente a la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ, motivo por el cual el segundo problema jurídico encuentra respuesta positiva.

⁸⁰ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000, exp. 11.878, C.P. Alier Eduardo Hernández.

⁸¹ Cita de cita: Al respecto, Luis Felipe Giraldo Gómez, *La pérdida de la oportunidad en la responsabilidad civil*, Universidad Externado de Colombia, primera edición, Bogotá, 2011, pp. 172-267.

⁸² Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B, Consejero Ponente: Danilo Rojas Betancourth, Bogotá D. C., treinta y uno (31) de mayo de dos mil trece (2013), Radicación número: 54001-2331-000-1997-12658-01(31724).

⁸³ Sobre la congruencia del fallo con lo debatido en el proceso, El Consejo de Estado ha sido insistente en precisar que “... no implica el desconocimiento del principio de congruencia, en virtud del cual “el juez en sus decisiones debe ceñirse estrictamente al petitum de la demanda o a las razones de defensa y las excepciones que invoque o alegue el demandado”, porque la causa petendi de la demanda no se relaciona exclusivamente con la muerte del joven (...), sino también con la falla del servicio derivada del error de diagnóstico que incidió en la oportunidad y efectividad del tratamiento...”. Cita tomada de: Sección Tercera, Subsección B, Consejero Ponente: Danilo Rojas Betancourth, Bogotá D. C., treinta y uno (31) de mayo de dos mil trece (2013), Radicación número: 54001-2331-000-1997-12658-01(31724).

2.2.2.3. LA INDEMNIZACIÓN DE LOS PERJUICIOS.

Comoquiera que en el presente asunto el daño antijurídico a indemnizar es el de pérdida de oportunidad, por motivo de la cesación definitiva de la legítima expectativa de sobrevida del señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA, ha enseñado la jurisprudencia contenciosa administrativa⁸⁴ que la indemnización para estos eventos subyace a la proporción de las probabilidades con las cuales contaba la víctima en permanecer con vida y/o recuperarse, indicando que,

“...[S]i 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 jurídicos⁸⁵, 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 prohiarse 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...” /Se subraya y destaca por el Juzgado/.

En el caso concreto, no se pudo establecer científicamente el porcentaje de probabilidad de sobrevida que habría tenido el señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA en caso de habersele brindado el tratamiento antibiótico en una oportunidad más temprana. Por ende, el Despacho dará aplicación al porcentaje reseñado en el precedente vertical (50%).

2.2.2.4. PERJUICIOS MATERIALES.

Se recuerda, se pide por la parte actora condenar a título de indemnización por perjuicios materiales, (i) la suma de \$1.748.000, a título de daño emergente, y (ii) la suma de \$360.000.000 por concepto de lucro cesante.

Sobre el particular, se tiene lo siguiente:

✚ Obra en el plenario un documento privado firmado por el señor Arcey Camacho Alza, sin autenticar, de fecha 19 de septiembre de 2014, relacionado con la labor que desempeñaba el señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA y su ingreso promedio /PDF 001 p. 59/. También obra documento privado signado por quien afirma llamarse Alfredo Salguero, sobre el servicio de taxi brindado a la señora ANYUL MARÍA YATE GONZÁLEZ entre los días 3 y 8 de julio de 2014 /p. 61 ídem/.

⁸⁴ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B, sentencia del 5 de abril de 2017, Radicación 17001-23-31-000-2000-00645-01(25706), Consejero ponente: Ramiro Pazos Guerrero.

⁸⁵ Cita de cita: La sentencia N.º 948 del 16 de enero de 2011 proferida por la Sala Civil del Tribunal Supremo de España, M.P. Seijas Quintana, considera que, ante la ausencia del porcentaje de probabilidades truncadas, para casos de defecto de información médica, se debe fijar la cuantía en un factor de corrección aproximado del 50% a la cuantía resultante, esto es, reducir a la mitad la indemnización resultante del total del perjuicio valorado. Cfr. SAIGÍ-ULLASTRE, AAVV, “Cuantificación de la Pérdida de Oportunidad en Responsabilidad Profesional Médica”, Revista Española de Medicina Legal, Órgano de la Asociación Nacional de Médicos Forenses, vol. 39, 2013, p. 159.

- ✚ También reposan recibos dimanados de ‘Floristería y Pompas Fúnebres La Paz’, relacionados con los abonos efectuados por la señora Aliria Camacho sobre las honras fúnebres del señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA /PDF 001 p. 60/.
- ✚ La testigo YURI MARCELA CAMACHO TAVERA /archivo de audio y video 041/: sobrina del señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA, manifestó que la víctima trabajaba en un montallantas, que llevaba el ‘alimento a su hogar’.
- ✚ La testigo LUZ MARINA CABALLERO JIMÉNEZ /archivo de audio y video 042/, madrina de los hijos mayores de ANYUL MARÍA YATE GONZÁLEZ, con quien posee una relación que calificó como ‘casi [de] hermanas’. Declaró que el grupo familiar (conformado con cinco niños pequeños) es de mínimos recursos, entonces les tocó recolectar dinero con familiares y amigos para asumir las expensas de las honras fúnebres. Expresó que la señora ANYUL MARÍA había quedado sola, porque el señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA *“era quien llevaba el diario a la casa, él era el que mantenía a ella y a los niños. Ella quedó sola, ellos quedaron solos. Ahorita es lo que ella se pueda rebuscar, lo que ella trabaja en casas de familia, para sostener los niños. Eso es un golpe muy duro (...) Era la cabeza principal, él era un hombre que estaba muy pegado a sus niños, llegaba a la casa con sus niños, a ellos les pegó durísimo. Sicológicamente para los niños fue terrible. Yo lo digo porque yo lo viví con los niños, estuve con los niños (...) y ahí estamos en la lucha con ella [ANYUL MARÍA YATE] porque está sola”*.
- ✚ El testigo MANUEL GUSTAVO ROJAS HERRERA /archivo de audio y video 042/ expresó que le contaron que el señor ARGEMIRO CAMACHO estaba enfermo. Que su esposa (ANYUL MARÍA) y los hijos quedaron desamparados y describiendo como dura la situación para ellos. Dijo que el señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA trabajaba en ‘mecánica’ y ‘en labor de llantas’, que siempre trabajó para llevar el sustento a su hogar.

La prueba testimonial recaudada es indicativa no solo del lazo afectivo y emocional existente entre el señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA con su compañera permanente ANYUL MARÍA YATE GONZÁLEZ y sus cinco hijos, sino que, igualmente, es revelador del rol que asumió la víctima directa como el encargado de proveer los ingresos al núcleo familiar.

Si bien las declaraciones en mención fueron objeto de tacha, como ya se señaló, y aunque los testigos dieron cuenta de los lazos de consanguinidad (en el caso de la señora YURI MARCELA CAMACHO) y de amistad con el señor ARGEMIRO y con la demandante ANYUL MARÍA (en el caso de los señores LUZ MARINA CABALLERO y MANUEL GUSTAVO ROJAS), el despacho no advierte matices en los testimonios que conlleven a sospechar falsedad sobre lo declarado, toda vez que se contrajeron a dar cuenta de la configuración de ese grupo familiar, la actividad económica que desarrollaba la víctima y el impacto emocional propiciado por el fallecimiento del señor CAMACHO ALZA. Por tanto, ameritan brindarle valor probatorio.

Dicho lo anterior debe señalarse, en primer lugar, que en relación con el monto indemnizatorio perseguido por la parte demandante a título de daño emergente⁸⁶, asociado a los gastos fúnebres, la probanza documental aportada únicamente dio cuenta del pago que asumió persona distinta de aquellas que conforman el extremo interviniente por activa en la Litis, razón por la cual dicha súplica indemnizatoria habrá de despacharse desfavorablemente.

⁸⁶ “Pérdida o disminución de valores económicos ya existentes”. Al respecto ver: Consejo de Estado, Sección Segunda, Subsección “B”, Consejero ponente: Víctor Hernando Alvarado Ardila, Bogotá, D.C., veintisiete (27) de febrero de dos mil trece (2013). Radicación número: 11001-03-25-000-2010-00088-00(0798-10).

Ahora, en punto al lucro cesante perseguido⁸⁷, las pruebas recaudadas y recién abordadas permiten concluir que el señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA, como se dijo, asumía las riendas económicas de su hogar. Por manera, así no haya sido posible determinar sus ingresos, es procedente inferir que devengaba un salario mínimo legal mensual, como *el actualmente vigente*⁸⁸ (\$1.160.000)⁸⁹, cifra conforme a la cual se aplicará el criterio de unificación jurisprudencial adoptado por la Sala Plena de la Sección Tercera en sentencia emitida el 22 de abril de 2015 (Rad. Interno 19146)⁹⁰ asociada al reconocimiento y liquidación de perjuicios materiales (lucro cesante) *con acrecimiento*⁹¹ a favor de quienes habrían percibido el auxilio económico del(la) fallecido(a).

i) Así las cosas, la antedicha suma (\$1.160.000) en todo caso ha de incrementarse en un 25% por prestaciones sociales, y de su resultado, reducir el 25% equivalente a la proporción que hubo de destinar la víctima para gastos propios. En este orden:

$$\begin{array}{lcl} \text{Ra}^{92}: & \$1.160.000 + 25\% (\$290.000) & = \$1.450.000 \\ \text{Ra}: & \$1.450.000 - 25\% (\$362.500) & = \$1.087.500. \end{array}$$

ii) Con esta cifra (Ra) se pasa a determinar la *indemnización debida o consolidada* (Rc) de la siguiente manera:

$$Rc = Ra \frac{(1 + i)^n - 1}{i}$$

Donde,

Ra = es la renta actualizada (\$1.087.500)

i = interés puro o técnico mensual equivalente a 0.004867

n = *Tcons* = número de meses que comprende el período indemnizable desde el fallecimiento del señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA (8 de julio de 2014) hasta la data de la sentencia (11 de diciembre de 2023), es decir 113,14 meses.

Entonces:

$$Rc = \$1.087.500 \frac{(1 + 0.004867)^{113,14} - 1}{0.004867}$$

⁸⁷ "Frustración de ventajas económicas esperadas, es decir, la pérdida de un enriquecimiento patrimonial previsto". Al respecto ver: Consejo de Estado, Sección Segunda, Subsección "B", Consejero ponente: Víctor Hernando Alvarado Ardila, Bogotá, D.C., veintisiete (27) de febrero de dos mil trece (2013). Radicación número: 11001-03-25-000-2010-00088-00(0798-10).

⁸⁸ Criterio adoptado por el Consejo de Estado en sentencia del 30 de marzo de 2017 (Sección Tercera, Subsección B, Rad. Interno 46440A, C.P. Dr. Danilo Rojas Betancourth).

⁸⁹ Decreto 2613 del 28 de diciembre de 2022 emitido por el Presidente de la República.

⁹⁰ C.P. Dra. Stella Conto Díaz del Castillo.

⁹¹ Dijo el Consejo de Estado en la reseñada sentencia de unificación que "...En ese orden, considera la Sala en esta oportunidad que existen importantes razones que ameritan la indemnización del lucro cesante con acrecimiento, en cuanto i) la aplicación de ese principio general no afecta la autonomía del régimen de responsabilidad patrimonial del Estado; por el contrario, se aviene con las exigencias relativas a la protección constitucional de la unidad y los vínculos de solidaridad familiar, afectados con el hecho dañino imputable a la entidad pública y con los principios de justicia, equidad y reparación integral, de que tratan las disposiciones de los artículos 2º, 42, 90, 230 constitucionales y 16 de la Ley 446 de 1998 y ii) el perjuicio a ser indemnizado comprende la afectación del derecho al incremento que se habría generado desde la víctima con condición de buen padre de familia hacia cada uno de los miembros del grupo. Esto si se considera que la ocurrencia del daño no tendría que afectar la unidad patrimonial y el deber ser de su permanencia, al margen de su movilidad... // En suma, el tridente de los principios de justicia, equidad y reparación integral resulta de la mayor importancia, en cuanto fundamentan jurídica y axiológicamente el lucro cesante con acrecimiento, toda vez que se trata de la indemnización que realiza el deber ser que habrá de acompañar la distribución del patrimonio del buen padre de familia. // Así, a los integrantes del grupo familiar que dejaron de percibir la ayuda económica del fallecido se les liquidará el lucro cesante con el acrecimiento al que tienen derecho, por el hecho de extinguirse la concurrencia de cada uno de los demás miembros que limitaba la participación en los recursos destinados a la satisfacción de las necesidades del núcleo familiar. // A esos efectos se fijan las cuotas de participación de forma que, alcanzada la edad en que de ordinario se logra la independencia económica de los hijos no discapacitados o agotado el tiempo de la expectativa de vida, la participación dejada de percibir por cada uno se reparte entre los restantes a los que, conforme con las reglas de la liquidación, aún les asiste el derecho a la porción y así sucesivamente. Se debe tener en cuenta, además, que a partir de la fecha en que todos los hijos alcanzan la autonomía económica, el trabajador habría aumentado las reservas para sus propias necesidades. Y, en esas circunstancias, la distribución será del 50% de los ingresos totales para cada consorte, cónyuge o compañero(a), siendo este porcentaje la proporción que se reconocerá al cónyuge supérstite, a partir de entonces..." (Líneas del Despacho. Negritillas son del texto).

⁹² Renta actualizada.

0.004867

Rc = \$1.087.500 x 150,41

Rc = \$163.570.875

Y a la anterior cifra ha de extraerse el 50% por razón del daño antijurídico a indemnizar, como se expuso en líneas previas, concluyéndose que la indemnización consolidada (Rc) equivale a **\$81.785.437,5**.

De lo anterior se extrae que, por el tiempo consolidado (*Tcons*: 113,14 meses), la compañera permanentes e hijos del señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA dejaron de percibir por concepto de renta la suma de **\$81.785.437,5**, corolario del apoyo económico que hubo de brindar a su núcleo familiar.

iii) En relación con la renta consolidada (Rc), se tiene establecido respecto a los actores que:

DEMANDANTE	EDAD AL FALLECER SU PADRE	TIEMPO QUE RESTABA PARA CUMPLIR 25 AÑOS DE EDAD
SOLANYI VANESA CAMACHO YATE	6,25 años	18,75 años (225 meses)
LAURA YURNEY CAMACHO YATE	7,66 años	17,34 años (208,08 meses)
GIOVANNY STEVEN CAMACHO YATE	9,31 años	15,69 años (188,28 meses)
JANNIN ALEJANDRA CAMACHO YATE	11,09 años	13,91 años (166,92 meses)
JOHAN STEEWAR CAMACHO YATE	14,75 años	10,25 años (123 meses)

Como se evidencia, TCONS (113,14 meses) es menor al tiempo que a cada uno de los hijos del señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA les restaba para cumplir 25 años de edad.

En este orden, se concluye que el valor a distribuir entre los pluricitados demandantes y la actora ANYUL MARÍA YATE GONZÁLEZ durante ese interregno (113,14 meses) a título de **LUCRO CESANTE CONSOLIDADO**, ha de realizarse de la siguiente forma:

De los **\$81.785.437,5**, equivalentes a la renta consolidada (Rc), le corresponde el 50% a la actora **ANYUL MARÍA YATE GONZÁLEZ (\$40.892.718,75)**, y el otro 50% en partes iguales a favor de los cinco hijos **(\$8.178.543,75 para cada uno)**.

iv) En relación con la *indemnización futura o anticipada (Rf)*, habrá de calcularse conforme a la siguiente fórmula:

$$Rf = Ra \frac{(1 + i)^n - 1}{i(1 + i)^n}$$

De donde,

Ra = es la renta actualizada (\$1.087.500)
i = interés puro o técnico mensual equivalente a 0.004867
n = **Tfut** = que corresponde al tiempo máximo durante el cual se habría extendido por el fallecido el auxilio económico a su grupo familiar (**Tmax**), menos el tiempo consolidado (**Tcons**). Es decir, **Tfut = Tmax - Tcons**.

Para extraer T_{max} , se tiene que el señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA falleció cuando tenía 49 años de edad, de suerte que asumía 32,5 años (390 meses) más de esperanza de vida⁹³; entretanto, la señora ANYUL MARÍA YATE GONZÁLEZ tenía 35 años de edad para el momento en que falleció su compañero permanente, coligiéndose así que tenía a la sazón 50,5 años de esperanza de vida⁹⁴.

En tal sentido, la compañera permanente superviviente habría sido quien percibiera por más tiempo el apoyo económico de ARGEMIRO CAMACHO ALZA, a partir de la expectativa de vida de este último, superior a los lapsos que les restan a los hijos para cumplir los 25 años de edad (como se evidenció en el cuadro diseñado en la página que antecede). Por tanto, T_{max} equivaldrá a 32,5 años (390 meses), tiempo probable de vida del señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA.

Así entonces,

$$T_{fut} = T_{max} - T_{cons}$$

$$T_{fut} = 390 \text{ meses} - 113,14 \text{ meses}$$

$$T_{fut} = 276,86 \text{ meses.}$$

La anterior fórmula enseña que, de los 32,5 años -390 meses- (T_{max}), ya se han consolidado 113,14 meses (T_{cons}) contados desde el fallecimiento del señor CAMACHO ALZA hasta la data en que se emite esta sentencia, extrayéndose así los 276,86 meses equivalentes a tiempos futuros indemnizables.

Retomando la fórmula para establecer la indemnización futura o anticipada (R_f), se tiene que:

$$R_f = Ra \frac{(1 + i)^n - 1}{i(1 + i)^n}$$

$$R_f = \$1.087.500 \frac{(1 + 0.004867)^{276,86} - 1}{0.004867 (1 + 0.004867)^{276,86}}$$

$$R_f = \$1.087.500 \times \frac{2,8351522496}{0,0186656859}$$

$$R_f = \$165.181.611,21$$

Y a la anterior cifra ha de extraerse el 50% por razón del daño antijurídico a indemnizar, como se expuso, concluyéndose que la **renta futura (R_f)** equivale a **\$82.590.805,6**.

En relación con la renta futura (R_f), comoquiera que al demandante JOHAN STEEWAR CAMACHO YATE le restarían 9,86 meses⁹⁵ ($Pd1$)⁹⁶ para cumplir los 25 años de edad, es preciso determinar el **Valor a distribuir ($Vd1$)** entre él, su madre y sus hermanos durante aquel interregno, así:

$$Vd1 = (R_f / T_{fut}) \times Pd1$$

$$Vd1 = (\$82.590.805,6 / 276,86 \text{ meses}) \times 9,86 \text{ meses}$$

$$Vd1 = \$298.312,52 \times 9,86 \text{ meses}$$

$$Vd1 = \$2.941.361,49$$

⁹³ De conformidad con la Resolución N° 1555 de 2010 de la Superintendencia Financiera de Colombia.

⁹⁴ De conformidad con la Resolución N° 1555 de 2010 de la Superintendencia Financiera de Colombia.

⁹⁵ Cifra que se extrae de la diferencia existente entre la edad que le restaba para cumplir los 25 años de edad al fallecimiento de su padre (123 meses) y el tiempo consolidado (113,14 meses).

⁹⁶ Período 1.

De la cifra equivalente a VD1, se concluye que **a favor de la señora ANYUL MARÍA YATE GONZÁLEZ le corresponde el 50% (\$1.470.680,74)** y el otro 50% en partes iguales a favor de JOHAN STEEWAR, JANNÍN ALEJANDRA, GIOVANNY STEVEN, LAURA YURNEY y SOLANYI VANESA (**\$294.136,14 para cada uno**), justamente en razón del tiempo que le tomaría a JOHAN STEEWAR cumplir los 25 años de edad, período después del cual, como se ha señalado con insistencia por la jurisprudencia, se espera que logre plena independencia económica.

v) De otra parte, como se dijo, la demandante JANNÍN ALEJANDRA tenía 11,09 años cuando falleció su padre, restándole así 13,91 años para cumplir 25 años de edad (166,92 meses); ello a su vez significa que, en relación con la renta futura (Rf), le restan 53,78 meses⁹⁷ para cumplir los 25 años de edad, de manera tal que, una vez JOHAN STEEWAR CAMACHO YATE cumpla 25 años, a JANNÍN ALEJANDRA le faltarían 43,92 meses (Pd2)⁹⁸ para llegar también a esa edad.

En estas condiciones, es preciso determinar el valor a distribuir (VD2) entre ANYUL MARÍA y sus hijos JANNÍN ALEJANDRA, GIOVANNY STEVEN, LAURA YURNEY y SOLANYI VANESA CAMACHO YATE así:

$$\begin{aligned} VD2 &= (Rf / Tfu) \times Pd2 \\ VD2 &= (\$82.590.805,6 / 276,86 \text{ meses}) \times 43,92 \text{ meses} \\ VD2 &= \$298.312,52 \times 43,92 \text{ meses} \\ VD2 &= \$13.101.885,87 \end{aligned}$$

De la cifra equivalente a VD2, lo que le hubiera correspondido a JOHAN STEEWAR (extraído de la mitad del valor de VD2, o sea \$6.550.942,93 dividido entre 5⁹⁹ (\$1.310.188,58), acrece por partes iguales las cuotas de los otros beneficiarios. Entonces, **a la señora ANYUL MARÍA YATE GONZÁLEZ (compañera permanente supérstite) le corresponde un valor de \$7.206.037,22¹⁰⁰**, y **a JANNÍN ALEJANDRA, GIOVANNY STEVEN, LAURA YURNEY y SOLANYI VANESA la suma de \$1.473.962,15¹⁰¹ para cada uno.**

vi) Ahora bien, el demandante GIOVANNY STEVEN tenía 9,31 años cuando falleció su padre, restándole así 15,69 años para cumplir 25 años de edad (188,28 meses); ello a su vez significa que, en relación con la renta futura (Rf), le restan 75,14 meses¹⁰² para cumplir los 25 años de edad, de manera tal que, una vez JANNÍN ALEJANDRA CAMACHO YATE cumpla 25 años, a GIOVANNY STEVEN le faltarían 31,22 meses (Pd3)¹⁰³ para llegar también a esa edad.

En estas condiciones, es preciso determinar el valor a distribuir (VD3) entre ANYUL MARÍA y sus hijos GIOVANNY STEVEN, LAURA YURNEY y SOLANYI VANESA, así:

$$\begin{aligned} VD3 &= (Rf / Tfu) \times Pd3 \\ VD3 &= (\$82.590.805,6 / 276,86 \text{ meses}) \times 31,22 \text{ meses} \\ VD3 &= \$298.312,52 \times 31,22 \text{ meses} \\ VD3 &= \$9.313.316,87. \end{aligned}$$

⁹⁷ Cifra que se extrae de la diferencia existente entre la edad que le restaba para cumplir los 25 años de edad al fallecimiento de su padre (166,92 meses) y el tiempo consolidado (113,14 meses).

⁹⁸ Período 2.

⁹⁹ Número de hijos dependientes de ARGEMIRO.

¹⁰⁰ Correspondiente a su cuota (\$6.550.942,93) más la ½ de la cuota que le habría correspondido a JOHAN STEEWAR (\$655.094,29).

¹⁰¹ Correspondiente a su cuota original (\$1.310.188,58) más la ¼ parte de la ½ de la cuota que le habría correspondido a JOHAN STEEWAR (\$163.773,57).

¹⁰² Cifra que se extrae de la diferencia existente entre la edad que le restaba para cumplir los 25 años de edad al fallecimiento de su padre (188,28 meses) y el tiempo consolidado (113,14 meses).

¹⁰³ Período 3.

De la cifra equivalente a VD3, lo que les hubiera correspondido a JOHAN STEEWAR y a JANNÍN ALEJANDRA (extraído de la mitad del valor de VD3, o sea \$4.656.658,43 dividido entre 5¹⁰⁴ y por 2 (\$1.862.663,37), acrece por partes iguales las cuotas de los otros beneficiarios. Entonces, **a la señora ANYUL MARÍA YATE GONZÁLEZ (compañera permanente supérstite) le corresponde un valor de \$5.587.990,11¹⁰⁵, y a GIOVANNY STEVEN, LAURA YURNEY y SOLANYI VANESA la suma de \$1.241.775,57¹⁰⁶ para cada uno.**

vii) La demandante LAURA YURNEY tenía 7,66 años cuando falleció su padre, restándole así 17,34 años para cumplir 25 años de edad (208,08 meses); ello a su vez significa que, en relación con la renta futura (Rf), le restan 94,94 meses¹⁰⁷ para cumplir los 25 años de edad, de manera tal que, una vez GIOVANNY STEVEN cumpla 25 años, a LAURA YURNEY le faltarían 63,72 meses (Pd4)¹⁰⁸ para llegar también a esa edad.

En estas condiciones, es preciso determinar el valor a distribuir (VD4) entre ANYUL MARÍA y sus hijas LAURA YURNEY y SOLANYI VANESA, así:

$$VD4 = (Rf / Tfu) \times Pd4$$

$$VD4 = (\$82.590.805,6 / 276,86 \text{ meses}) \times 63,72 \text{ meses}$$

$$VD4 = \$298.312,52 \times 63,72 \text{ meses}$$

$$VD4 = \$19.008.473,77$$

De la cifra equivalente a VD4, lo que le hubiera correspondido a los tres hijos mayores (extraído de la mitad del valor de VD4, o sea \$9.504.236,88 dividido entre 5¹⁰⁹ y por 3 (\$5.702.542,13), acrece por partes iguales las cuotas de los otros beneficiarios. Entonces, **a la señora ANYUL MARÍA YATE GONZÁLEZ (compañera permanente supérstite) le corresponde un valor de \$12.355.507,88¹¹⁰, y a LAURA YURNEY y SOLANYI VANESA la suma de \$3.326.483,1¹¹¹ para cada una.**

viii) La demandante SOLANYI VANESA tenía 6,25 años cuando falleció su padre, restándole así 18,75 años para cumplir 25 años de edad (225 meses); ello a su vez significa que, en relación con la renta futura (Rf), le restan 111,86 meses¹¹² para cumplir los 25 años de edad, de manera tal que, una vez LAURA YURNEY cumpla 25 años, a SOLANYI VANESA le faltarían 16,92 meses (Pd5)¹¹³ para llegar también a esa edad.

En estas condiciones, es preciso determinar el valor a distribuir (VD5) entre ANYUL MARÍA y su hija SOLANYI VANESA, así:

$$VD5 = (Rf / Tfu) \times Pd5$$

$$VD5 = (\$82.590.805,6 / 276,86 \text{ meses}) \times 16,92 \text{ meses}$$

$$VD5 = \$298.312,52 \times 16,92 \text{ meses}$$

$$VD5 = \$5.047.447,83$$

¹⁰⁴ Número de hijos dependientes de ARGEMIRO.

¹⁰⁵ Correspondiente a su cuota (\$4.656.658,43) más la ½ del valor que les habría correspondido a sus dos hijos mayores (\$931.331,68).

¹⁰⁶ Correspondiente a su cuota original (\$931.331,68) más la 1/3 parte de la ½ del valor que les habría correspondido a sus dos hermanos mayores (\$310.443,89).

¹⁰⁷ Cifra que se extrae de la diferencia existente entre la edad que le restaba para cumplir los 25 años de edad al fallecimiento de su padre (208,08 meses) y el tiempo consolidado (113,14 meses).

¹⁰⁸ Período 4.

¹⁰⁹ Número de hijos dependientes de ARGEMIRO.

¹¹⁰ Correspondiente a su cuota (\$9.504.236,88) más la ½ de la cuota que les habría correspondido a sus tres hijos mayores (\$2.851.271).

¹¹¹ Correspondiente a su cuota original (\$1.900.847,57) más la ½ parte la cuota que les habría correspondido a sus tres hermanos mayores (\$1.425.635,53).

¹¹² Cifra que se extrae de la diferencia existente entre la edad que le restaba para cumplir los 25 años de edad al fallecimiento de su padre (225 meses) y el tiempo consolidado (113,14 meses).

¹¹³ Período 4.

De la cifra equivalente a VD5, lo que le hubiera correspondido a los cuatro hijos mayores (extraído de la mitad del valor de VD5, o sea \$2.523.723,9 dividido entre 5¹¹⁴ y por 4 (\$2.018.979,13), acrece por partes iguales las cuotas de las otras beneficiarias. Entonces, **a la señora ANYUL MARÍA YATE GONZÁLEZ (compañera permanente supérstite) le corresponde un valor de \$3.533.213,46¹¹⁵ y a SOLANYI VANESA la suma de \$1.514.234,34¹¹⁶.**

ix) Finalmente, el sexto período (Pd6) a tomar en cuenta para el último valor a distribuir (VD6), corresponde a 111,22 meses¹¹⁷:

$$VD6 = (R_f / T_{fu}) \times Pd6$$

$$VD6 = (\$82.590.805,6 / 276,86 \text{ meses}) \times 111,22 \text{ meses}$$

$$VD6 = \$298.312,52 \times 111,22 \text{ meses}$$

$$VD6 = \$33.178.318,47$$

En este orden, sobre esta última cifra (\$33.178.318,47), **a la señora ANYUL MARÍA YATE GONZÁLEZ le asiste el derecho a percibir el 50% (\$16.589.159,23) corolario del connatural aumento de reservas o gastos propios que hubiera registrado el señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA ante la independencia económica de sus hijos.**

EN CONCLUSIÓN, por concepto de **LUCRO CESANTE FUTURO**, se reconoce a favor de los demandantes los siguientes valores:

- ✚ JOHAN STEEWAR CAMACHO YATE¹¹⁸: \$294.136,14.
- ✚ JANNIN ALEJANDRA CAMACHO YATE¹¹⁹: \$1.768.098,29.
- ✚ GIOVANNY STEVEN CAMACHO YATE¹²⁰: \$3.009.873,86.
- ✚ LAURA YURNEY CAMACHO YATE¹²¹: \$6.336.356,96.
- ✚ SOLANYI VANESA CAMACHO YATE¹²²: \$7.850.591,3
- ✚ ANYUL MARÍA YATE GONZÁLEZ¹²³: \$46.742.588,64

2.2.2.5. PERJUICIOS MORALES.

En virtud de los lazos de consanguinidad de los demandantes con la víctima, se colige el perjuicio moral padecido, por lo cual, conforme a los topes fijados por el Consejo de Estado en jurisprudencia unificada¹²⁴, se les reconocerá a cada uno de los demandantes cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes, conforme a lo expuesto.

2.2.3. LOS LLAMAMIENTOS EN GARANTÍA.

Al fijarse el litigio¹²⁵, se aceptó que la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ tomó en su favor con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA la póliza de seguro de responsabilidad civil clínicas y centros médicos N° 305-88-994000000003, para amparar el daño emergente por el servicio médico, responsabilidad civil institucional, transporte en ambulancia, responsabilidad civil del director médico, uso de equipos de diagnóstico o terapéutica,

¹¹⁴ Número de hijos de ARGEMIRO.

¹¹⁵ Correspondiente a su cuota (\$2.523.723,9) más la ½ de la cuota que les habría correspondido a sus cuatro hijos mayores (\$1.009.489,56).

¹¹⁶ Correspondiente a su cuota original (\$504.744,78) más la ½ parte la cuota que les habría correspondido a sus cuatro hermanos mayores (\$1.009.489,56).

¹¹⁷ Extraídos de la diferencia entre tiempo futuro (276,86 meses) y el resultado (165,64 meses) obtenido de la sumatoria de los periodos Pd1, Pd2, Pd3, Pd4 y Pd5.

¹¹⁸ Ver Pd1.

¹¹⁹ Ver Pd1 y Pd2.

¹²⁰ Ver Pd1, Pd2 y Pd3.

¹²¹ Ver Pd1, Pd2, Pd3 y Pd4.

¹²² Ver Pd1, Pd2, Pd3, Pd4 y Pd5.

¹²³ Ver Pd1, Pd2, Pd3, Pd4, Pd5 y Pd6.

¹²⁴ Ver: Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de unificación jurisprudencial del 28 de agosto de 2014, Rad. 27709, C.P. Dr. Carlos Alberto Zambrano.

¹²⁵ Hecho 3 fl. 2 c2, aceptación parcial fl.99 fte y vto ídem, prueba fl. 26-28 c2.

suministro de medicamentos y gastos de defensa, cuya vigencia era del 02/05/2014 al 02/05/2015.

También se aceptó¹²⁶ que el GRUPO VAVALS celebró con el HOSPITAL DEMANDADO el contrato de apoyo a la gestión No. 982-2014 de fecha 1º de julio de 2014, vigente al momento de la ocurrencia de los hechos y¹²⁷ que COOMEDSALUD celebró con el HOSPITAL DEMANDADO el contrato de prestación de servicios No. 963-2014 de fecha 1º de julio de 2014, contrato vigente en la época de los hechos.

En cuanto a los acuerdos de voluntades celebrados con GRUPO VAVALS y COOMEDSALUD, al formularse los llamamientos, el ente hospitalario se contrajo a enfatizar sus objetos contractuales /PDF 002 pp. 2-3 *supra*/, mientras que en la fase de alegatos /PDF 102/, se abstuvo de realizar consideración alguna sobre el particular.

Al tenor del art. 225 de la Ley 1437/11, el llamamiento procede si a la ESE le asiste derecho a exigir de GRUPO VAVALS y de COOMEDSALUD la reparación del perjuicio económico que aquí ha de imponérsele al ente hospitalario, siempre y cuando halle respaldo legal o contractual.

Conforme al ‘Contrato de Prestación de Servicios No. 963-2014’ celebrado con COOMEDSALUD el 1 de julio de 2014 /PDF 002 pp. 7-14/, no se distingue de contenido que a la llamada en garantía le asista el deber contractual de responder patrimonialmente por la condena judicial que aquí se impone, situación que se acentúa con la nula exposición argumentativa de la entidad llamante en garantía para el efecto.

Equivalente conclusión se extrae del ‘contrato de apoyo a la gestión No. 982-2014’ celebrado con GRUPO VAVAL’S /PDF 002 pp. 20-22/, pues a pesar de incorporar la cláusula de indemnidad (vigésima segunda), no demostró en el presente asunto qué actuaciones en específico fueron adelantadas por profesionales en representación de aquella contratista y que hubiesen suscitado la condena aquí impuesta.

Con lo anterior, los llamamientos en garantía formulados contra COOMEDSALUD y GRUPO VAVAL’S no tienen vocación de prosperidad.

Ahora bien; de la lectura que se efectúa a la PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS N° 305-88-994000000003 /PDF 002 p. 27-29 y pp. 97-113/, se evidencia que:

- (i) Su tomador y asegurado es la ESE demandada.
- (ii) Se expidió el 30 de mayo de 2014, con vigencia entre el 2 de mayo de 2014 y el 2 de mayo de 2015.
- (iii) El amparo versa sobre:
 - ✚ El daño emergente por el servicio médico
 - ✚ La responsabilidad civil institucional (hasta \$700.000.000).
 - ✚ Transporte en ambulancia.
 - ✚ La responsabilidad civil del director médico.
 - ✚ El uso de equipos de diagnóstico o de terapéutica.
 - ✚ El suministro de medicamentos.
 - ✚ Los gastos de defensa.
- (iv) El objeto del seguro se contrae a MANTENER INDEMNE AL ASEGURADO POR CUANTO DEBA PAGAR A UN TERCERO, O A SUS DERECHO-HABIENTES, EN RAZÓN DE LA

¹²⁶ Hecho 2 fls. 1,2 c2, aceptación parcial fl. 136 c2, prueba fls. 19-25 c2.

¹²⁷ Hecho 1 fls. 1 c2, prueba fls. 6-13 c2.

RESPONSABILIDAD CIVIL INCURRIDA DE ACUERDO A LA LEGISLACIÓN VIGENTE, POR LOS PERJUICIOS MATERIALES POR RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA IMPUTABLE A LOS MÉDICOS, ENFERMERAS Y PERSONAL PARAMÉDICO, VINCULADOS A LA E S E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ MEDIANTE RELACIÓN LABORAL O CON AUTORIZACIÓN EXPRESA DEL ASEGURADO, OCURRIDA DURANTE EL PERÍODO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y CUYO RECLAMO SE FORMULE POR PRIMERA VEZ CONTRA EL ASEGURADO O SU ASEGURADOR DURANTE EL MISMO PERÍODO DE VIGENCIA DEL SEGURO’ /p. 97. *Se subraya/*.

- (v) La responsabilidad civil institucional ‘SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA INSTITUCIONAL RESPECTO DEL DAÑO EMERGENTE POR LESIÓN O MUERTE OCASIONADOS COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ERRORES Y OMISIONES EN EL ACTO MÉDICO, DURANTE LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO MÉDICO EJECUTADO EN EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES QUE CORRESPONDAN A LA INSTITUCIÓN O AL PERSONAL AUXILIAR INTERVINIENTE SIEMPRE Y CUANDO HAYAN ACTUADO DENTRO DE LA ESPECIALIDAD PARA LA CUAL SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE AUTORIZADOS’ /PDF 002 p. 107/.
- (vi) Deducible del 10% del valor de la pérdida en responsabilidad civil institucional, mínimo \$5.000.000.
- (vii) Aclara que ‘LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES COMO DAÑO MORAL, LUCRO CESANTE Y DAÑO A LA VIDA RELACIÓN CON SUBLÍMITE DE COBERTURA HASTA EL 20% DEL VALOR ASEGURADO QUE LLEGASE A OCASIONAR A LOS TERCEROS AFECTADOS CON EL FIN DE GARANTIZAR LA REPARACIÓN INTEGRAL DE LOS BENEFICIARIOS EN GARANTÍA, EN VIRTUD DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO CELEBRADO ENTRE PROMOTORA DE SALUD NUEVA EPS SA (...) Y EL HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ - SUSCRITO EL 01 DE NOVIEMBRE DE 2008.
- (viii) La modalidad de la póliza es de RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA, cubriendo las actividades del asegurado como propietario y/u operador de la Institución médica, según texto registrado por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA.
- (ix) Presenta cobertura base CLAIMS MADE, por cuya virtud ‘CUBRE LAS INDEMNIZACIONES QUE EL ASEGURADO DEBE PAGAR EN VIRTUD DE LAS RECLAMACIONES, DESCUBIERTAS POR PRIMERA VEZ DURANTE EL PERÍODO DEL SEGURO, COMO CONSECUENCIA DE LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES CAUSADOS POR ALGUNA CAUSA CUBIERTA BAJO LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA EN SUS AMPAROS GENERALES Y PARTICULARES, SUCEDIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DESDE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD OTORGADA’ /p. 98. *Se subraya/*.

Al plantearse por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA la excepción de ‘NO SE REALIZÓ EL RIESGO ASEGURADO, POR LO QUE NO NACE LA OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA DE LA ASEGURADOR’, únicamente cimentó su tesis en que “*no hubo un acto u omisión culposa por parte del (sic) E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá (...)*” /PDF 001 p. 186/. Y al plantear la excepción de ‘LÍMITES ASEGURADOS PACTADOS MEDIANTE LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL No. 305-88-994000000003’, sostuvo que el límite es de \$700.000.000 menos el deducible aplicable, valor que se reduce en caso de surtirse indemnizaciones por otros procesos judiciales, ante lo cual sostuvo que “*me reservo el derecho de informar cualquier otra demanda o reclamación que se llegare a presentar en virtud del contrato de seguros suscrito, así como de los desembolsos que afectando tal vigencia llegare a realizar mi representada*” /PDF 001 p. 187/.

En la fase de alegaciones, ASEGURADORA SOLIDARIA sostuvo que no existía obligación indemnizatoria, “*por cuanto no se ha realizado el riesgo asegurado y amparado en la póliza, esto es, la realización del hecho dañoso imputable al asegurado, acaecido dentro de la vigencia de la póliza y reclamado dentro de la misma, derivado del acto médico ejercido por el asegurado*” /PDF 105 p. 17/, citando para el efecto el objeto del seguro, así /idem/:

OBJETO DEL SEGURO

"MANTENER INDEMNES AL ASEGURADO POR CUANTO DEBA PAGAR A UN TERCERO, O A SUS DERECHO-HABIENTES, EN RAZÓN DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL INCURRIDA DE ACUERDO A LA LEGISLACIÓN VIGENTE, POR LOS PERJUICIOS MATERIALES POR

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA IMPUTABLE A LOS MÉDICOS, ENFERMERAS Y PERSONAL PARAMÉDICO, VINCULADOS A LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ MEDIANTE RELACIÓN LABORAL O CON AUTORIZACIÓN

EXPRESA DEL ASEGURADO. OCURRIDA DURANTE EL PERÍODO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y CUYO RECLAMO SE FORMULE POR PRIMERA VEZ CONTRA EL ASEGURADO O SU ASEGURADOR DURANTE EL MISMO PERÍODO DE VIGENCIA DEL SEGURO."

Para lo anterior, insiste que la ESE actuó de manera oportuna y diligente y que, por tanto, no existe realización del riesgo.

En el caso concreto, se demostró no solamente que el daño materia de indemnización, tuvo lugar en vigencia del aludido contrato de seguro, sino también que el reclamo se efectuó al asegurado también mientras regía el aludido acuerdo de voluntades, tal y como se extrae de la constancia de conciliación extrajudicial, que dio cuenta de la reclamación extrajudicial formulada el 23 de abril de 2015 /PDF 001 pp. 62-63/, es decir, antes de que expirara la póliza (2 de mayo de 2015).

De esta forma, y no habiéndose demostrado por ASEGURADORA SOLIDARIA que la aludida póliza se hubiera hecho efectiva para otros eventos (con miras a determinar si el límite asegurable es de una cifra inferior a la contenida en la póliza), es procedente entonces que la condena a imponer sea cubierta por la compañía de seguros en mención, sin perjuicio de la deducción pactada.

2.3. COSTAS.

La Sección Tercera del Supremo Tribunal de lo Contencioso Administrativo ha precisado¹²⁸ que *"... la condena en costas no requiere de la apreciación o calificación de una conducta temeraria de la parte a la que se impone, toda vez que bajo el régimen actual dicha condena se determina con fundamento en un criterio objetivo, en este caso frente a la parte a la que se le desestima el recurso extraordinario de unificación de jurisprudencia, según el precepto legal antes transcrito¹²⁹..."*.

En este orden, con fundamento en el artículo 188 de la Ley 1437/11 y el artículo 365 numeral 5 del Código General del Proceso (CGP), el Despacho no emitirá condenación en costas al no hallarse probadas en el plenario su causación por la parte vencedora del litigio, máxime ante la prosperidad parcial de las pretensiones.

¹²⁸ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sala Plena, Consejera ponente: Marta Nubia Velásquez Rico, Bogotá, D.C., tres (3) de octubre de dos mil dieciocho (2018), Radicación número: 11001-33-36-031-2013-00252-01(59840).

¹²⁹ Cita de cita: La Corte Constitucional, en sentencia C-157 de 2013, consideró que: *"La condena en costas no resulta de un obrar temerario o de mala fe, o siquiera culpable de la parte condenada, sino que es resultado de su derrota en el proceso o recurso que haya propuesto, según el artículo 365. Al momento de liquidarlas, conforme al artículo 366, se precisa que tanto las costas como las agencias en derecho corresponden a los costos en los que la parte beneficiaria de la condena incurrió en el proceso, siempre que exista prueba de su existencia, de su utilidad y de que correspondan a actuaciones autorizadas por la ley. De esta manera, las costas no se originan ni tienen el propósito de ser una indemnización de perjuicios causados por el mal proceder de una parte, ni pueden asumirse como una sanción en su contra"*.

DECISIÓN

Por lo expuesto, el **JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE GIRARDOT**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE

PRIMERO: DECLÁRANSE NO PROBADAS las excepciones de ‘FALTA DE CAUSA PARA ACCIONAR’, ‘CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA’ y ‘EL DAÑO NO ES IMPUTABLE A LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ YA QUE ESTÁ DEMOSTRADO QUE SE CUMPLIÓ CON LOS ATRIBUTOS DE LA CALIDAD’, formuladas por la parte demandada.

SEGUNDO: DECLÁRANSE NO PROBADAS las excepciones de ‘INEXISTENCIA DE LA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA Y PATRIMONIAL QUE SE PRETENDEN ATRIBUIR A LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ, AL NO CONFIGURARSE LOS ELEMENTOS ESENCIALES PARA SU SURGIMIENTO’, ‘DEBIDA DILIGENCIA’, ‘HECHO EXCLUSIVO DE LA VÍCTIMA’ y ‘NO SE REALIZÓ EL RIESGO ASEGURADO, POR LO QUE NO NACE LA OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA DE LA ASEGURADOR’ formuladas por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

TERCERO: DECLÁRASE ADMINISTRATIVA Y EXTRA CONTRACTUALMENTE RESPONSABLE a la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ del daño antijurídico irrogado a los demandantes, consistente en la pérdida de oportunidad de sobrevivir del señor ARGEMIRO CAMACHO ALZA, quien falleció el 8 de julio de 2014.

CUARTO: En consecuencia, a título de reparación del daño, **CONDÉNASE** a la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ a pagar las siguientes sumas de dinero:

4.1. Por concepto de **PERJUICIOS MORALES**, a favor de:

- a) ANYUL MARÍA YATE GONZÁLEZ, JOHAN STEEWAR CAMACHO YATE, JANNIN ALEJANDRA CAMACHO YATE, GIOVANNY STEVEN CAMACHO YATE, LAURA YURNEY CAMACHO YATE y SOLANYI VANESA CAMACHO YATE: 50 salarios mínimos legales mensuales, a favor de cada uno, vigentes a la ejecutoria de la presente providencia.

4.2. Por perjuicios materiales –**LUCRO CESANTE CONSOLIDADO**–, a favor de:

- a) ANYUL MARÍA YATE GONZÁLEZ: la suma de \$40.892.718,75.
- b) JOHAN STEEWAR CAMACHO YATE, JANNIN ALEJANDRA CAMACHO YATE, GIOVANNY STEVEN CAMACHO YATE, LAURA YURNEY CAMACHO YATE y SOLANYI VANESA CAMACHO YATE: la suma de \$8.178.543,75 para cada uno.

4.3. Por perjuicios materiales –**LUCRO CESANTE FUTURO**–, a favor de:

- a) ANYUL MARÍA YATE GONZÁLEZ: la suma de \$46.742.588,64
- b) JOHAN STEEWAR CAMACHO YATE: la suma de \$294.136,14.
- c) JANNIN ALEJANDRA CAMACHO YATE: la suma de \$1.768.098,29.
- d) GIOVANNY STEVEN CAMACHO YATE: la suma de \$3.009.873,86.
- e) LAURA YURNEY CAMACHO YATE: la suma de \$6.336.356,96.

f) SOLANYI VANESA CAMACHO YATE: la suma de \$7.850.591,3

QUINTO: NIÉGANSE las demás pretensiones formuladas por la parte actora.

SEXTO: CONDÉNASE a la llamada en garantía ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA a pagar a la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ las cifras descritas en el ordinal CUARTO de esta sentencia, en virtud de la póliza identificada en la parte motiva de esta sentencia, sin perjuicio del deducible al que haya lugar.

SÉPTIMO: NIÉGANSE los llamamientos en garantía formulados por la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ contra la COOMEDSALUD C.T.A. y la PRECOOPERATIVA MULTIACTIVA EN SALUD 'GRUPO VAVALS'.

OCTAVO: ORDÉNASE a la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ dar cumplimiento al presente fallo en los términos previstos en los artículos 192 y 195 del CPACA, **previniéndose** a la parte accionante sobre la carga prevista en el inciso segundo de la primera de las disposiciones normativas en mención.

NOVENO: Sin costas.

DÉCIMO: EJECUTORIADA la presente providencia, **LIQUÍDENSE** los gastos ordinarios del proceso y **ARCHÍVESE** el expediente, previas emisión de la respectiva constancia secretarial.

DÉCIMO PRIMERO: NOTIFÍQUESE esta providencia en los términos de los artículos 203 y 205 del CPACA.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

~FIRMADA ELECTRÓNICAMENTE~

JUAN FELIPE CASTAÑO RODRÍGUEZ
JUEZ

Firmado Por:
Juan Felipe Castaño Rodríguez
Juez Circuito
Juzgado Administrativo
02
Girardot - Cundinamarca

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

Código de verificación: **90d4295a7f1dd042bf2ab620d2fa8afe5ccb384fac47ec8497c6f5bd2b80d11a**

Documento generado en 11/12/2023 07:37:35 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>