

República de Colombia



**TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA
– SECCIÓN TERCERA – SUBSECCIÓN “C”
ESCRITURAL**

MAGISTRADA PONENTE: MARÍA CRISTINA QUINTERO FACUNDO

Bogotá, D. C., siete (7) de abril de dos mil veintinueve (2021).
(Proyecto discutido y aprobado en Sala de la fecha)

Expediente	110013331035201100300-01
Sentencia	SC3-04-21-2941
Medio de control	REPARACIÓN DIRECTA
Demandante	ARMANDO PULIDO RODRIGUEZ Y OTROS
Demandado	LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA - FUERZA AEREA COLOMBIANA Y OTRO
Asunto	APELACION SENTENCIA
Tema:	FALLA EN EL SERVICIO POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN PACIENTE QUE FALLECIÓ POR HEMATOMA SUBDURAL BILATERAL LAMINAR CRÓNICO

De conformidad con lo establecido en los Acuerdos PCSJA20-11517, PCSJA20-11518, PCSJA20-11519, PCSJA20-11521, PCSJA20-11526, PCSJA20-11527, PCSJA20-11528, PCSJA20-11529, PCSJA20-11532, PCSJA20-11546, PCSJA20-11549, PCSJA20-11556 y PCSJA 20- 11567, proferidos por el Consejo Superior de la Judicatura, se ordenó la suspensión de los términos judiciales, por motivos de salubridad pública y fuerza mayor con ocasión de la pandemia originada en el coronavirus - COVID-19, desde el 16 de marzo de 2020 al 01 de julio siguiente, reiniciando a partir de ésta última fecha el conteo de los términos judiciales.

Advertido que el caso concreto se rige en marco del artículo 308 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo – C.P.A.C.A, por el régimen jurídico anterior, integrado por el Código Contencioso Administrativo – C.C.A., y en lo no previsto en el mismo, a manera de norma supletoria, por el Código General del Proceso – C.G.P., subrogatorio del Código de Procedimiento Civil – C.P.C., se tiene que surtido por la Magistrada Sustanciadora el trámite señalado en el artículo 212 del precitado C.C.A¹, encuentra para que la Sala provea.

¹ (...) El recurso de apelación contra la sentencia de primera instancia se interpondrá y sustentará ante el *a quo*. Una vez sustentado el recurso, se enviará al superior para su admisión. Si el recurso no es sustentado oportunamente, se declarará desierto por el inferior. El término para interponer y sustentar la apelación será de 10 días, contados a partir de la notificación de la sentencia.

I. OBJETO DE LA DECISIÓN

Desatar recurso de apelación interpuesto por la activa, **para que se revoque la sentencia** calendada veinticinco (25) de octubre de dos mil dieciocho (2018), proferida por el Juzgado Sesenta y dos (62) Administrativo de Oralidad del Circuito Judicial de Bogotá, **que desestimó las pretensiones de la demanda.**

II- ANTECEDENTES

2.1. DEMANDA Y ARGUMENTOS DE LA ACTIVA

El señor ARMANDO PULIDO RODRIGUEZ y otros, actuando a través de apoderado judicial y por vía del medio de control de reparación directa, promovieron demanda contra LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA - FUERZA AÉREA COLOMBIANA y del HOSPITAL MILITAR CENTRAL, con las siguientes **pretensiones**:

"DECLARESE que la NACIÓN COLOMBIANA - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AEREA COLOMBIANA - DIRECCION DE SANIDAD y el HOSPITAL MILITAR CENTRAL, son responsables administrativa, solidaria y extracontractualmente de la totalidad de los daños y perjuicios tanto materiales o patrimoniales así como los extra patrimoniales: Perjuicios o daños morales subjetivos, daños de vida de relación o fisiológicos, por la falta o falla del servicio presentada en el inadecuado, ineficiente, inoportuno e ineficaz tratamiento y cuidado que debiendo prestarle a MARLENNY AVILA MORENO no se prestó o se prestó tardíamente, y quien debido a esas falencias en el servicio falleció el 30 de septiembre de 2009 cuando escasamente contaba con 44 años de vida, dejando un viudo, una hija mayor de edad, tres menores hijos y tres hermanos, a quienes se les causó angustia y sufrimientos morales y pérdida de la vida de relación del buen hogar y familia que mantenían esposa, hijos y hermanos, tanto durante el tiempo de la crisis de la enfermedad como posteriormente con el deceso de su esposa, madre y hermana; y, que como consecuencia de tal declaración se ordene la reparación del daño material y moral, así como los perjuicios de vida de relación causados a la PARTE ACTORA.

2. COMO CONSECUENCIA DE LA ANTERIOR DECLARACION DE RESPONSABILIDAD:

CONDÉNESE solidariamente a la parte demandada NACIÓN COLOMBIANA - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AEREA COLOMBIANA - DIRECCION

Recibido el expediente por el superior y efectuado el reparto, el recurso, si reúne los requisitos legales, será admitido mediante auto que se notificará personalmente al Ministerio Público y por estado a las otras partes.

Las partes, dentro del término de ejecutoria del auto que admita el recurso, podrán pedir pruebas, que solo se decretarán en los casos previstos en el artículo 214 de Código Contencioso Administrativo. Para practicarlas se fijará un término hasta de diez (10) días.

Ejecutoriado el auto admisorio del recurso o vencido el término probatorio, se ordenará correr traslado a las partes por el término común de diez (10) días para alegar de conclusión y se dispondrá que vencido este, se dé traslado del expediente al Ministerio Público, para que emita su concepto.

Vencido este término se enviará el expediente al ponente para que elabore el proyecto de sentencia. Este se debe registrar dentro del término de treinta (30) días y la Sala o Sección tendrá quince (15) días para fallar.

Se ordenará devolver el expediente al tribunal de origen para obediencia y cumplimiento."

DE SANIDAD y el HOSPITAL MILITAR CENTRAL a pagar a la parte actora, por razón de todos los perjuicios causados, las siguientes cantidades:

2.1. POR PERJUICIOS MATERIALES:

Para el actor ARMANDO PULIDO RODRIGUEZ:

1. La cantidad de CIENTO DOCE MIL PESOS (\$112.000), cantidad que debió cancelar para que se le tomara el TAC a la víctima MARLENNY AVILA el día 21 de septiembre de 2009 (...)

2. Los intereses que dicha cantidad, ciento doce mil pesos (\$112.000) hubieran producido desde el 21 de septiembre de 2009 hasta la fecha en que real y efectivamente se cancele al demandante por la parte demandada como efecto de la respectiva condena, a la tasa de interés bancario corriente establecida por la Superintendencia Financiera.

3. La suma que resulte como indexación, aplicando la fórmula establecida por la misma jurisprudencia, sobre la cantidad de ciento doce mil pesos (\$112.000), desde el 21 de septiembre de 2009 hasta el día en que real y efectivamente se haga el pago por la demandada al demandante.

4. La cantidad de DOSCIENTOS MIL PESOS (\$200.000), cantidad que tuvo que gastar el actor MARLENNY AVILA MORENO para pagar al taxista que lo transportaba junto con su esposa y los acompañantes (...)

5. Los intereses que dicha cantidad, doscientos mil pesos (\$200.000) hubieran producido desde el 30 de septiembre de 2009 hasta la fecha en que real y efectivamente se cancele al demandante por la parte demandada como efecto de la respectiva condena, a la tasa de interés bancario corriente establecida por la Superintendencia Financiera.

6. La suma que resulte como indexación, aplicando la fórmula establecida por la misma jurisprudencia, sobre la cantidad de doscientos mil pesos (\$200.000), desde el 30 de septiembre de 2009 hasta el día en que real y efectivamente se haga el pago por la demandada al demandante.

EN SUBSIDIO, Condénese a la parte demandada a reconocer al actor ARMANDO PULIDO RODRIGUEZ una suma equivalente a cien (100) salarios mínimos legales mensuales por concepto de perjuicios materiales.

2.2. PERJUICIOS MORALES

Como consecuencia de la anterior declaración de responsabilidad, condénese a la NACIÓN COLOMBIANA - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AEREA COLOMBIANA - DIRECCION DE SANIDAD y el HOSPITAL MILITAR CENTRAL a pagarle a los demandantes, por concepto de daños y perjuicios morales subjetivos, originados en la falla y falta de la prestación del servicio por el que se produjo el deceso de la víctima MARLENNY AVILA, la suma de cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes, para el esposo y para los hijos de la víctima de la falla del servicio y la suma de cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes para cada uno de los hermanos de la víctima de la falla del servicio, es decir:

2.2.1. Para ARMANDO PULIDO RODRIGUEZ en su condición de esposo de la víctima, la suma de cien (100) salarios mínimos mensuales legales vigentes o sea la suma de \$53.500.000.

2.2.2. Para MARBELLY PULIDO AVILA en su condición de hija de la víctima, la suma de cien (100) salarios mínimos mensuales legales vigentes o sea la suma de \$53.500.000.

2.2.3. Para la actora ARILYN PULIDO AVILA en su condición de hija de la víctima, la suma de cien (100) salarios mínimos mensuales legales vigentes o sea la suma de \$53.500.000.

2.2.4. Para SAMUEL ARMANDO PULIDO AVILA en su condición de hijo de la víctima, la suma de cien (100) salarios mínimos mensuales legales vigentes o sea la suma de \$53.500.000. Para MIGUEL ANGEL PULIDO AVILA en su condición de hijo de la víctima, la suma de cien (100) salarios mínimos mensuales legales vigentes o sea la suma de \$53.500.000.

2.2.5. Para LUIS ARMANDO AVILA MORENO en su condición de hermano de la víctima, la suma de cincuenta (50) salarios mínimos mensuales legales vigentes o sea la suma de \$26.780.000.

2.2.6. Para MARTHA INES AVILA MORENO en su condición de hermana de la víctima, la suma de cincuenta (50) salarios mínimos mensuales legales vigentes o sea la suma de \$26.780.000.

2.2.7. Para NANCY MIREYA AVILA MORENO en su condición de hermana de la víctima, la suma de cincuenta (50) salarios mínimos mensuales legales vigentes o sea la suma de \$26.780.000.

2.3. PERJUICIOS DE VIDA DE RELACION O FISIOLÓGICOS

Como consecuencia de la declaración anterior de responsabilidad, condénese a la NACIÓN COLOMBIANA - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AEREA COLOMBIANA - DIRECCION DE SANIDAD y el HOSPITAL MILITAR CENTRAL a pagarle a los demandantes, por concepto de daño **perjuicio fisiológico o de vida de relación o pérdida del placer de la vida**, causado con la falla y falta de la prestación del servicio por el que se produjo el deceso de la víctima MARLENNY AVILA MORENO, la suma de cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de ejecutoría de la respectiva providencia, para esposo e hijos de la víctima y de cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes para cada uno de los hermanos de la víctima, es decir:

2.3.1. Para ARMANDO PULIDO RODRIGUEZ en su condición de esposo de la víctima, la suma de cien (100) salarios mínimos mensuales legales vigentes o sea la suma de \$53.500.000.

2.3.2. Para MARBELLY PULIDO AVILA en su condición de hija de la víctima, la suma de cien (100) salarios mínimos mensuales legales vigentes o sea la suma de \$53.500.000.

2.3.3. Para la actora ARILYN PULIDO AVILA en su condición de hija de la víctima, la suma de cien (100) salarios mínimos mensuales legales vigentes o sea la suma de \$53.500.000.

2.3.4. Para SAMUEL ARMANDO PULIDO AVILA en su condición de hijo de la víctima, la suma de cien (100) salarios mínimos mensuales legales vigentes o sea la suma de \$53.500.000.

2.3.5. Para MIGUEL ANGEL PULIDO AVILA en su condición de hijo de la víctima, la suma de cien (100) salarios mínimos mensuales legales vigentes o sea la suma de \$53.500.000.

2.3.6. Para LUIS ARMANDO AVILA MORENO en su condición de hermano de la víctima, la suma de cincuenta (50) salarios mínimos mensuales legales vigentes o sea la suma de \$26.780.000.

2.3.7. Para MARTHA INES AVILA MORENO en su condición de hermana de la víctima, la suma de cincuenta (50) salarios mínimos mensuales legales vigentes o sea la suma de \$26.780.000.

2.3.8. Para NANCY MIREYA AVILA MORENO en su condición de hermana de la víctima, la suma de cincuenta (50) salarios mínimos mensuales legales vigentes o sea la suma de \$26.780.000.

3. CONDÉNESE a la parte demandada NACIÓN COLOMBIANA - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AEREA COLOMBIANA - DIRECCION DE SANIDAD y el HOSPITAL MILITAR CENTRAL a pagar a favor de la parte demandante las agencias en derecho, sumas que deberán liquidarse según y de acuerdo a las orientaciones y porcentajes establecidos en las tarifas de honorarios de abogados, aplicables para estas actuaciones por los Colegios de Abogados y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 55 de la Ley 446 de 1998 y considerando que es un proceso que se pacta a cuota Litis entre actores y apoderados.

4. Dispóngase que las sumas a que resulte condenada la parte demandada NACIÓN COLOMBIANA - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AEREA COLOMBIANA - DIRECCION DE SANIDAD y el HOSPITAL MILITAR CENTRAL deberán

ser actualizadas de conformidad con lo previsto en el artículo 178 del Código Contencioso Administrativo y deberán reconocer los intereses legales liquidados conforme a la variación promedio mensual del índice de precios al consumidor, desde la fecha de ocurrencia de los hechos hasta cuando se dé cumplimiento a la sentencia, es decir, al pago efectivo de estas sumas por parte de las autoridades responsables.

5. CONMÍNESE a la parte demandada NACIÓN COLOMBIANA - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AEREA COLOMBIANA - DIRECCION DE SANIDAD y el HOSPITAL MILITAR CENTRAL al cumplimiento de la sentencia en los términos de los artículos 176 y 177 del Código Contencioso Administrativo y Decreto 768 de 1993”

En fundamento de sus reclamaciones, los accionantes, aducen en síntesis los siguientes **hechos**:

La indemnización pretendida descansa en la alegada falla del servicio presentada por el inadecuado, ineficiente, inoportuno e ineficaz tratamiento y cuidado médico que generó el fallecimiento de la señora MARLENNY AVILA MORENO acaecido el 30 de septiembre de 2009.

En secuencia de las circunstancias generadoras del hecho dañoso se señala que Marlenny Ávila Moreno comenzó a sentir fuertes dolores de cabeza en los primeros días de agosto de 2009, pero en razón de la deficiente atención médica suministrada en el dispensario de la FAC, soportó en silencio los dolores hasta que por ser tan insoportables decidió contarle a su esposo a efectos de solicitar una cita médica.

A pesar de manifestar el sufrimiento que padecía sólo logró que le dieran la cita como para 10 días después, concretamente para el 28 de agosto de 2009, generando esta demora la primera falla del servicio, pues la atención no fue oportuna ni inmediata.

El 28 de agosto de 2009, la señora MARLENNY AVILA MORENO acude a la cita en el dispensario de la Fuerza Aérea Colombiana donde es atendida por el médico Javier Fontalvo Ramírez, quien le diagnosticó rubéola, por lo que le informaron al galeno que desde el año 2005 estaba vacunada y que no tenía los otros síntomas asociados a esta enfermedad, incurriendo en una segunda falla del servicio por diagnóstico errado.

El 15 de septiembre de 2009, asiste a cita médica, en razón a que no se la dieron antes, siendo atendida nuevamente por el médico Javier Fontalvo Ramírez diagnosticándole cefalea severa y recetándole analgésicos, y emite orden de interconsulta con el neurólogo para ser surtida en el Hospital Militar.

Ese día fue presentada la orden de interconsulta ante la Dirección de Sanidad Naval para ser autorizada, pero sólo hasta el día siguiente (16 de septiembre) fue aprobada; situación que constituye otra falla del servicio pues hubo demora de un día para autorizar el servicio.

Al presentarse la orden de remisión el mismo 16 de septiembre de 2009, le dieron la cita con el neurólogo para 13 de octubre de 2009, por lo que se constituye en otra falla del servicio dada la mora, lentitud o retardo en la prestación del servicio.

Dado que los dolores de cabeza continuaron fue llevada al servicio de urgencias del Hospital Militar Central el 17 de septiembre de 2009, donde se le diagnostica stress, recetan analgésicos y se expide nueva remisión al neurólogo, materializándose otra falla del servicio por no existir neurólogo en urgencias en el Hospital Militar que pudiese atender a la paciente.

No se ordenó cuadro hemático o parcial de orina para tener una idea de la causa del mal que aquejaba a la paciente, todo lo contrario, continuó el tratamiento con otros analgésicos sin ordenar exámenes específicos, demostrándose una nueva falla del servicio porque no se le proporcionaron todos los medios para determinar la causa de su cuadro clínico.

Como los dolores continuaron, fue llevada al médico particular Alberto Barbosa Cortés quien la atiende el 21 de septiembre de 2009 y manifiesta que aparentemente responde neurológicamente bien, pero por las manifestaciones de dolor y la duración de los síntomas, ordena un TAC en la cabeza.

Examen realizado en el IDIME, determinándose *"Colecciones subdurales subagudas frontoparietales bilaterales, ejerciendo efecto comprensivo sobre los parénquimas cerebrales y disminuyendo levemente de tamaño al sistema ventricular supratentorial. Leve disminución del tamaño del cuarto ventrículo y de amplitud de las cisternas peritronculares. Pequeño osteoma frontal anterior izquierdo. Engrosamiento mucoso leve del antro maxilar izquierdo"*.

El 22 de septiembre de 2009, a las 2:00 p.m. llegan a urgencias del Hospital Militar Central, donde al verse el TAC se ordena uno nuevo por cuanto debían compararlo; le toman un nuevo TAC con los mismos resultados, remitiéndola inmediatamente al servicio de neurología de urgencias, de modo que sí se contaba con el servicio de

neurología por urgencias, circunstancia que evidencia falla del servicio pues antes no había sido remitida a este servicio.

En horas de la noche es atendida en neurología por el médico Martínez quien al ver los TAC dictamina que los dolores se deben a presencia de sangre en la cabeza, que requiere una cirugía sencilla que se realizara el día siguiente.

El 23 de septiembre de 2009, los doctores Caballero y Martínez informan que en Junta Médica determinaron no operarla sino remitirla a hematología para verificar el porqué del sangrado, sin embargo no se surtió una práctica oportuna de los exámenes hematológicos.

El 24 de septiembre de 2009, sonaron las máquinas a las que estaba conectada Marlene Avila Moreno, y al acudir el personal médico a la habitación, encontraron que la paciente estaba sufriendo un paro cardio respiratorio, por lo que fue reanimada y llevada a sala de cirugía de urgencias para operarla.

Luego de la operación, el doctor Martínez informa que la señora ha sufrido otra gran hemorragia, que se le practicó la cirugía pero su dictamen era crítico por lo que había que dejarla en cuidados intensivos. Lo cual evidencia otra falla del servicio pues si se hubiera efectuado la operación el 21 cuando fue llevada al Hospital, o el 23 como se había planeado inicialmente, seguramente no había sufrido el segundo derrame.

Secuencia que denota demora en la intervención, no solo desde el día en que se le diagnosticó sangre en el cerebro, sino desde el 15 de agosto de 2009, cuando fue atendida en el dispensario de la Fuerza Aérea, pues si hubiese ordenado el TAC desde ese instante se hubiera advertido la gravedad de la situación.

El 29 de septiembre realizan un examen y le informan al esposo que salió nulo, por lo que deben repetírselo. El 30 de septiembre de 2009 el señor Armando Pulido fue informado que su esposa falleció, al parecer mientras le practicaban el segundo examen, siendo el resultado de la deficiente prestación de los servicios de salud y el error de diagnóstico.

III- SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA.

La Juez Sesenta y dos (62) Administrativo de Oralidad del Circuito Judicial de Bogotá², **desestimó las pretensiones de la demanda, sin condena en costas**, y argumenta como razón de su decisión que, no encontró estructurada la responsabilidad patrimonial del Estado, con ocasión de la prestación de los servicios de salud prestados por las entidades demandadas, a la señora MARLENNY AVILA MORENO en los meses de agosto y septiembre de 2009, porque la activa no demostró una falla en el servicio, contrastado que del material probatorio se evidencia que la atención brindada fue oportuna, certera y consecuente con el padecimiento de la paciente.

Las tres primeras alegaciones de falla en el servicio se encaminan a imputar irregularidades en la atención de la Dirección de Sanidad de la Fuerza Aérea Colombiana, sin embargo, en cuanto a la presunta mora que el dispensarlo de esta entidad le otorgó la cita, pues según los demandantes la concedieron para 10 días después de requerida, esto es, para el 28 de agosto de 2009, se tiene que esta presunta irregularidad no se demostró, en cuanto no se acreditó por ninguno de los medios de prueba tal situación, resultando tan solo en una simple manifestación carente de sustento o soporte.

Frente al presunto error de diagnóstico, al determinarse rubéola cuando según los demandantes en realidad no era así, se concluye que dicho error tampoco encuentra demostrado, pues:

“Lo primero que debe dejar por sentado el despacho dada la relevancia del hecho en el asunto, tiene que ver con que en el escrito de demanda se asevera que el dolor de cabeza o la cefalea que presentaban la señora Marlenny Avila se venía exteriorizando desde los primeros días del mes de agosto de 2009, más sin embargo en la historia clínica expedida por la Dirección de Sanidad de la Fuerza Aérea de Colombia del 28 de agosto de 2009 fecha en la que le fue diagnosticada la enfermedad, el médico de turno deja la anotación de que la paciente acude por “Eventual cuadro de 2 días con cefalea...” (fl. 437), situación que le permite a este despacho concluir que contrario a lo afirmado por los demandantes relacionado a que los dolores eran de principios de agosto (más de 20 días a la fecha de la atención), los mismos fueron registrados como de 2 días, sin que esta anotación- haya sido objeto del más mínimo reproche.

Lo anterior tiene un matiz de alta significación, en cuanto dada esta exposición que valga resaltar fue realizada por la propia paciente (2 días de cefalea), junto con el examen físico realizado por el galeno Javier Fontalvo Ramírez consistente en que se encuentra con *malestar general, roja en cuerpo y rush cutáneo generalizado*, fue que el citado profesional de la medicina dictaminó que la señora padecía de Rubéola.

Valga acotar también que en la historia clínica del Hospital Militar visible en el CD del folio 425 se hacen las siguientes observaciones:

*“Antecedentes médicos: Rubéola hace 20 días que es asociada por la pte. a cefalea”
(...)*

Este breve recuento no permite concluir que la señora Marlenny Avila Moreno no fue portadora del virus de la rubéola, siendo este un deber que le asistía a la parte demandante en aras de demostrar las afirmaciones vertidas en el escrito génesis de la presente acción

² Ver folios 681 a 695 del cuaderno de continuación del principal.

y a renglón seguido demostrar el eventual error en el diagnóstico, todo lo contrario, tanto el examen médico realizado el 28 de agosto de 2009 como las anotaciones efectuadas en la historia clínica de la citada señora, nos pudiesen llevar a la conclusión que sí padeció esta enfermedad”.

Tampoco encuentra acreditada la presunta mora en la autorizada del 16 de septiembre de 2009, un día después de emitida la orden, pues si bien obra la orden otorgada el 15 de septiembre de 2009, por la Dirección de Sanidad Militar para que la paciente fuese atendida por la especialidad de neurología, la cual fue autorizada el 16 de septiembre siguiente, pues no se acredita que efectivamente la orden fue presentada el mismo día en que fue expedida.

En lo que tiene que ver con las fallas enrostradas al Hospital Militar Central, no hay documentales, ni testimoniales, ni pruebas de otra índole que soporten una presunta mora en otorgar la cita por neurología, “quedando por ende este argumento en ello, en sólo exposiciones carentes de material que así lo acredite.”.

Por otro lado, y con relación a un diagnóstico por stress realizado por el médico que la valoró el 17 de septiembre de 2009; se tiene que con la simple lectura de la historia clínica se advierte que por ninguna parte figura un análisis de esta naturaleza, todo lo contrario, el dictamen expuesto por el clínico de turno, es de cefalea y le ordena adicionalmente una consulta por neurología.

Encuentra demostrada la presencia de neurólogo en urgencias permanentemente, por cuanto la entidad demandada certificó que este servicio sí se presta *“las 24 horas a los pacientes que llegan al servicio de urgencias o emergencias de este Centro Asistencial”*.

La remisión por neurología a través de consulta externa, es un aspecto que va de la mano de la independencia y criterio que deben tener los profesionales de la medicina al momento de emitir decisiones, y este supuesto actuar indebido tampoco fue objeto de demostración por el extremo activo, pues la realidad probatoria no determina que efectivamente surgía para ese preciso instante la necesidad de que la señora fuese valorada por el servicio de neurología de urgencias, aspecto respecto del cual no obra una prueba técnica o científica que determine con claridad que en ese momento y dado el estado de salud en que se encontraba la paciente, se requería la valoración inmediata por neurocirugía, debiendo ser atendida por el especialista de urgencias.

Con relación a la omisión de expedición de orden de los exámenes médicos mínimos para determinar las dolencias de la paciente, entendiéndose ellos como cuadro hemático o parcial de orina, es de destacar que las decisiones médicas se tomaron a partir de los síntomas y a los hallazgos en el examen físico por cuanto en la primera consulta presentaba un examen neurológico normal, además la cefalea tensional es una patología común y frecuente que se trata con recomendaciones médicas y no requiere el estudio de cuadro hemático y parcial de orina.

No está demostrada la alegada omisión de práctica oportuna de los exámenes hematológicos, pues la historia clínica registra que el 23 de septiembre de 2009, el servicio de hematología, tomó las muestras, y el día siguiente contestó la interconsulta.

Frente a la no realización de la operación el 23 de septiembre de 2009, con lo cual presuntamente no hubiese ocurrido el segundo derrame, se tiene que conforme la historia clínica se determinó el 22 de septiembre de 2009, fecha en que acudió a consulta, ser llevada a cirugía al día siguiente. No obstante, esta determinación, el mismo 23 de septiembre también se decidió que previamente a realizar la operación, fuese atendida por hematología, claro está, siempre y cuando no presentara deterioro en su estado de conciencia, y ello tuvo una razón suficiente en el antecedente de lupus de la paciente, que corresponde a otro motivo adicional a la espontaneidad y bilateralidad de los hematomas, razón por la cual era necesario descartar un trastorno de la coagulación. Secuencia en la cual se destaca:

“Con ocasión del anterior caudal probatorio, queda evidenciado como primera medida que no se tiene certeza que al haberse practicado la cirugía el 23 de septiembre de 2009, la señora Marlenny Avila Moreno no hubiese fallecido o por lo menos no hubiese progresado su enfermedad, este aspecto no tiene respaldo probatorio.

Por otra parte, estos medios de prueba también nos llevan a concluir que **la no realización de la cirugía el 23 de septiembre, tal y como estaba planeado, tenía unas razones de peso que llevaron a los profesionales a descartar otra serie de aspectos antes de proceder quirúrgicamente.**

Tal y como fue narrado, para el caso que nos convoca la señora Avila Moreno padecía de hematoma subdural bilateral laminar crónico (pequeño) que ameritaba dada la no claridad de su aparición, de estudios de hematología, especialmente cuando observan que se trata de una paciente joven, sin antecedente traumático y sin déficit neurológico.

Concomitante con este análisis, los profesionales del derecho (sic) también advirtieron el antecedente de un lupus, que dadas las características de la enfermedad, era necesario previamente a la cirugía, descartar que esta enfermedad era una causa de los sangrados que padecía la paciente.

Sobre no ordenar oportunamente el TAC, al igual que los análisis efectuados con anterioridad, el despacho no observa la existencia de pruebas que permita concluir que en esos específicos momentos - 28 de agosto y 15 de septiembre de 2009 - se requerían de forma ineludible; se reafirma el tema relacionado con que al momento de las valoraciones realizadas en cada una de estas fechas, el profesional de turno encontró que no era necesaria la práctica de estas, dadas las especiales condiciones en que se encontraba la paciente.

Luego al no demostrarse que para estos específicos días, dado el estado de salud de Marlenny Avila se exigía la práctica de TAC, es claro que no se logra acreditar tampoco por este actuar, la falla médica alegada.”

Bajo las anteriores consideraciones, no se le puede enrostrar responsabilidad a las entidades demandadas por unas presuntas irregularidades en la atención médica, y que han sido descritas una a una a lo largo de esta providencia, falencias que no lograron ser demostradas por la parte demandante; pues como se ha enfatizado no. existe desde la óptica de la ciencia médica, un medio de prueba científico, testimonial o documental que acredite los actuare contrarios a la ciencia médica por quienes atendieron a la señora Avila Moreno.

Así las cosas, si se confrontan los supuestos de hecho, con los hechos realmente probados, es claro que las atenciones, los diagnósticos y en general los procedimientos médicos aplicados, se ajustaron a las necesidades de la paciente.”. (subrayas y negrillas fuera de texto)

IV- RECURSO DE APELACIÓN

La activa³ pretende se revoque la sentencia de primera instancia y, en su lugar, se estimen las pretensiones de la demanda, bajo la consideración que no valoró correctamente la realidad procesal, contrastado que conforme acreditan los medios de prueba arrojados al proceso, los prestadores del servicio de salud incurrieron en múltiples fallas en el servicio suministrado a la señora MARLENNY AVILA MORENO, porque obviaron que allegó el resultado de un TAC cuando fue atendida en urgencias del Hospital Militar y no obstante, el médico tratante ordenó efectuar otro TAC que dio el mismo resultado, actuación que afirma el extremo apelante, resulto innecesaria y desvirtúa el requerimiento de pronta y oportuna atención, y sometió a la paciente, *“MARLENNY AVILA MORENO (...) al "paseo de la muerte”, por quienes estaban obligados a darle el servicio que le garantizara la vida a una mujer tan joven, pero no se lo dieron buscando otros resultados en un nuevo y posterior e innecesario examen radiológico.”*

Estima que es un hecho notorio *“el que cuando los pacientes pretenden obtener una atención médica, las EPS, entre ellas el Servicio De Sanidad Militar, no le dan la cita para el mismo día sino para días después, eso siempre y cuando "haya agenda”. (...) no necesita prueba el hecho notorio de que al pedir cita médica se la den para los cinco, seis o diez días después de pedirla.”*

Hubo error en el diagnóstico efectuado el 15 de septiembre de 2009, en el Dispensario Médico de la FAC, donde el médico determinó diagnóstico Rubéola⁴ sin haberse ordenado exámenes diagnósticos básicos de laboratorio o de otro tipo para saber la causa del cuadro presentado por la paciente, tales como un TAC *“que*

³ Recurso de apelación, visible a folios 697 al 702 continuación del cuaderno principal.

⁴ Fl. 56.

debió ordenar ese primer facultativo (el de la FAC) con base en los signos, síndromes y síntomas referidos por la paciente”, que era el examen básico y elemental para estos casos, pero fue por medio de un médico particular que se logró la realización del mismo. Secuencia en la cual señala:

“Así que el hecho de la falta de inmediatez, el hecho de haber sometido a la paciente al paseo de la muerte está probado plenamente en y con la misma historia presentada por el Hospital Militar, ya que en el mismo *Resumen de Atención* se dice que el ingreso de la paciente fue el 22 de septiembre de 2.009 a las 02:20.02 p.m. y como allí se dice que se presentó hace 48 horas, quiere decir que solo fue atendida dos días después es decir el 24 de septiembre; (...) además de las 48 horas que ya llevaba la paciente esperando una atención adecuada hay que sumarle el tiempo que duró la expedición de la orden del nuevo examen, (solo se ordenó hasta las 08.52 p.m.); súmele también el traslado a la respectiva sala de diagnóstico imagenológico, el tiempo del examen y de respuesta y en todos esos ires y venires, en todo ése paseo se llegó el 29 de septiembre, siete (7) días después de haberse presentado al servicio de urgencias y hasta esa fecha cuando ya la paciente empezó su agonía definitiva, hasta ese momento se le trató de adelantar la operación que necesitaba desde un principio. Ese es el paseo de la muerte prestado por el Hospital Militar Central a la paciente MARLENNY AVILA MORENO.”

Pese a que se determinó operación de urgencia al día siguiente, los otros especialistas, ordenaron la realización de otros exámenes que no eran necesarios.

Y destaca al respecto:

“En el Resumen de Atención expedido por el Hospital Militar Central aparece a las 01:53:01 p.m. que: "PACIENTE CON HEMATOMA SUBDURAL BILATERAL SIN ANTECEDENTES DE TRAUMÁTICO, CON ENFERMEDAD AUTOINMUNE. PRESENTADA EN REVISTA GENERAL SE CONSIDERO ESTUDIO PREVIO AL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO POR EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA...”

Así se cambió la decisión del especialista que el día anterior (22) había decidido operar el día 23 (el día siguiente), para ordenar un examen del servicio de hematología que nunca se prestó. Revisado todo el Resumen de Servicio mencionado, en el que figura o deben figurar todas las ocurrencias del servicio con el respectivo paciente, no se encuentra que esa valoración del servicio de hematología hubiera sido prestado a la paciente.

(...)

ESA PRUEBA ESTÁ O SE ENCUENTRA EN LA HISTORIA CLÍNICA DE LA PACIENTE, HOY DIFUNTA ESTÁ EN EL "RESUMEN DEL SERVICIO" PRESTADO POR EL HOSPITAL MILITAR, entonces ¿cómo puede el fallo de primera instancia motivar su decisión diciendo que no se arrimaron las pruebas de la falla del servicio? Está más que probado con los documentos que aparecen en el expediente que el servicio falló y no es en los simples hechos de la demanda, en la narración sucesiva de los hechos de donde se deducen las demoras, la falta de inmediatez y la ineficacia de los procedimientos que se le hicieron a MARLENNY AVILA MORENO que devinieron en el deceso de una mujer en plena juventud.”

También se presentó falla en el servicio por ausencia de medio de contraste para el 25 de septiembre de 2009, pues: “En la Historia Clínica -Evolución (folio 225), en el ANALISIS, el médico tratante de neurología ordenó “realizar test de apnea y solicitar gamagrafía (sic) de perfusión cerebral.” Eran las 08:17 del 25 de septiembre de 2009, y al anverso de ese folio el doctor Caballero, a mano anota "M7 SE REALIZÓ GAMAGRAFIA DE PERCUSIÓN CEREBRAL POR AUSENCIA DE MEDIO DE CONTRASTE EN LA INSTITUCIÓN". Tenemos acá la prueba palpable, escrita por un médico del Hospital, al momento de ocurrir el hecho, sobre la falta del medio de contraste. (...) he ahí la prueba de la falla del servicio, pues la

Institución no pudo prestar el tratamiento debido por falta de un medio de contraste para adelantar un examen que si lo hubiera adelantado ese día 25 de septiembre posiblemente los resultados para la paciente hubieran sido otros. Por esa sola falla del servicio, las pretensiones deben prosperar.”.

V- TRÁMITE PROCESAL EN SEGUNDA INSTANCIA

5.1. Con proveído del 23 de agosto de 2019, se admitió el recurso de apelación interpuesto por la activa contra la sentencia de primera instancia (fl. 710 del cuaderno de continuación del principal).

5.2. Por auto del 4 de febrero 2020, se **corrió traslado para alegar de conclusión** (fl. 712 del cuaderno de continuación del principal); derecho ejercido por la activa y el Hospital Militar Central, sin pronunciamiento del Ministerio Público.

5.2.1. La ACTIVA, reiteró que en el presente caso se configuraron las ya referenciadas múltiples fallas en el servicio por el incumplimiento de la obligación de un adecuado diagnóstico y tratamiento debidos a la señora MARLENNY AVILA MORENO, (fls. 713-718 del cuaderno de continuación del principal).

5.2.2. El Hospital Militar Central, estima que la decisión de primera instancia debe ser confirmada, y precisó que dicha entidad prestó adecuadamente al demandante los servicios de salud que requirió, contrastado que consulta por primera vez al Hospital Militar Central, el 17 de septiembre de 2009, y en labor de reseña de la atención brindada destaca que:

“en consulta del mismo 22 de septiembre se consigna como dato relevante que la paciente presenta antecedente de lupus discoide de hace 8 años, por lo que se inicia investigación, ante sospecha de posible enfermedad autoinmune que podría ser causante de los hematomas subdurales bilaterales. Situación de gran importancia si tenemos en cuenta que en caso de confirmarse enfermedad autoinmune debía ser corregida antes de la decisión quirúrgica propuesta para corregir la hemorragia cerebral, por lo que se decide continuar igual manejo siempre que no presente deterioro del estado de conciencia.

(...)

De acuerdo con los testimonios de los profesionales de la salud vinculados al Hospital Militar Central se confirman los diagnósticos, tratamientos y terapéutica que obra en la Historia Clínica, debidamente confirmados mediante Junta Médica, según los cuales la paciente durante su observación no presentó déficit neurológico por lo que no amerito intervención quirúrgica de urgencia, no obstante, cuando presenta déficit neurológico, el

mismo fue súbito y no encontró respaldo en ninguno de los exámenes TAC que se realizaron, los cuales no reportan cambio con los anteriores.

Se desprende de las declaraciones que por no encontrarse explicación de los hematomas subdurales reportados en TAC y que los mismos no registraron cambios, se decide continuar observación mientras se valora por hematología para descartar trastornos en la coagulación. Se deja constancia que en caso de presentarse déficit neurológico durante dicho estudio de coagulación, se pasaría a cirugía como urgencia vital y así se informó a familiares quienes aceptan.”.

VI- CONSIDERACIONES DE LA SALA.

6.1. ASPECTOS DE EFICACIA Y VÁLIDEZ

Advertido que el asunto se promovió en vigencia del Código Contencioso Administrativo C.C.A, y como norma supletoria o subsidiaria, el Código de Procedimiento Civil, norma ésta última que fue derogada por el Código General del Proceso - CGP, que encontraba en rigor para el momento en que se promovió el recurso que nos ocupa. Por consiguiente, es el Código General del Proceso CGP, la norma supletoria en el recurso de apelación que nos ocupa, y en contexto del mismo, integrado con el CCA, se tiene conforme sigue.

6.1.1. Se reitera la competencia de ésta Corporación para conocer del recurso que nos ocupa, por cuanto trata de recurso de apelación contra sentencia proferida por Juez Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá y el asunto se promovió en vigencia del Código Contencioso Administrativo - CCA, cuyo artículo 133 Ibídem, establece:

“(…) Los tribunales administrativos conocerán en segunda instancia:

1. De las apelaciones y consultas de las sentencias dictadas en primera instancia por los jueces administrativos y de las apelaciones de autos susceptibles de este medio de impugnación, así como de los recursos de queja cuando no se conceda el de apelación o se conceda en un efecto distinto del que corresponda. (...)”.

(Subrayado y suspensivos fuera de texto).

6.1.2. Encuentran satisfechos los requisitos de sustentación clara, suficiente y pertinente del recurso de apelación, en contraste con la sentencia que es objeto del mismo. Requerimiento que tiene fundamento normativo en los incisos 3º y 4º del numeral 3º del artículo 322 del Código General del Proceso - CGP, en cuanto disponen que, tratándose de la apelación de una sentencia, el recurrente debe precisar, de manera breve, los reparos concretos que le hace a la decisión y para su sustentación será suficiente que el apelante exprese las razones de su inconformidad con la providencia objeto de alzada.

Premisa a la que agrega, el artículo 320 del mismo estatuto procesal que prescribe:

“(...) El recurso de apelación tiene por objeto que el superior examine la cuestión decidida, únicamente en relación con los reparos concretos formulados por el apelante, para que el superior revoque o reforme la decisión. (...)”

Habiendo precisado el Consejo de Estado en el reseñado contexto normativo, que quien tiene interés en que el asunto sea analizado de fondo debe señalar cuales fueron los yerros o desaciertos en que incurrió el juez de primera instancia al resolver la Litis presentada⁵

6.1.3.- Encuentran satisfechos los presupuestos procesales del medio de control de reparación directa y no se advierte irregularidad que configure nulidad procesal, en consecuencia el proceso encuentra para proferir sentencia de segunda instancia, como quiera que contrastada la actuación surtida en primera y segunda instancia, avizora que se sometió a las ritualidades establecidas en el Código Contencioso Administrativo y norma supletoria.

6.2. ALCANCE DEL RECURSO DE APELACIÓN QUE NOS OCUPA

6.2.1. En secuencia de las valoraciones normativas que anteceden, se tiene que el recurso que nos ocupa, debe ser resuelto con sujeción a los argumentos de inconformidad invocados por el impugnante, por cuanto trata de apelante único y reviste entonces importancia el artículo 328 del CGP, que regla el tópico así:

“(...) El juez de segunda instancia deberá pronunciarse solamente sobre los argumentos expuestos por el apelante, sin perjuicio de las decisiones que deba adoptar de oficio, en los casos previstos por la ley.

Sin embargo, cuando ambas partes hayan apelado toda la sentencia o la que no apeló hubiere adherido al recurso, el superior resolverá sin limitaciones.

En la apelación de autos, el superior sólo tendrá competencia para tramitar y decidir el recurso, condenar en costas y ordenar copias.

El juez no podrá hacer más desfavorable la situación del apelante único, salvo que en razón de la modificación fuera indispensable reformar puntos íntimamente relacionados con ella.

En el trámite de la apelación no se podrán promover incidentes, salvo el de recusación. Las nulidades procesales deberán alegarse durante la audiencia.” (Suspensivos, subrayado y negrilla fuera de texto).

⁵ IBIDEM. Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, Sentencia del 31 de enero de 2019, Rad.66001- 23-31-000-2012-0027 (52663) C.P. María Adriana Marín.

Por cuanto en orden de la transcrita preceptiva, la habilitación del Juez de Segunda Instancia para resolver en sede de apelación sin limitaciones, encuentra condicionada a que ambas partes hayan impugnado toda la sentencia, y contrastado el caso en concreto, emerge no satisfecho el indicado presupuesto, por cuanto la pasiva no recurre la sentencia.

6.2.2. Premisa que aplica sin perjuicio que en ejercicio del antes enunciado control de legalidad, de encontrarse probada nulidad, caducidad, cosa juzgada, conciliación, falta de legitimación, transacción, prescripción extintiva, o nulidad, se declare de oficio, sin embargo, no se avizoran configuradas en el caso en concreto.

6.2.3. Es de tener en cuenta también, que en Sentencia de Unificación del H. Consejo de Estado, se determina de la competencia del juez de segunda instancia frente al recurso de quien actúa como apelante único, que de controvertir un aspecto global de la sentencia, el *Ad Quem* adquiere competencia para revisar todos los asuntos comprendidos en ese rubro general, aunque de manera expresa no se hayan referido en el recurso de alzada. Puntualizó el Alto Tribunal así:

“(..) si se apela un aspecto global de la sentencia, el juez adquiere competencia para revisar todos los asuntos que hacen parte de ese aspecto más general, aunque de manera expresa no se haya referido a ellos el apelante único. Lo anterior, desde luego, sin perjuicio de la potestad que tiene el juzgador de pronunciarse oficiosamente sobre todas aquellas cuestiones que sean necesarias para proferir una decisión de mérito, tales como la caducidad, la falta de legitimación en la causa y la indebida escogencia de la acción, aunque no hubieran sido propuestos por el apelante como fundamentos de su inconformidad con la providencia censurada.

En el caso concreto, la entidad demandada apeló la sentencia de primera instancia con el objeto de que se revisara la decisión de declararla administrativamente responsable (...), y de condenarla a pagar indemnizaciones en cuantías que, en su criterio, no se compadecen con la intensidad de los perjuicios morales padecidos por algunos de los demandantes.

En consecuencia, la Sala, atendiendo al criterio expuesto y a la prohibición de la reformatio in pejus, revisará todos aquellos aspectos que son desfavorables a la entidad demandada y que son consecuencia directa de la declaratoria de su responsabilidad, lo cual incluye –en el evento de ser procedente– no solo la condena por perjuicios morales, sino también por perjuicios materiales en la modalidad de lucro cesante.”⁶

En este orden y decantando en el caso en concreto, se tiene que no resulta necesario asumir de oficio ejercicio de control de legalidad ni encuentra necesario

⁶ IB. Sala Plena. C.P. Danilo Rojas Betancourth. Sentencia del 06 de abril de 2018, Rad. 05001-23-31-000-2001-03068-01(46005).

acudir al enunciado juicio comprensivo, contrastado que la sentencia objeto de alzada no condenó a la activa, al pago de costas procesales, institución frente a la cual es precedente de esta Sala de Decisión, que en jurisdicción contencioso administrativa no es suficiente ser el extremo procesal vencido, para soportar la condena en costas, advertido que la jurisdicción contencioso administrativa, tiene como finalidad central, garantizar en la relación Estado – Particulares, la efectividad de los derechos.

6.3. FIJACIÓN DEL DEBATE.

La controversia en esta instancia se suscita porque la activa pretende se revoque la sentencia objeto de alzada y, en su lugar, se estimen las pretensiones de la demanda, argumentando en sustento, que el Juez de Primera Instancia efectuó una inadecuada valoración del material probatorio, pues de éste se acredita la responsabilidad de la accionada en los perjuicios derivados de la omisión en la adecuada prestación de los servicios de salud suministrados por las entidades demandadas, a la señora MARLENNY AVILA MORENO, que derivó en su fallecimiento el 30 de septiembre de 2009, debido al inadecuado diagnóstico y consecuente tratamiento.

En este orden, asume relevancia que conforme argumenta la sentencia de primera instancia, la desestimación de las pretensiones de la demanda derivó de no encontrar probado un error en el diagnóstico ni en el tratamiento, por cuanto la atención de rubeola fue anterior al cuadro clínico del que se derivó la muerte de la señora MARLENNY AVILA MORENO, además la atención brindada fue la adecuada para el hematoma subdural bilateral laminar crónico que padecía, y la no realización de la cirugía determinada para el 23 de septiembre de 2009, radicó en razón suficiente, a saber, la necesidad de estudios de hematología, dado el antecedente de lupus, la ausencia de causa traumática y de déficit neurológico, que imponía determinar previamente si aquella enfermedad era la causa del hematoma. Por demás, la parte demandante no aportó prueba técnica que probara en contrario.

En consecuencia, no puede considerarse la ocurrencia de un daño antijurídico atribuible a las accionadas ya que el padecimiento de la paciente obedece a la evolución del hematoma subdural bilateral laminar crónico que padecía, que pese a los esfuerzos del personal médico causó su muerte, y respecto de cuya atención médica no encuentra probada falla o yerros que comprometan la responsabilidad de las entidades aquí accionadas.

Consecuentemente se tiene como **problema jurídico:**

- i) ¿La NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA - FUERZA AÉREA COLOMBIANA y el HOSPITAL MILITAR CENTRAL, incurrieron en falla en la prestación de servicios de salud a MARLENNY AVILA MOREN, en atención a cefalea intensa, diagnosticada como hematoma subdural bilateral laminar crónico, por el que finalmente falleció el 30 de septiembre de 2009?

6.4. ASPECTOS SUSTANCIALES.

6.4.1. En labor de desatar el interrogante planteado es **tesis de la Sala**, que el daño antijurídico derivado de la omisión en la prestación de los servicios de salud no está acreditado, ya que de la realidad probatoria no se demuestra la inconformidad de la atención brindada con la lex artis, por el contrario se evidencia una adecuada gestión y prestación de los servicios de salud suministrados entre el 15 y el 30 de septiembre de 2009, a la señora MARLENNY AVILA MORENO.

Ello es así, como quiera que el evento relacionado con diagnóstico de rubeola es anterior, y no encuentra relacionado con el cuadro clínico de hematoma subdural bilateral que desencadenó la muerte de la paciente.

El 15 de septiembre de 2009, la paciente de 44 años de edad es atendida por urgencias de la Dirección de Sanidad de la Fuerza Aérea Colombiana, pero esta vez, por cuadro de dos (2) días de evolución, con cefalea frontal de gran intensidad, y náuseas.

Al constarse buenas condiciones generales, ausencia de déficit motor o sensitivo, o compromiso de funciones craneales, el plan de manejo se surtió mediante formulación, indicación de signos de alarma para acudir a urgencias, y orden de atención por neurología en el Hospital Central, autorizada al día siguiente, a ser tramitada por ésta mediante cita prioritaria.

Sin embargo, el 22 de septiembre de 2009, esto es, siete (7) días después de la indicación de los signos de alarma, la paciente acude al servicio de urgencias del Hospital Militar Central, por fuerte dolor de cabeza, asociado a signos de alarma con imágenes hipodensas bilaterales en TAC, frente a lo cual se surtió

hospitalización para llevar a sala de cirugía el día siguiente, con diagnóstico de hematoma subdural bilateral.

El 23 de septiembre de 2009, conforme a Acta No. 31, expedida por cuatro neurocirujanos y tres médicos residentes del Servicio de Neurología del Hospital Militar Central, se determinó la no realización de la cirugía ese día, *"Dada la no claridad de aparición de hematomas bilaterales sin trauma aparente y en una paciente joven y el buen estado neurológico se decide realizar estudio hematológico para descartar trastorno de la coagulación"*, se solicita interconsulta por sospecha de diástesis hemorrágicas.

El resultado del control hematológico arrojado el 24 de septiembre de 2009, descartó diástesis hemorrágicas, por tanto desestimó necesidad de tratamiento por hematología, sin embargo, conforme a los hechos probados se trató de una interconsulta imperiosa y necesaria, dado que se trataba de paciente joven, cuyo hematoma subdural causante de sus dolencias no presentó antecedente traumático, y la historia clínica reporta antecedente de lupus, enfermedad autoinmune que puede generar problemas de coagulación como los sufridos por la paciente, situación por la cual se tomó la precaución de hospitalización, pese a que en estos casos los protocolos médicos, ante la ausencia de déficit cognitivo permite salida con signos de alarma.

Para el 24 de septiembre de 2009, aunque la paciente presentó evolución clínica estacionaria, sin deterioro neurológico, **súbitamente se presenta deterioro agudo de estado neurológico**, paro respiratorio que requiere reanimación e intubación, y subsiguientemente se realiza craneotomía para drenaje de hematoma subdural bilateral.

Pese a la atención surtida la condición de la paciente es crítica, presenta estado de coma profundo, y evoluciona a muerte cerebral, para finalmente presentar paro cardio respiratorio del 30 de septiembre de 2009. Por demás no obra prueba en contrario, que enrostre una inadecuada prestación de los servicios de salud.

En conclusión, se habrá de confirmar la sentencia objeto de alzada.

6.4.2. En fundamento, esta Sala previo análisis del caso concreto, abordará los siguientes tópicos: **(i)** elementos que estructuran la responsabilidad patrimonial del Estado; **(ii)** concepto de daño antijurídico y presupuestos; **(iii)** falla de servicio y

pérdida de oportunidad como títulos de imputación en responsabilidad médica-asistencial del Estado; **(v)** carga de la prueba como sucedáneo de certeza. A modo de **premisas normativas**:

6.4.1. El daño antijurídico y su imputabilidad a la entidad pública accionada, son los elementos que estructuran la responsabilidad patrimonial del Estado, advertido que la cláusula general del deber indemnizatorio del Estado, encuentra en el artículo 90 Superior, conforme al cual, *el Estado es patrimonialmente responsable por los daños antijurídicos que le sean imputables, por la acción o la omisión de las autoridades públicas,* y comprende los ámbitos precontractual, contractual y extracontractual, e integra con el artículo 2º *Ibídem,* en virtud del cual, *las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias y demás derechos y libertades.*

En el descrito panorama normativo, indica la doctrina del H. Consejo de Estado, que el juez de la responsabilidad patrimonial del Estado, debe constatar la antijuridicidad del daño y elaborar un juicio de imputabilidad que le permita encontrar un título jurídico de imputación, es decir, no la mera causalidad material, sino *establecer la imputación jurídica y la imputación fáctica*⁷. Advertido además que en igual sentido concluye la Corte Constitucional⁸.

6.4.2. El daño antijurídico es aquel que comporta una aminoración en una situación favorable y que el afectado no encuentra en la obligación de soportar, y exige como condiciones de existencia que sea personal, directo y cierto o actual. Bajo la consideración que por su carácter personal exige la violación a los derechos subjetivos de la persona damnificada, independientemente a que provenga de un hecho que afecte en forma inmediata, o mediata en virtud del daño sufrido por otro, con quien el damnificado tiene relación. En este último evento se predica la existencia de daño reflejo, que es el menoscabo soportado por persona distinta del damnificado inmediato. Caso del daño patrimonial y moral que se ocasiona a los parientes de la víctima.

Por el carácter directo, el daño supone un nexo de causalidad respecto del perjuicio,

⁷ *"la imputatio juris y la imputatio facti"*, CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia del 13 de julio de 1993.

⁸ CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencias C-619 de 2002 y C-918 de 2002.

de forma que este sea consecuencia de la alteración negativa que comporta el primero, y solo indemnizable en cuanto provenga del mismo

El carácter cierto del daño refiere a su real acaecimiento, es decir, que el agravio debe poseer una determinada condición de certeza para que origine efectos jurídicos, ello es que el daño debe existir y hallarse probado para que origine el derecho a obtener un resarcimiento. Certeza igualmente exigible del daño consolidado o actual como del daño futuro.

El H. Consejo de Estado, advierte del daño antijurídico, que el ordenamiento no contiene una disposición que consagre su definición, y puntualiza:

“(…)se refiere a “la lesión de un interés legítimo, patrimonial o extrapatrimonial, que la víctima no está en la obligación de soportar, que no está justificado por la ley o el derecho”, de ahí que para que proceda declarar la responsabilidad del Estado, se ha de probar inicialmente la existencia del daño antijurídico, el cual debe ser cierto -“es decir, que no puede ser eventual, hipotético, fundado en suposiciones o conjeturas” -, (...) la existencia de un daño antijurídico, (...) constituye el fundamento mismo de la responsabilidad, de suerte que “si no hay daño no hay responsabilidad” y “sólo ante su acreditación, hay lugar a explorar la imputación del mismo al Estado”.⁹ (Suspensivos y subrayado fuera de texto)

Consecuentemente, no todo daño asume como daño antijurídico, y el carácter de antijurídico estriba, en que el afectado no tiene la obligación de soportarlo.

6.4.3. La falla probada en el servicio es el título de imputación en responsabilidad estatal por la actividad médico hospitalaria.

Advertido que si bien en el derecho de daños el modelo de responsabilidad estatal que adoptó la Constitución de 1991, no privilegió ningún régimen en particular, sino que dejó en manos del juez definir frente a cada caso concreto, la construcción de una motivación que consulte las razones tanto fácticas como jurídicas, que den sustento a la decisión que habrá de adoptar¹⁰.

Bajo tal paradigma la jurisdicción de lo contencioso administrativo ha dado cabida a la utilización de diversos títulos de imputación, para la solución de los casos propuestos a su consideración, sin que esa circunstancia pueda entenderse como la existencia de un mandato que imponga al juez la obligación de utilizar frente a

⁹ CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN TERCERA, SUBSECCIÓN A, Consejera ponente: MARTA NUBIA VELÁSQUEZ RICO, Bogotá, D. C., diez (10) de mayo de dos mil diecisiete (2017), Radicación número: 25000-23-26-000-2003-02128-01(29901), Actor: DOW QUÍMICA DE COLOMBIA S.A., Demandado: NACIÓN – CONGRESO DE LA REPÚBLICA Y OTRO, Referencia: APELACIÓN SENTENCIA - ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA

¹⁰ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sentencia del 13 de junio de 2016. Expediente 850012331000200500630-01(37.387). C.P. Carlos Alberto Zambrano Barrera.

determinadas situaciones fácticas, un específico título de imputación, por cuanto su uso debe hallarse en consonancia con la realidad probatoria del caso en concreto.

Sin embargo, la Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una subregla en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual, es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, y se exige a la activa acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquélla y éste¹¹.

En evolución jurisprudencial, donde la Alta Corporación Judicial transitó por los regímenes de falla presunta del servicio y carga dinámica de la prueba, retornando a partir del año 2006¹², al régimen de falla probada del servicio¹³. Título jurídico de imputación por excelencia¹⁴, que contiene un control de legalidad del acontecer del Estado en la prestación de los servicios que provee, y presupone que exista una obligación legal o normativa a cargo de la autoridad pública, incumplida por su acción u omisión, que deriva en un daño antijurídico indemnizable.

Control de legalidad que en imputación de responsabilidad por falla en el servicio médico asistencial, se realiza en principio, en marco de los contenidos obligacionales establecidos en la Ley 23 de 1981¹⁵ y su reglamentación.

6.4.3.1. La pérdida de oportunidad también es de recibo en estructuración de la responsabilidad extracontractual del Estado en prestación del servicio de salud, y se define como la frustración de una esperanza, dirigida a la consecución de un resultado que pondría a la persona en una situación más favorable a la previa o la evitación de un perjuicio¹⁶. En este orden presupone un elemento de incertidumbre sobre las probabilidades del resultado beneficioso, y un elemento de certeza respecto a que la falla en el servicio le arrebató la posibilidad de participar en las probabilidades.

¹¹ **IB.** Sentencia del 28 de febrero de 2013. Expediente 660012331000200100063-01(25075). C.P. Danilo Rojas Betancourt.

¹² **IB.** Sentencia del 31 de agosto de 2006. Expediente 15772. C.P. Ruth Stella Correa.

¹³ Ver evolución en Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C, Sentencia del 26 de febrero de 2015, Expediente 25000-23-26-000-2005-01356-01(38149); C.P. Olga Mélida Valle De La Hoz.

¹⁴ Ver sobre noción de falla del servicio y elementos en Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 19 de junio de 2008, Expediente 76001-23-31-000-1994-00736-01(15263), C.P. Myriam Guerrero de Escobar.

¹⁵ Por la cual se dictan normas en materia de ética médica

¹⁶ **CONSEJO DE ESTADO.** Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia del 24 de octubre de 2013. Expediente 25869. M.P. Dr. Enrique Gil Botero.

Se exige un grado de incertidumbre razonable, bajo la consideración que no toda probabilidad es susceptible de edificar una pérdida de oportunidad, sino solo aquella que permite razonar que ante la inexistencia de la falla en el servicio, la persona tendría la probabilidad de obtener el resultado favorable.

Es de precisar además, que la pérdida de oportunidad se ha abordado desde dos enfoques¹⁷: **(i)** como un daño autónomo, del que deriva un perjuicio con identidad propia que puede indemnizarse¹⁸, y **(ii)** como factor de imputación o instrumento de facilitación probatoria y se utiliza para suplir la falta de prueba en el nexo causal directo entre la falla del servicio y el daño.

Paradigmas en orden de los cuales, la indemnización del perjuicio en pérdida de oportunidad, se viene abordando también y básicamente bajo dos (2) esquemas: **(i)** la indemnización como daño autónomo, y **(ii)** la indemnización del perjuicio en una proporción reducida, equivalente al porcentaje de oportunidad pérdida.

Asumiendo como requisitos que deben concurrir para que exista la pérdida de oportunidad como daño indemnizable, los siguientes:

(i) Certeza respecto de la existencia de una oportunidad que se pierde, aunque la misma envuelva un componente aleatorio; es decir, no se trata de la vulneración de un derecho subjetivo consolidado sino el grado de probabilidad en grado suficiente de que el hecho dañoso le cercenó la expectativa de obtener la ganancia o bien o evitar perjuicio.

(ii) Imposibilidad definitiva de obtener el provecho o de evitar el detrimento; es decir, lo indemnizable es que debido al hecho dañoso se pierde la probabilidad de obtener la ventaja o bien o evitar la desventaja, se diferencia del lucro cesante, por ejemplo, porque éste rubro consisten en la pérdida de ganancia cierta mientras que el primero es una pérdida de una ganancia probable.

(iii) La víctima debe encontrarse en una situación potencialmente apta para pretender la consecución del resultado esperado; es decir, aquí se analiza

¹⁷ **IBÍDEM.** Sentencia del 24 de octubre de 2013. Expediente 25.869. C.P. Enrique Gil Botero.

¹⁸ **IB.** Sentencia del 25 de agosto de 2011. Expediente 19718. C.P. Mauricio Fajardo Gómez. En este fallo se reconoce este rubro indemnizatorio de manera autónoma a los demandantes, padres e hijos, de la víctima directa del daño y diferente al daño moral.

la idoneidad fáctica y jurídica del afectado para obtener o alcanzar el provecho¹⁹.

En conclusión, si existe certeza sobre la causa del daño, torna desacertada la aplicación de la figura de la pérdida de oportunidad, y consecuente el análisis del nexo causal desde la perspectiva de la probabilidad. De forma que aplica en sede de la imputación fáctica, ante la insuficiencia de prueba del nexo causal entre hecho dañoso y daño, o en situaciones de duda o incertidumbre en el nexo causal.

Aproximándose en cada caso en concreto y dependiendo de las pruebas técnicas de que disponga, al porcentaje de probabilidad sobre el cual se debe establecer el grado de pérdida de la oportunidad y, consecuentemente, el impacto de tal valor en el monto a indemnizar, y la forma de indemnizar la pérdida de la oportunidad, debe ser proporcional al porcentaje que se restó el beneficio con la falla en el servicio.

6.4.4. El principio de la carga de la prueba como sucedáneo de certeza, encuentra fundamento en comprensión de la jurisdicción contencioso administrativa, porque en marco del ordenamiento positivo, cada uno de los extremos procesales del litigio encuentra obligado a probar determinados hechos y circunstancias cuya falta de acreditación conlleva una decisión adversa a sus intereses o pretensiones.

Bajo el descrito paradigma la doctrina define la carga de la prueba, *como una regla de decisión o de juicio que permite al juzgador resolver la controversia en favor de quien no está sometido a ella, en caso de que la prueba aportada no sea concluyente.*

Probar es establecer la veracidad de una proposición cualquiera, y trasmutado al proceso judicial, comporta, *“(...) someter al juez de un litigio los elementos de convicción adecuados para justificar la verdad de un hecho alegado por una parte y negado por la otra”*²⁰. Dirige a producir en el juez el estado de certeza, el pleno convencimiento sobre la existencia o no de un hecho, y su sucedáneo conjugado el Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española, corresponde a elemento que por tener propiedades parecidas puede reemplazarlo.

¹⁹ **IB.** Sentencia del 31 de mayo de 2016. Expediente 630012331000200300261-01(38267). C.P. Danilo Rojas Betancourth.

²⁰ Tratado de Derecho Civil, Marcel Planiol y Georges Ripert.

6.4.5.1- En este orden asume como regla general, que corresponde a la actora probar los fundamentos de hecho de sus pretensiones y a la accionada los de su excepción o defensa. Advertido que en este sentido prescribe el artículo 167 del Código General del Proceso -CGP, sin perjuicio de la atribución que confiere al juez de distribuir la carga de la prueba, de oficio o a solicitud de parte, en oportunidad de su decreto, practica o cualquier otro momento antes de fallar.

Marco normativo al que adiciona el artículo 1757 del Código Civil – C.C, conforme al cual, incumbe probar las obligaciones o su extinción al que alega aquéllas o ésta, y que circunscribe el principio de la carga de la prueba como sucedáneo de certeza, de forma que si existe duda sobre los hechos que sustentan la demanda, sus pretensiones serán declaradas infundadas.

6.5. CASO CONCRETO

6.5.1. Aspectos Probatorios.

6.5.1.1. La comunidad probatoria encuentra integrada por documental, testimonial y experticio técnico, y se **avizora válida y eficaz.**

Es así contrastado que **la documental**, allegada por los extremos procesales en virtud del decreto de pruebas efectuado en primera instancia, satisface el esquema normativo del artículo 246 del Código General del Proceso,²¹ y destaca que una vez se agregó al expediente, no hubo tacha ni se repudió de ninguna otra forma su aducción.

El **experticio técnico**, corresponden a informe técnico médico legal de lesiones no fatales rendido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, que satisface los requerimientos de razonabilidad exigibles de la prueba técnica, a más que no fue objetado.

La **testimonial** se decretó y recaudo con el lleno de los requisitos legales.

²¹ *“Artículo 246. Valor probatorio de las copias. Las copias tendrán el mismo valor probatorio del original, salvo cuando por disposición legal sea necesaria la presentación del original o de una determinada copia.*

Sin perjuicio de la presunción de autenticidad, la parte contra quien se aduzca copia de un documento podrá solicitar su cotejo con el original, o a falta de este con una copia expedida con anterioridad a aquella. El cotejo se efectuará mediante exhibición dentro de la audiencia correspondiente.”. (Subrayado y negrillas fuera del texto).

6.5.1.2. En este orden de ideas y con relevancia para el debate que ocupa a esta Sala de Decisión, se tienen los siguientes **medios de prueba**:

Contexto Clínico y atención surtida	
Medio de prueba	Contenido
Historia clínica de atención de urgencias por parte de la Dirección de Sanidad de la Fuerza Aérea Colombiana. Fls. 437 y 510 C.P.	<p>Se registra atención surtida el <u>28 de agosto de 2019</u>, así:</p> <p><i>“Usuaría con 43 años de edad, ama de casa... me. cefalea Eventual cuadro de 2 días con cefalea ... malestar general ... roja en cuerpo. E. físico Buenas condiciones generales. ... TA 110/70... FC 76 min. ... Rash cutáneo generalizado Dx. Rubéola...”,</i> y se ordena medicación.</p> <p>Se registra atención surtida el <u>15 de septiembre de 2019</u>, así:</p> <p>Usuaría con 44 años de edad, con cuadro de dos (2) días, con cefalea frontal de gran intensidad, y náuseas. <u>En buenas condiciones generales, sin déficit motor ni sensitivo, ni compromiso de funciones craneales. Como plan se surte formulación, se indican signos de alarma para acudir a urgencias, y se ordena atención por neurología en el Hospital Central, a ser tramitada por ésta.</u></p>
Remisión a la especialidad de neurología, surtida por la Dirección de Sanidad de la Fuerza Aérea. Fl. 18 C.P.	<p>Surtida el 15 de septiembre de 2009, con sello de autorización del 16 de septiembre de 2009, en atención a cuadro de 3 días de cefalea intensa que no mejora con analgésicos, se acompaña de náuseas. La paciente no presenta déficit motor ni sensitivo, ni compromiso de funciones craneales.</p>
Historia clínica surtida por el HOSPITAL MILITAR CENTRAL, desde el 22 de septiembre hasta el 30 de septiembre de 2009, a la señora MARLENNY AVILA MORENO. Obra en CD visto a folio 425	<p>Anotación del <u>22 de septiembre de 2009</u>, que registra ingreso a las 14:20 horas por el servicio de urgencias del Hospital Militar Central, donde se advierte:</p> <p><i>“MOTIVO DE CONSULTA.</i> <i>Tengo dolor de cabeza.</i></p> <p><i>ENFERMEDAD ACTUAL.</i> <i>Paciente con cuadro clínico de 10 días de evolución consistente en cefalea en línea media parietal tipo peso, niega emesis durante la cefalea, ha presentado náuseas, refiere el dolor la ha despertado durante la noche, refiere empeoramiento del dolor con las maniobras de valsaba, niega fiebre, niega síntomas urinarios, niega síntomas respiratorios, refiere consultó a dispensario hace 7 días donde iniciaron tratamiento con cafegot.</i></p> <p><i>DIAGNOSTICO.</i> <i>Cefalea.</i></p> <p><i>MEDICAMENTOS.</i> (...) 2. SSN 0,9% BOLO 1500 CC AHORA (...) 5. SS TAC CEREBRAL SIMPLE. 6. SS VALORACION POR NEUROLOGÍA. CSV AC (...)” Hoja 8 y 9 del archivo PDF obrante en el CD visto a folio 425.</p> <p><i>El mismo 22 de septiembre se ordenó la hospitalización de la señora Marleny Avila Moreno, en razón a:</i></p> <p><i>“ANALISIS</i> <i>Pte. Con cuadro clínico de 10 días de evolución de cefalea de máxima intensidad asociado a signos de alarma con imágenes hipodensas bilaterales en TAC que se comentó con especialista de turno quien decide hospitalizar para llevar a sala de cirugía el día de mañana.”</i> Hoja 10 del archivo PDF obrante en el CD visto a folio 425.</p>

Anotación del **23 de septiembre de 2009**, conforme a la cual se determinó la no realización de la cirugía, exponiendo las razones en los siguientes términos:

*“**SUBJETIVO.** Paciente de 44 años con diagnóstico de hematoma subdural bilateral. Paciente refiere cefalea ocasional no nuevos episodios eméticos.*

ANALISIS

Paciente con hematoma subdural bilateral, sin antecedente de traumático, con enfermedad auto inmune, presentada en revista general, se consideró estudio previo al procedimiento quirúrgico por el servicio de hematología mientras no presente deterioro de su estado de conciencia. Por el momento se continuará igual manejo médico, ss interconsulta al servicio de hematología. Hoja 12 del archivo PDF obrante en el CD visto a folio 425.

De igual forma para ese 23 de septiembre de 2009, obra anotación subsiguiente que en el acápite de análisis señala: **“TAC cerebral simple de control que evidencia hematomas subdurales crónicos bilaterales sin mayor efecto compresivo que no compromete el sistema ventricular y que no han presentado cambio con respecto a las imágenes previas.”** Hoja 13 del archivo PDF obrante en el CD visto a folio 425.

Anotación del **24 de septiembre de 2009**, que en el acápite de análisis señala: “Paciente con evolución clínica estacionaria, sin deterioro neurológico, con persistencia de cefalea, sin nuevos episodios eméticos, pendiente valoración prioritaria por el servicio de hematología. Hoja neurológica horaria, avisar en caso de episodios eméticos o cambios en su estado neurológico.” Hoja 16 del archivo PDF obrante en el CD visto a folio 425.

Respecto del control hematológico, se hizo constar en la transcripción de la historia clínica, lo siguiente:

“24/9/09 HEMATO ONCOLOGIA

Paciente con hemorragia XXXXXX de tallo pobre pronóstico neurológico al parecer se solicita interconsulta por sospecha de diástesis hemorrágicas.

Plaquetas: 432.000 Hb- 11.1 PTT: 25/29 PT/ INR : 0.95 sin uso previo de medicamentos (anticoagulantes - antiagregante) según lo consignado en HC. Desde el punto de vista hematológico las pruebas mencionadas o son diagnósticos de diástesis hemorrágicas no amerita ningún tipo de tratamiento en el momento por hematología.” Hoja 15 del archivo PDF obrante en el CD visto a folio 425.

En anotación de ese mismo 24 de septiembre de 2009, la evolución de la historia clínica señala:

“DIAGNOSTICO.

Hemorragia subdural traumática.

SUBJETIVO. *Se atiende llamado de piso paciente quien presenta deterioro agudo de estado neurológico TAC cerebral simple de la madrugada de hoy en el que no hay cambios con los previos, en el momento paciente en paro respiratorio.*

ANALISIS

Se realizó reanimación e intubación con anestesiología se realiza IOT se pasa a cirugía, Dr. Muñoz habla con familiares.” Hoja 18 del archivo PDF obrante en el CD visto a folio 425.

En la evolución de la historia clínica del 24 de septiembre de 2009, se registra: “**Subjetivo: Paciente en POP inmediato de craneotomía para drenaje de hematoma subdural bilateral – antecedente de lupus doscoide (...) Análisis: Paciente en POP de craneotomía para drenaje de hematoma subdural bilateral por resangrado agudo, se explica a la familia (esposo y hermanas) lo agudo del cuadro y la condición crítica actual de la paciente, aceptan y entienden la información, se decide continuar bajo médico con sedación y medidas de neuroprotección.**” Hoja 23 del archivo PDF obrante en el CD visto a folio 425.

En anotación posterior de ese mismo día se añade: “**motivo de consulta: POS de drenaje de hematoma bilateral temporoparietal drenado el día de hoy. (...) revisión por sistemas: estado de coma profundo.**” Hoja 24 del archivo PDF obrante en el CD visto a folio 425.

En la evolución de la historia clínica del 24 de septiembre de 2009, se registra también en el acápite de análisis: “**Se trata de paciente portador de hematoma bilateral temporoparietal bilateral, la cual fue intervenido, drenándosele en gran cantidad, evoluciona a herniación del tallo cerebral según descripción de los hallazgos quirúrgicos, en este momento sin ninguna respuesta a estímulos primitivos, en coma profundo a pesar de que no se le están suministrando sedantes, por lo anterior se considera que el paciente probablemente este evolucionando a muerte cerebral, se esperan 24 horas para dar un diagnóstico definitivo. Dr. Burgos Ustate.**” Hoja 26 del archivo PDF obrante en el CD visto a folio 425.

Posteriormente aparece anotación en el acápite de análisis: “**Paciente en POP de drenaje de hematoma subdurales bilaterales quien persiste con deterioro clínico y dependiente de soporte se continua con medidas de neuroprotección y manejo en UCI.**” Hoja 28 del archivo PDF obrante en el CD visto a folio 425.

En anotación del **25 de septiembre de 2009**, en el acápite de análisis se indica: “**Paciente en POP día 1 de drenaje de hematoma subdural espontáneo bilateral, en el momento sin sedación, con clínica sugestiva de muerte encefálica, se decide hoy realizar test de apnea y solicitar gamagrafía de perfusión cerebral.**” Hoja 30 del archivo PDF obrante en el CD visto a folio 425.

En la evolución de la historia clínica del 25 de septiembre de 2009, se registra también en el acápite de análisis: “**Se trata de paciente portador de hematoma bilateral temporoparietal bilateral, la cual fue intervenida, drenándole en gran cantidad, evoluciona a herniación del tallo cerebral según descripción de los hallazgos quirúrgicos, en este momento sin ninguna respuesta a estímulos primitivos, en coma profundo, con tendencia a la hipotensión a pesar de apoyo vasopresor. Por lo anterior considera que el paciente probablemente este evolucionando a muerte cerebral, se esperaran 12 horas para dar un diagnóstico definitivo se hará pruebas de muerte cerebral con test de apnea cada 6 horas, dr. Burgos Ustate.**” Hoja 32 del archivo PDF obrante en el CD visto a folio 425.

En anotación del **26 de septiembre de 2009**, en el acápite de análisis se indica: “**Paciente con antecedente de hematoma bilateral temporoparietal expansivo que evoluciona a herniación de tallo cerebral, según descripción de los hallazgos quirúrgicos. En el momento en muy malas condiciones generales, con hipotensión refractaria pese a dosis altas de vasopresores y a la asociación de los mismos, con**

hipernatremia moderada se inicia corrección, con signos clínicos de muerte encefálica. Pronostico ominoso.” Hoja 34 del archivo PDF obrante en el CD visto a folio 425

(...) en espera de realización de TS de muerte cerebral se continua con manejo médico instaurado pobre pronóstico vital a corto plazo” Hoja 38 del archivo PDF obrante en el CD visto a folio 425.

En anotación del **27 de septiembre de 2009**, en el acápite de análisis se indica: *“Paciente POP de drenaje de hematoma parietotemporal bilateral, en este momento sin respuesta neurológica con diagnóstico clínico de muerte cerebral en proceso de protocolo para confirmación de este diagnóstico, en el momento con cifras tensionales elevadas por lo cual se inició destete de vasopresina, se continua corrección hidroelectrolítica, ante evidencia de anemia se decide transfusión de 2 U GRE.”* Hoja 48 del archivo PDF obrante en el CD visto a folio 425.

En anotación del **28 de septiembre de 2009**, en el acápite de análisis se indica: *“Paciente con muerte cerebral, sin reflejos de tallo con hematoma temporoparietal bilateral drenado, en quien ya se encuentra corregidas la hipernatremia, se realizara test apnea y protocolo de muerte cerebral Burgos Arreondo UCIM M.Interna.*

(...)

Pte con clínica sugestiva de muerte encefálica con manejo por UCIM sin reflejos de tallo continua igual manejo, mañana se realizarán pruebas confirmatorias de acuerdo al estado de la paciente” Hoja 51 y 53 del archivo PDF obrante en el CD visto a folio 425.

En anotación del **29 de septiembre de 2009**, en el acápite de análisis se indica: *“Paciente con clínica sugestiva de muerte encefálica, actualmente sin reflejos de tallo cerebral, continua igual manejo, el día de mañana se realizaran pruebas confirmatorias de acuerdo al estado de la paciente por parte de neurocirugía, dado mal pronóstico se limitará esfuerzo terapéutico en caso de presentar paro cardiorespiratorio, se informa situación y pronóstico a familiares.*

(...)

*Paciente con clínica de muerte cerebral, quien el momento había presentado trastornos hemodinámicos y metabólicos que han impedido realización de prueba confirmatoria (test de apnea) **pendiente realización de Gamagrafia de percusión cerebral que no se ha realizado por no disponibilidad de medio de contraste, ultimo reporte electrolitos** (dentro de parámetros normales) creatina de 2.2.*

(...)

Paciente con evolución estacionaria, en el momento sin respuesta neurológica, con DX clínico de muerte cerebral, hoy con NA normal, se realiza primer test de apnea positivo a las 12 AM, pendiente realización del segundo a las 6 PM, continua en el momento hipotensa a pesar de vasopresor, se continua igual manejo, se ajusta dosis de calcio y magnesio, paciente con mal pronóstico vital y neurológico, se explica a los familiares.” Hoja 54, 56, 57 del archivo PDF obrante en el CD visto a folio 425.

En anotación del **30 de septiembre de 2009**, en el acápite de análisis se indica: *“Paciente con antecedente de hematoma*

	<p><i>subdural temporoparietal bilateral y herniación de tallo secundaria con diagnóstico clínico de muerte cerebral, quien persistía sin reflejos de tallo, <u>ayer se realiza primer test de apnea positivo, hoy a las 10+25 AM durante realización de segundo test de apnea presenta paro cardíaco y respiratorio, paciente con mal pronóstico vital y neurológico, quien se encontraba en pruebas de confirmación de DX de muerte cerebral y fallece, no se realizan maniobras de reanimación, se avisa a la familia.</u></i>" Hoja 61 del archivo PDF obrante en el CD visto a folio 425.</p>
<p>Informe rendido por el Director General del Hospital Central de Bogotá, obrante a folios 430 y 431 del C.P.</p>	<p>Que frente a las razones que motivaron la no realización de la cirugía el 23 de septiembre de 2009, de conformidad con lo señalado por el Jefe del Área de Neurocirugía, señala:</p> <p><i>"... Paciente con cuadro clínico de evolución de cefalea, sin déficit neurológico con colecciones hipodensas bilaterales, la cual no era necesario llevar a cirugía de urgencia y era importante de acuerdo a que no tenía antecedente traumático y si tenía una enfermedad reumatológica que explicara las colecciones subdurales; era necesario tener un estudio por parte de hematología mientras no presentara deterioro de su estado de conciencia.</i></p> <p><u>No se puede determinar si se hubiera operado el día programado, la paciente no presentara progresión de la enfermedad. De hecho se tuvo prudencia porque sin los estudios solicitados era mayor el riesgo"</u></p>
<p>Testimonio técnico del doctor Erik Edgardo Muñoz</p>	<p><i>"(...)PREGUNTADO: Atendiendo su respuesta anterior, precise para el caso de la señora Marleny Avila si se trataba de un hematoma subdural espontáneo o traumático y si su patología era aguda o crónica y cual sería en uno u otro caso el manejo. CONTESTÓ: <u>Con respecto al caso específico de la señora Merleny, es una paciente con un hematoma subdural bilateral laminar crónico (pequeño) sin antecedentes de trauma, con un antecedente médico referido por la familia de enfermedad de lupus discoide con un examen neurológico normal. Ante esto, lo que se realiza es hospitalizar la paciente por el riesgo de resangrado e iniciársele un estudio hematológico para poder determinar si se lleva o no se lleva a cirugía; los pacientes con hematomas espontáneos deben ser estudiados antes de pensar cualquier procedimiento quirúrgico a menos que tenga un deterioro neurológico, el hematoma sea grande y desplace la línea media, el hematoma sea pequeño pero con compresión y deterioro neurológico. PREGUNTADO: Refirió usted un antecedente médico informado por la familia de la señora Avila referido al lupus, precise por favor que implicaciones podría tener dicha patología para la presencia del hematoma del que venimos hablando. CONTESTÓ: <u>Teniendo en cuenta que los hematomas al parecer eran espontáneos porque nunca refirió la paciente antecedente de trauma y el lupus es una enfermedad reumatológica que puede alterar muchos sistemas en el cuerpo humano, incluyendo la coagulación era necesario el estudio hematológico (...) por esa razón se solicitó la valoración del servicio especializado y la paciente se encontraba sin ningún tipo de déficit neurológico. Es importante siempre tener un estudio de estas características por el riesgo de sangrado en cirugía (...)</u></u></i></p> <p><i>PREGUNTADO: Refirió usted que el diagnóstico inicial era hematoma laminar crónico y que para el momento en que recibe llamado de urgencia por el cuerpo de enfermería, existía un posible resangrado, precise por favor el Despacho (sic) si el resangrado al que usted se refirió es prevenible y qué riesgos o qué complicaciones puede generar un resangrado de gran magnitud como el evidenciado intraoperatoriamente. CONTESTÓ: <u>No, no es prevenible, por esa razón el paciente se hospitaliza para poderle hacer un seguimiento clínico y un estudio especial, en la mayoría de las ocasiones un paciente con un sangrado laminar crónico y sin déficit neurológico se observa y si no hay ningún cambio se le puede dar salida al paciente con signos de alarma y recomendaciones de reconsultar. Con esta paciente en especial se determinó que por los antecedentes médicos era necesario hacerle un estudio hematológico a pesar de que las pruebas de coagulación eran normales (...)</u></i>"</p>

<p>Testimonio técnico del doctor Alberto Fabio Caballero Restrepo</p>	<p>"PREGUNTADO: El servicio de neurocirugía a su vez estimó pertinente interconsulta de otros servicios o de otras especialidades del Hospital Militar Central, en caso afirmativo a cuáles servicios y cuál fue la razón científica. CONTESTÓ: Inmediatamente la junta del servicio determinó la pertinencia de la valoración por hematología ya que no había antecedente de trauma en la paciente, además los hematomas eran bilaterales y existía un antecedente de enfermedad autoinmune (lupus). PREGUNTADO. Según la presentación del caso en la junta del servicio de neurocirugía que incidencias clínicas se plantearon para la evolución de la enfermedad de la señora Avila frente al antecedente de lupus. CONTESTÓ: <u>El lupus es otro motivo adicional a la espontaneidad y bilateralidad de los hematomas para descartar un trastorno de la coagulación (...)</u></p>
<p>Acta No. 31 del 23 de septiembre de 2009 visible a folio 334 del cuaderno principal, expedida por <u>cuatro neurocirujanos y tres médicos residentes del Servicio de Neurología del Hospital Militar Central.</u></p>	<p>En la cual se define la conducta a seguir frente a varios pacientes, ente ellos la víctima directa, se señala respecto de esta última así:</p> <p><u>"Dada la no claridad de aparición de hematomas bilaterales sin trauma aparente y en una paciente joven y el buen estado neurológico se decide realizar estudio hematológico para descartar trastorno de la coagulación"</u></p>

6.5.1.3. Conjunto probatorio del que se tienen, contrastado el debate que se suscita en esta instancia, como relevantes los siguientes **hechos probados**:

- El 28 de agosto de 2009, la señora MARLENNY AVILA MORENO, fue atendida por urgencias de la Dirección de Sanidad de la Fuerza Aérea Colombiana, por cefalea, malestar general y enrojecimiento del cuerpo y rash o erupción cutánea generalizada en atención a lo cual se le diagnostica rubéola y se le proporciona medicación.
- El 15 de septiembre de 2019, la paciente de 44 años de edad es atendida nuevamente por urgencias la Dirección de Sanidad de la Fuerza Aérea Colombiana, pero esta vez, por cuadro de dos (2) días de evolución, con cefalea frontal de gran intensidad, y náuseas. Momento en el cual se evidencio en buenas condiciones generales, sin déficit motor ni sensitivo, ni compromiso de funciones craneales. Y en plan de manejo se surtió formulación, se indicaron signos de alarma para acudir a urgencias, y se ordenó atención por neurología en el Hospital Central, autorizada al día siguiente, a ser tramitada por ésta.

- El 22 de septiembre de 2009, esto es, siete (7) días después de la indicación de los signos de alarma, la señora MARLENNY AVILA MORENO ingresa al servicio de urgencias del Hospital Militar Central, por fuerte dolor de cabeza, cuadro clínico de 10 días de evolución de cefalea intensa asociado a signos de alarma con imágenes hipodensas bilaterales en TAC que se comentó con especialista de turno quien decide hospitalizar para llevar a sala de cirugía el día siguiente, con diagnóstico de hematoma subdural bilateral, sin antecedente traumático, con enfermedad auto inmune.
- Conforme a Acta No. 31 del 23 de septiembre de 2009, expedida por cuatro neurocirujanos y tres médicos residentes del Servicio de Neurología del Hospital Militar Central, se determinó la no realización de la cirugía ese día, **"Dada la no claridad de aparición de hematomas bilaterales sin trauma aparente y en una paciente joven y el buen estado neurológico se decide realizar estudio hematológico para descartar trastorno de la coagulación"**, se solicita interconsulta por sospecha de diástesis hemorrágicas. Congelación del procedimiento condicionada a que no presentara deterioro de su estado de conciencia.

Estadio de la atención para el cual conforme a TAC cerebral simple de control se evidenció hematomas subdurales crónicos bilaterales **"sin mayor efecto compresivo que no compromete el sistema ventricular y que no han presentado cambio con respecto a las imágenes previas."**

- El 24 de septiembre de 2009, la paciente presenta evolución clínica estacionaria, sin deterioro neurológico, con persistencia de cefalea, sin nuevos episodios eméticos, y encuentra pendiente valoración prioritaria por el servicio de hematología, se ordena adelantamiento de hoja neurológica horaria, y avisar en caso de episodios eméticos o cambios en estado neurológico.
- Sin embargo, **subsiguiente y súbitamente se presenta deterioro agudo de estado neurológico**, la paciente presenta paro respiratorio, se realiza reanimación e intubación con anestesiología se realiza IOT se pasa a cirugía donde se realiza craneotomía para drenaje de hematoma subdural bilateral.
- En postoperatorio se explica a la familia lo agudo del cuadro y la condición crítica de la paciente, se decide continuar bajo médico con sedación y medidas de neuroprotección, presenta estado de coma profundo, se considera que el paciente probablemente este evolucionando a muerte

cerebral, persiste con deterioro clínico y dependiente de soporte, se continua con medidas de neuroprotección y manejo en UCI.

- El resultado del control hematológico arrojado el 24 de septiembre de 2009, descartó diástesis hemorrágicos, por tanto desestimó necesidad de tratamiento por hematología.
- El 25 de septiembre de 2009, se sospecha muerte encefálica, se decide realizar test de apnea y solicitar gamagrafía²² de perfusión cerebral²³ para determinar muerte cerebral, sin ninguna respuesta a estímulos primitivos, en coma profundo, con tendencia a la hipotensión a pesar de apoyo vasopresor.
- El 26 de septiembre de 2009, se registran muy malas condiciones generales, con hipotensión refractaria pese a dosis altas de vasopresores y a la asociación de los mismos, con hipernatremia moderada se inicia corrección, con signos clínicos de muerte encefálica, pobre pronóstico vital a corto plazo.
- El 27 de septiembre de 2009, se surte diagnóstico clínico de muerte cerebral en proceso de protocolo para confirmación de este diagnóstico.
- El 28 de septiembre de 2009, se registra *“Pte con clínica sugestiva de muerte encefálica con manejo por UCIM sin reflejos de tallo continua igual manejo, mañana se realizarán pruebas confirmatorias de acuerdo al estado de la paciente”*.
- El 29 de septiembre de 2009, *dado mal pronóstico* se limitará esfuerzo terapéutico en caso de presentar paro cardiorespiratorio, se informa situación y pronóstico a familiares.
- La paciente con clínica de muerte cerebral, había presentado trastornos hemodinámicos y metabólicos que impidieron realización de prueba

²² “El término SPECT es un acrónimo de “Single Photon Emission Computed Tomography” (Tomografía de emisión por fotón único). Es una técnica compleja que permite obtener imágenes sobre el funcionamiento de diferentes regiones cerebrales. Los **sistemas de SPECT cerebral** pueden tener uno o varios cabezales detectores que traducen la radiación captada en imágenes. Estos cabezales giran alrededor de la cabeza del paciente, obteniendo imágenes desde distintas angulaciones. La radiación detectada es **radiación gamma**. Las ondas gamma están constituidas por fotones y son por tanto un tipo de radiación electromagnética, una combinación de campos eléctricos y magnéticos. Para la realización del SPECT se administra previamente al paciente una fuente de radiación gamma: un isótopo radioactivo endovenoso. El radioisótopo se mezcla con la sangre hasta alcanzar el cerebro. La distribución del radiotrazador permite evaluar dos aspectos del funcionalismo cerebral: el estudio de la perfusión cerebral y de los receptores cerebrales. La **perfusión cerebral** se estudia mediante radioisótopos que se fijan al tejido cerebral de forma proporcional al flujo sanguíneo.”. Consultado en <https://www.salud.mapfre.es/pruebas-diagnosticas/neurologicas-pruebas-diagnosticas/spect-cerebral/>

²³ “La **presión de perfusión cerebral**, o **PPC**, es el gradiente de presión que causa el flujo de sangre al cerebro (la **perfusión cerebral**) El valor normal va de 60-70. Debe ser mantenido dentro de límites estrechos, porque muy poca presión puede causar que el tejido cerebral entre en estado de isquemia (con flujo inadecuado de sangre), y por mucho tiempo puede elevar la **presión intracraneal** (PIC).¹ La PPC se puede definir como el gradiente de presión que causa el **flujo sanguíneo cerebral** (FSC)”. Consultado en: https://es.wikipedia.org/wiki/Presi%C3%B3n_de_perfusi%C3%B3n_cerebral

confirmatoria (test de apnea), se realiza primer test de apnea positivo a las 12 a.m., pendiente realización de Gamagrafía de percusión cerebral que no se ha realizado por no disponibilidad de medio de contraste.

- El 30 de septiembre de 2009, a las 10:25 horas durante realización de segundo test de apnea presenta paro cardíaco y respiratorio, paciente con mal pronóstico vital y neurológico, quien se encontraba en pruebas de confirmación de DX de muerte cerebral y fallece, no se realizan maniobras de reanimación, y se avisa a la familia.
- Conforme a los testimonios técnicos la señora Merleny, era una paciente con un hematoma subdural bilateral laminar crónico (pequeño) sin antecedentes de trauma, con un antecedente médico referido por la familia de enfermedad de lupus discoide con un examen neurológico normal.

Cuadro clínico frente al cual el manejo terapéutico consiste en hospitalizar la paciente por el riesgo de resangrado e iniciársele un estudio hematológico para poder determinar si se lleva o no se lleva a cirugía, pues los pacientes con hematomas espontáneos deben ser estudiados antes de pensar cualquier procedimiento quirúrgico a menos que tenga un deterioro neurológico.

Teniendo en cuenta que los hematomas al parecer eran espontáneos porque nunca refirió la paciente antecedente de trauma y el lupus es una enfermedad reumatológica que puede alterar muchos sistemas en el cuerpo humano, incluyendo la coagulación resultaba imperioso y necesario el estudio hematológico máxime cuando la paciente se encontraba sin ningún tipo de déficit neurológico.

Ante este cuadro clínico no es previsible un resangrado razón por la cual el paciente se hospitaliza para poderle hacer un seguimiento clínico y un estudio especial, en la mayoría de las ocasiones un paciente con estas condiciones se observa y si no hay ningún cambio se le puede dar salida al paciente con signos de alarma y recomendaciones de reconsultar.

6.5.2. Análisis de la situación fáctica y decisión

6.5.2.1. Procede confirmar la sentencia proferida en primera instancia, como quiera que no encuentra probada falla en el servicio médico provisto a la señora

MARLENNY AVILA MORENO, entre el 15 y el 30 de septiembre de 2009, por parte de la Dirección de Sanidad de la Fuerza Aérea Colombiana y el Hospital Militar Central.

Ello es así, como quiera que de la realidad probatoria se evidenció que, el evento relacionado con diagnóstico de rubeola es anterior, y no encuentra relacionado con el cuadro clínico de hematoma subdural bilateral que desencadenó la muerte de la paciente, como quiera que corresponde a atención surtida el 28 de agosto de 2009, frente a síntomas cefalea, malestar general y enrojecimiento del cuerpo y rash o erupción cutánea generalizada que se determinó como rubéola, diagnóstico frente al cual no obra prueba en contrario.

Con posterioridad a dicho evento, el 15 de septiembre de 2009, la paciente de 44 años de edad es atendida por urgencias de la Dirección de Sanidad de la Fuerza Aérea Colombiana, pero esta vez, por cuadro de dos (2) días de evolución, con cefalea frontal de gran intensidad, y náuseas.

Al constarse buenas condiciones generales, ausencia de déficit motor o sensitivo, o compromiso de funciones craneales, el plan de manejo se surtió mediante formulación, indicación de signos de alarma para acudir a urgencias, y orden de atención por neurología en el Hospital Central, autorizada al día siguiente, a ser tramitada por ésta mediante cita prioritaria. Determinación que conforme a los testimonios técnicos referenciados en el acápite de pruebas resulta adecuado dada la ausencia de afectación neuronal.

Sin embargo, el 22 de septiembre de 2009, esto es, siete (7) días después de la indicación de los signos de alarma, la paciente acude al servicio de urgencias del Hospital Militar Central, por fuerte dolor de cabeza, asociado a signos de alarma con imágenes hipodensas bilaterales en TAC, frente a lo cual se surtió hospitalización para llevar a sala de cirugía el día siguiente, con diagnóstico de hematoma subdural bilateral, sin antecedente de causa traumática, y existencia de enfermedad auto inmune correspondiente a lupus, sin deterioro cognitivo.

Respecto del Hematoma subdural se tiene que:

“Es una acumulación de sangre entre la cubierta del cerebro (duramadre) y la superficie del cerebro.

Causas

Un hematoma subdural es a menudo el resultado de un traumatismo craneal grave. Este tipo de hematoma subdural se encuentra entre el más letal de todos los traumatismos

craneales. El sangrado llena la zona cerebral rápidamente, comprimiendo el tejido cerebral. Esto a menudo ocasiona traumatismo craneal y puede llevar a la muerte.

Los hematomas subdurales también se pueden presentar después de un traumatismo craneal menor. La cantidad de sangrado es menor y ocurre más lentamente. Este tipo de hematoma subdural a menudo se observa en adultos mayores. Pueden pasar desapercibidos por varios días a semanas y se denominan hematomas subdurales crónicos.

Con cualquier hematoma subdural, las pequeñas venas que están entre la superficie del cerebro y su cubierta externa (la duramadre) se estiran y se rompen, permitiendo que la sangre se acumule. En adultos mayores, las venas a menudo ya se han estirado debido al encogimiento cerebral (atrofia) y se lesionan más fácilmente.

Algunos hematomas subdurales ocurren sin causa (espontáneamente).

Los siguientes factores incrementan el riesgo de sufrir un hematoma subdural:

- Medicamentos anticoagulantes (como warfarina o ácido acetilsalicílico [*aspirin*])
- Consumo prolongado de alcohol
- **Afecciones médicas que provocan que su sangre no coagule correctamente**
- Traumatismo craneal repetitivo, como derivado de las caídas
- Ser muy joven o de muy avanzada edad” (se resalta)

El 23 de septiembre de 2009, conforme a Acta No. 31, expedida por cuatro neurocirujanos y tres médicos residentes del Servicio de Neurología del Hospital Militar Central, se determinó la no realización de la cirugía ese día, **“Dada la no claridad de aparición de hematomas bilaterales sin trauma aparente y en una paciente joven y el buen estado neurológico se decide realizar estudio hematológico para descartar trastorno de la coagulación”**, se solicita interconsulta por sospecha de diátesis hemorrágicas, suspensión del procedimiento condicionada a que no presentara deterioro de su estado de conciencia.

La diátesis hemorrágica se define de la siguiente manera:

“Las diátesis hemorrágicas son un conjunto de **desórdenes** en diferentes patologías donde ocurre un trastorno de la coagulación de la sangre que se manifiesta principalmente por una **ausencia de coagulación** y por hemorragias importantes. La predisposición del organismo a sangrar de forma anómala, puede ser debido a una **alteración congénita o adquirida** de cualquiera de los elementos que participan en el mecanismo fisiológico de la hemostasia como vasos sanguíneos, plaquetas y factores de coagulación. Es una enfermedad poco común, pero es grave si no se tratan las causas que desencadena la hemorragia de forma rápida, ya que puede llegar a ser mortal.

Tipos de diátesis

Los tipos de diátesis pueden ser hereditarios o adquiridos y, muchas veces, es una manifestación común de una gran variedad de trastornos:

- **Trastornos adquiridos:** trombocitopenias (las más habituales), anticuerpos adquiridos frente a factores de la coagulación, fármacos, púrpuras vasculares y trastornos mixtos.
- **Trastornos hereditarios:** ocasionadas por una anomalía, déficit de factores de la coagulación, trastornos fibrinolíticos, trastornos plaquetarios (Enfermedad de Glanzmann), telangiectasias hemorrágicas vasculares y trastornos del tejido conectivo.

Causas de la diátesis hemorrágica

Las causas de la diátesis hemorrágica dependen de la etiología de la enfermedad:

- **Diátesis** causada por un trastorno de la hemostasia de plaquetas. Este tipo incluye patologías tales como trombocitopenia. **Los factores de desarrollo pueden ser una disminución de la inmunidad**, enfermedad renal y hepática, daño por virus, tratamiento quimioterapéutico y exposición a la radiación.
- Una enfermedad causada por **alteraciones en los procesos de coagulación** de la sangre, puede ser un trastorno de la fibrinólisis, el uso de anticoagulantes y fármacos fibrinolíticos, varios tipos de hemofilia, etc.
- **Permeabilidad alterada** de la pared vascular, causada por la falta de ácido escorbútico, angiectasia hemorrágica o vasculitis.
- Una enfermedad causada por la **hemostasia de plaquetas**, enfermedad de Von Willebrand, síndrome trombo hemorrágico, enfermedad por radiación, hemoblastosis, etc.
- **Hemorragias** debidas a trastornos de coagulación de la sangre. También asociadas a cambios en los procesos y compuestos orgánicos de la formación de plaquetas y hemorragias que se desarrollan como resultado de daño vascular.”²⁴ (se resalta)

En este estadio de la atención conforme a TAC cerebral de control se constató la presencia de los hematomas subdurales crónicos bilaterales **“sin mayor efecto compresivo que no compromete el sistema ventricular y que no han presentado cambio con respecto a las imágenes previas.”**.

Para el 24 de septiembre de 2009, la paciente presenta evolución clínica estacionaria, **sin deterioro neurológico**, con persistencia de cefalea, sin nuevos episodios eméticos, y encuentra pendiente valoración prioritaria por el servicio de hematología, se ordena seguimiento mediante adelantamiento de hoja neurológica horaria, y reporte inmediato en caso de episodios eméticos o cambios en estado neurológico. Sin embargo, **subsiguiente y súbitamente se presenta deterioro agudo de estado neurológico**, paro respiratorio que requiere reanimación e intubación, y subsiguientemente se realiza craneotomía para drenaje de hematoma subdural bilateral.

Pese a la intervención quirúrgica, desde este momento la condición de la paciente es crítica, presenta estado de coma profundo, se considera que el paciente probablemente este evolucionando a muerte cerebral, con todo se toman los cuidados correspondientes tales como medidas de neuroprotección, persiste con deterioro clínico y dependiente de soporte.

El resultado del control hematológico arrojado el 24 de septiembre de 2009, descartó diátesis hemorrágicas, por tanto desestimó necesidad de tratamiento por hematología, sin embargo, conforme a los hechos probados se trató de una interconsulta imperiosa y necesaria, dado que se trataba de paciente joven, cuyo hematoma subdural causante de sus dolencias no presentó antecedente traumático, y la historia clínica reporta antecedente de lupus, enfermedad autoinmune que puede generar problemas de coagulación como los sufridos por la

²⁴ Consultado en: <https://www.saludsavia.com/contenidos-salud/enfermedades/diátesis-hemorrágica>

paciente, situación por la cual se tomó la precaución de hospitalización, pese a que en estos casos los protocolos médicos, ante la ausencia de déficit cognitivo permite salida con signos de alarma.

Para los días subsiguientes, frente a la grave condición clínica de la paciente se tomaron medidas paliativas y de comprobación de muerte cerebral, mediante test de apnea y gamagrafía de perfusión cerebral, nótese que se trata de actuaciones no encaminadas a recuperación pues para ese momento se estableció pobre pronóstico vital a corto plazo, e incluso se determinó no surtir maniobras de reanimación, por tanto las complicaciones en la realización del último de los exámenes en mención en nada afectaba o podía revertir el cuadro clínico. Precisamente en desarrollo del segundo test de apnea la paciente fallece el 30 de septiembre de 2009, por paro cardíaco y respiratorio.

En consecuencia, de lo expuesto se advierte la corrección de la atención médica suministrada por las entidades accionadas a la señora MARLENNY AVILA MORENO, entre el 15 y el 30 de septiembre de 2009, sin que obre prueba en contrario, por tanto deberá confirmarse la sentencia de primera instancia que negó las pretensiones de la demanda.

6.5.3. Sin condena en costas, contrastado que conforme prescribe el artículo 103 del CPACA, esta jurisdicción tiene por finalidad la efectividad de los derechos reconocidos en la Constitución Política, y bajo tal esquema, el resultar vencido en juicio no comporta condena en costas; como quiera que en ámbito de los artículos 2º y 230 del Ordenamiento Superior, en el compendio de derechos reconocidos por la Carta Fundamental, encuentran la realización de la justicia y el acceso a la administración de la misma; premisa que armoniza con el artículo 188 de la ley en comento²⁵, como quiera que no contiene imperativo de condenar en costas a la parte vencida, es así por cuanto si bien establece que, “*la sentencia dispondrá sobre las condenas en costas*”, asume categórico que la alocución “*dispondrá*”, significa: “*mandar lo que se debe hacer*”²⁶, y la remisión que hace a la norma supletoria, antes Código de Procedimiento Civil, hoy Código General del Proceso, es solo para efectos de la liquidación y ejecución de las costas.

²⁵ “**CONDENA EN COSTAS.** Salvo en los procesos en que se ventile un interés público, la sentencia dispondrá sobre la condena en costas, cuya liquidación y ejecución se regirán por las normas del Código de Procedimiento Civil”.

²⁶ Ver www.rae.es

En mérito de lo expuesto, EL TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA – SECCIÓN TERCERA – SUBSECCIÓN “C”, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

FALLA

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia proferida el 25 de octubre de 2018, por el Juzgado Sesenta y dos (62) Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá, por la cual se negaron las pretensiones de la demanda, conforme a lo expuesto en esta providencia.

SEGUNDO: Abstenerse de condenar en costas.

TERCERO: Ejecutoriada esta decisión, devuélvase el expediente al Juzgado de origen para lo de su competencia.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

MARÍA CRISTINA QUINTERO FACUNDO
Magistrada

FERNANDO IREGUI CAMELO
Magistrado

JOSÉ ÉLVER MUÑOZ BARRERA
Magistrado

MAMB