



Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Tribunal Administrativo de Risaralda

Secretaría General

EDICTO No. 002

**LA SECRETARIA GENERAL DEL TRIBUNAL DE LO CONTENCIOSO
ADMINISTRATIVO DE RISARALDA**

NOTIFICA A LAS PARTES

SENTENCIA PROFERIDA EL: 04 DE AGOSTO DE 2022

EN EL EXPEDIENTE: 66001-23-31-000-2010-00402-00

CLASE: REPARACIÓN DIRECTA

MAGISTRADA PONENTE: DUFAY CARVAJAL CASTAÑEDA

DEMANDANTES: PAOLA ANDREA SERNA RÍOS

ERIKA MARCELA SERNA RÍOS

CARLOS ASDRUBAL SERNA MONTES

JOSÉ DARÍO RIOS POSADA

CLAUDIA PATRICIA RIOS POSADA

JOSÉ DARIO RIOS ESPINOSA

MARIA EDILMA POSADA ÁLVAREZ

DEMANDADOS: E.S.E. HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN
PABLO DE LA VIRGINIA- RDA

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO
SAN JORGE DE PEREIRA.

NATURALEZA: AUTORIDAD DEPARTAMENTAL

EL PRESENTE EDICTO, SE FIJA EN EL SITIO WEB DE LA JURISDICCIÓN DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DE RISARALDA, POR EL TÉRMINO DE TRES (3) DÍAS, HOY **10/08/2022**, SIENDO LAS SIETE (7:00) DE LA MAÑANA.


MARTHA LUCÍA MARÍN QUICENO
Secretaria General

CONSTANCIA DE DESFIJACIÓN

El proceso permaneció fijado en EDICTO por el término legal y se desfija el día **12/08/2022**, a las 4:00 p.m.


MARTHA LUCÍA MARÍN QUICENO
Secretaria General



REPÚBLICA DE COLOMBIA – RAMA JUDICIAL
TRIBUNAL DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DE RISARALDA
SALA SEGUNDA DE DECISIÓN

MAGISTRADA PONENTE: DUFAY CARVAJAL CASTAÑEDA

Aprobado por la Sala en sesión de hoy
Pereira, cuatro de agosto de dos mil veintidós

Referencia

Radicación: 66001-23-31-000-2010-00402-00 (sistema escritural)
Acción: Reparación Directa
Demandantes: Paola Andrea Serna Ríos y otros
Demandados: E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira y
E.S.E. Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia

Procede el Tribunal a proferir sentencia de primera instancia dentro del presente asunto correspondiente al sistema escritural, proceso que inicialmente fue asignado a otro despacho de esta corporación judicial, luego ingresó a despacho de descongestión de dicho sistema el 11 de octubre de 2012, retornó al magistrado ponente inicial el 29 de septiembre de 2015 y finalmente, en razón de impedimento de este último, fue asignado a la suscrita ponente el 22 de mayo de 2019 en período probatorio y a despacho para sentencia el 20 de abril de 2021.

Los señores Paola Andrea Serna Ríos, quien actúa en nombre propio y en representación de los menores Cristian David Bermúdez Serna y José Andrés Corrales Serna; Erika Marcela Serna Ríos, quien actúa en nombre propio y en representación de la menor Karen Dahiana Granada Serna; Carlos Asdrúbal Serna Montes, quien actúa en nombre propio y en representación de los menores Daniel Fernando, Julián David y Laura Valentina Serna Ríos; José Darío Ríos Posada, Claudia Patricia Ríos Posada, José Darío Ríos Espinosa y María Edilma Posada Álvarez, a través de apoderado judicial y en ejercicio de la acción de reparación directa consagrada en el artículo 86 del Código Contencioso Administrativo, han instaurado demanda frente a la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira y la E.S.E. Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia, por la responsabilidad administrativa y solidaria que les correspondiere en razón de los perjuicios originados en el fallecimiento de la señora Edilma Ríos Posada, ocurrido el día 01 de junio de

2010, y que los actores atribuyen a fallas en la atención médica dispensada por las accionadas.

I. ANTECEDENTES

1.1. PRETENSIONES

En las páginas 131 a 137¹ del escrito de demanda, deprecia la parte actora:

1.1.1- Que se declare administrativa y solidariamente responsable a las entidades demandadas, por la muerte de la señora Edilma Ríos Posada, ocurrida el 01 de junio de 2010.

1.1.2.- Que, como consecuencia de la declaración anterior, se reconozca indemnización de perjuicios en favor de los actores por los siguientes conceptos:

1.1.2.1. Por perjuicios materiales: La suma de \$205.562.037,12 distribuidos entre el cónyuge (Carlos Asdrúbal Serna Montes) y sus hijos menores (Daniel Fernando, Julián David y Laura Valentina Serna Ríos), para lo cual se tendrá en cuenta la expectativa de vida de la víctima (Edilma Ríos Posada), el salario mínimo vigente para el año de su fallecimiento (01-06-2010) y las fórmulas matemáticas del Consejo de Estado para la liquidación de este perjuicio.

1.1.2.2. Por perjuicios morales: para Carlos Asdrúbal Serna Montes (cónyuge), sus hijos Paula Andrea Serna Ríos, Erika Marcela Serna Ríos, Daniel Fernando Serna Ríos, Julian David Serna Ríos y Laura Valentina Serna Ríos y para los señores José Darío Ríos Espinosa y Edilma Posada Álvarez (padres de la víctima), el equivalente a 150 salarios mínimos legales mensuales vigentes; y para los hermanos José Darío Ríos Posada, Claudia Patricia Ríos Posada y sus nietos Cristian David Bermúdez Serna, José Andrés Corrales Serna y Karen Dahiana Granada Serna, el equivalente a 80 salarios mínimos legales mensuales vigentes, para cada uno.

1.1.3. Se reconozcan intereses de conformidad con el artículo 177 del C.C.A.

¹ Índice Samai 97 – Archivo digital denominado “1_001CUADERNON1PRINCIPA(.pdf) NroActua 97”.

1.1.4. Las entidades demandadas darán cumplimiento a la sentencia, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 176, 177 y 178 del C.C.A.

1.2. HECHOS

Como presupuestos fácticos para sustentar sus pretensiones, la parte actora indica de páginas 139 a 163 del expediente digital², los que se sintetizan así:

1.2.1. La Señora Luz Edilma Ríos Posada, con 40 años de edad, tenía antecedentes de hipertensión esencial primaria 120/100, tromboflebitis en miembros inferiores varices con úlceras miembro inferior izquierdo.

1.2.2. El día 25 de marzo de 2010 acudió al Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia, por dolor de cabeza de una semana y fue diagnosticada con migraña manejo de afinamiento de tensión arterial acetaminofén + piroxicam.

1.2.3. Para el 14 de abril de 2010 a las 9+01 a.m., consulta nuevamente porque lleva 15 días de cefalea frontal y hemicraneana derecha pulsátil, intensa; refiere que nunca se le ha quitado el dolor; se le diagnostica estado migrañoso - infección vías urinarias, se maneja con dipirona, metoclopramida + tramadol y se remite al Hospital San Jorge de Pereira.

1.2.4. La paciente ingresa al Hospital San Jorge de Pereira a las 14:13 del día 14 de abril de 2010, y el diagnóstico es HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA) ANGINA INESTABLE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS. Ese mismo día 14 de abril finalizando el día se tenía como único diagnóstico CEFALEA y se solicita valoración por NEURO.

1.2.5. Los días 15 y 16 de abril de 2010, se afirma paciente con cefalea intensa, se solicita TAC de cráneo para valoración por neurología clínica que se hace por el doctor Leonardo Moreno Gómez, quien encuentra cuadro de cefalea secundaria por probable hipertensión intracraneana idiopática; el resultado del TAC es normal. Posteriormente vuelve a examinarla el mismo neurólogo clínico, quien ratifica cuadro

² Ídem.

de probable hipertensión idiopática intracraneana, con mejoría, dispone salida y consulta en un mes.

1.2.6. El día 23 de abril de 2010 siendo las 6:12 p.m., la paciente consulta nuevamente en el Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia, por dolor intenso hemisferal derecho y visión doble, el diagnóstico es CEFALEA - HIPERTENSIÓN INTRACRANEANA BENIGNA, se aplica dipirona, metoclopramida, tramadol, se valora nuevamente y se da salida con fórmula médica y valoración ambulatoria por neurología.

1.2.7. El día 27 de abril de 2010 es recibida por el doctor Guzmán en el Hospital de La Virginia, con examen neurológico anormal con estrabismo convergente de ojo izquierdo con diplopía, solicita valoración por optometría y oftalmología.

1.2.8. Al día 29 de abril nueva consulta en el Hospital San Pedro y San Pablo, con visión doble, dolor ocular intenso hace 15 días y se da salida con fórmula.

1.2.9. Al 18 de mayo de 2010 hora 12:36 a.m., reconsulta por el mismo dolor de cabeza pertinaz e insoportable y el diagnóstico sigue siendo cefalea debido a tensión; se ordena control de signos vitales cada 4 horas y para las 01:51 p.m., varía el diagnóstico a trastorno de la personalidad y del comportamiento, se deja en observación, se solicita cuadro hemático, parcial de orina y creatinina; finalizando la tarde a las 4+09 del mismo 18 de mayo, se afirma que requiere valoración prioritaria urgente especializada interna y/o neurológica, siendo remitida.

1.2.10. La paciente ingresa al Hospital San Jorge de Pereira a las 17:38, por hipertensión endocraneana; la primera atención se da a las 20:11; el diagnóstico formulado es SÍNDROME DE CEFALEA, TRASTORNOS DEL NERVIOS CRANIAL E HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL BENIGNA, para lo cual se solicita valoración urgente por neurólogo.

1.2.11. El día 20 de mayo a las 15:42 es valorada por el doctor Leonardo Moreno Gómez (neurólogo clínico), quien encuentra paciente con TAC cerebral simple dentro de los límites normales, cuadro de hipertensión intracraneana idiopática, ordena hospitalizar y valoración por neurocirugía para definir realización de derivación

ventriculoperitoneal; es valorada por el neurocirujano doctor Pablo Vela, quien al análisis indica tributaria para RMN con gadolinio para descartar trombosis del seno venoso exoftalmus, se traslada a piso solicita TSH, T4 y el diagnóstico es hipertensión intracraneal benigna.

1.2.12. El día 25 es valorada nuevamente por el doctor Botero, con resultado de Resonancia Cerebral con infartos Subagudos en el núcleo caudado y putamen derecho- focos de leucoencefalopatía inespecífica fronto parietal bilateral, paciente no quirúrgica por hallazgos en MNR cerebral, da salida por neurocirugía y manejo y tratamiento por neuroclínico traslado a medicina interna, continuar manejo instalado. Cinco horas después, es decir, a las 16:29 del 25 de mayo de 2010, el neurólogo clínico Dr. Moreno insiste en solicitar concepto de neurocirujano para definir derivación ventriculoperitoneal como manejo de su hipertensión intracraneana, valoración que tuvo lugar el día 26 de mayo a las 9:43 por el neurocirujano, quien refiere que la *paciente no es de carácter quirúrgico*.

1.2.13. Para el 27 de mayo nuevamente el neuroclínico sostiene que la paciente con sospecha de hipertensión intracraneana idiopática, presenta deterioro en su condición general en las últimas 48 horas, con probable patología infecciosa pulmonar y sugiere realizar punción lumbar de drenaje; posteriormente comporta deterioro neurológico en forma progresiva, inician antibióticos por infección nosocomial neumonía bacteriana, estado crítico, explican a la familia, se solicita traslado a UCI, a la cual ingresa el día 28 de mayo.

1.2.14. A las 17.12 de ese día 28 de mayo de 2010, el neurólogo clínico doctor Moreno, vuelve a valorarla e indica cuadro compatible de hipertensión intracraneana idiopática actualmente con complicaciones de proceso infeccioso pulmonar, ordena realizar punción lumbar evacuante, iniciar manejo con corticoides, los diagnósticos son falla respiratoria aguda secundaria a neumonía nosocomial, sepsis severa de origen pulmonar, trastorno hidroelectrolítico severo, estado comatoso en estudio, infartos subagudos en núcleos caudado y putamen derecho, leucoencefalopatía frontoparietal bilateral, no apta en el momento para punción lumbar.

1.2.15. El día 29 de mayo de 2010 a las 18+19, se logra hacer la punción lumbar, con lo cual se observa marcada elevación de presión, líquido ligeramente turbio,

envían muestras a estudio; presentó episodios de taquicardia ventricular, con posterior disminución de frecuencia cardíaca e inestabilidad hemodinámica, fue necesario soporte vasoactivo, el líquido cefalorraquídeo reporta signos francos de meningitis y tinta china positiva.

1.2.16. El día 31 de mayo de 2010, a las 13:23 se solicita TAC de control, valoración por neurocirugía, TAC cerebral con empeoramiento de edema que colapsa ventrículos, continua muy inestable y requiere de alto soporte ventilatorio.

1.2.17. Los familiares de la paciente sintieron impotencia y humillación en la forma en que se estaba manejando el caso, en la medida en que el neurólogo clínico y neurocirujano, a los ojos de la familia, discutían y alegaban y recíprocamente decían “yo no tengo que ver nada con esa paciente, esa es competencia suya”, por lo cual formularon derecho de petición radicado el día 31 de mayo de 2010 a las 9+20 en el Hospital, para que las directivas estuvieran vigilantes a la indolencia y crueldad como sucedían las cosas e iniciaran las investigaciones disciplinarias pertinentes.

1.2.18. El día 01 de Junio de 2010, paciente con criterio de lesión pulmonar severa y edema cerebral, se solicita valoración por neurocirugía, por malas condiciones con pronóstico pobre con signos de lesión neurológica severa, diagnóstico de meningitis, valorada por el doctor Botero Neurocirujano que dice Glasgow 3/15 sin pronóstico, entra en coma profundo sin reflejos de tallo por lesión neurológica severa secundaria a hipertensión intracraneal, edema cerebral severo de origen infeccioso (Meningitis micótica, criptococosis), disfunción multiorgánica y siendo las 20+35 fallece con diagnóstico de hipertensión intracraneana benigna y septicemia.

II. INTERVENCIÓN DE LAS ENTIDADES DEMANDADAS Y LA LLAMADA EN GARANTÍA

2.1. La ESE Hospital San Jorge de Pereira presentó oportunamente³ escrito de contestación⁴, a través del cual indica, frente a los hechos de la demanda, que no le

³ Según constancia secretarial obrante en el índice Samai 97 – Página 317 - Archivo digital denominado “1_001CUADERNON1PRINCIPA(.pdf) NroActua 97”.

⁴ índice Samai 97 – Páginas 243 a 265 - Archivo digital denominado “1_EXPEDIENTEDIGITAL_RAD2018000 7800J(.pdf) NroActua 33”.

constan en su mayoría, sin embargo, precisa que conforme a las notas médicas la paciente suspendió la acetazolamida, medicamento ordenado para tratar la hipertensión intra-craneana; se opone a las pretensiones de la demanda y con base en el recaudo probatorio, pide se nieguen todas las incoadas por los demandantes, y se declaren prósperas las excepciones propuestas por la entidad asistencial, para lo cual expone como argumentos de defensa que las valoraciones y procedimientos realizados a la paciente estuvieron enmarcados en los protocolos médicos, toda vez que tal como se desprende de la misma literatura a que alude el actor, ante los signos y síntomas presentados por la paciente como lo fueron la cefalea, diplopía, emesis, entre otras, la escanografía cerebral simple (TAC) es el examen a elección de ayuda diagnóstica que permite complementar los estudios para tener la certeza del diagnóstico, sin que sea cierto que se haya limitado a la sola realización de la TAC, la cual entre otras cosas reportó que se encontraba dentro de los límites normales, si se observa la literatura en el tratamiento para la hipertensión intracraneal, se encuentra el medicamento acetazolamida, el cual fue abandonado por la paciente, tal como quedó descrito en la historia clínica.

Refiere que, una vez ingresó la paciente a la ESE fue valorada por especialista en neurología clínica, quien solicitó realización de una TAC y valoración por neurocirugía para definir realización de derivación ventriculoperitoneal. que, con el reporte de la TAC, la cual fue también dentro de los límites normales, se valoró por neurocirugía, especialidad que encontró una paciente con papiledema (PARESIA VI PC BILATERAL), ante lo cual se solicitó la realización de una resonancia magnética con gadolinio para descartar una trombosis del seno venoso, cuyo resultado fue también dentro de los límites normales, por lo cual el neurocirujano consideró a la paciente no quirúrgica e indicó su traslado a medicina interna y continuar manejo por neurología. No obstante que los resultados de la TAC y la RM estaban dentro de los límites normales y que la paciente estaba alerta, consciente y recibiendo órdenes simples, continuaba con la paresia VI PC bilateral (papiledema), motivo por el cual no era procedente la realización de la punción lumbar por los riesgos de herniación cerebral; hace claridad que este procedimiento (punción lumbar) es de carácter diagnóstico y no es tratamiento, puesto que para ello está prevista la derivación.

Ante el avanzado deterioro de la paciente, se inició tratamiento con antibióticos de amplio espectro y el neurólogo, como última medida, ordena la realización de la

punción lumbar que reporta un estreptococo meníngeo, el cual no es posible contrarrestar dado el rápido y progresivo deterioro de la paciente; por lo tanto, concluye afirmando no ser cierto que se hayan violado los protocolos médicos, por el contrario, las medidas tomadas fueron acertadas.

Propone como excepción la de **culpa exclusiva de la víctima** y denominó como tal: “inexistencia o falta de configuración de la falla del servicio o ausencia de responsabilidad administrativa”, “inexistencia de nexo causal entre el acto médico y el daño”, “obligación de medio y no de resultado” y “valoración exagerada de los perjuicios”.

Formuló llamamiento en garantía a La Previsora S.A.⁵ con fundamento en la póliza de responsabilidad civil No. 1001527.

2.2. La ESE Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia, en término⁶ presentó escrito de contestación⁷, a través del cual se pronuncia frente a los hechos de la demanda y se opone a las pretensiones de la demanda, al considerar que el manejo dado a la paciente queda evidenciado en la historia clínica, que es claro el profesionalismo de los galenos que intervinieron, ya que en ningún momento se le negó un buen manejo o una actuación diligente, amplia y oportuna, por lo que solicita se desestimen las súplicas de la demanda.

Propone como excepción la de **falta de legitimación en la causa por pasiva**.

2.3. La Previsora Compañía de Seguros⁸ acudió con escrito⁹, a través del cual contestó la demanda y el llamamiento en garantía, se opuso a todas las pretensiones formuladas en la demanda por considerar no haberse configurado una falla en el servicio de la cual se derivara un perjuicio para la demandante y su familia, en cuanto, pese al desafortunado fallecimiento de la señora Edilma Ríos Posada, ésta fue atendida en forma adecuada, oportuna y procedente por la entidad asegurada sin desconocimiento de los protocolos médicos, indicando que si no se realizó la punción

⁵ De páginas 267 a 269 del archivo digital denominado: “1_001CUADERNON1PRINCIPA(.pdf) NroActua 97”.

⁶ Según constancia secretarial obrante en el índice Samai 97 – Página 317 - Archivo digital denominado “1_001CUADERNON1PRINCIPA(.pdf) NroActua 97”.

⁷ Índice Samai 97 – Páginas 297 a 313 - Archivo digital denominado “1_EXPEDIENTEDIGITAL_RAD2018000 7800J(.pdf) NroActua 33”.

⁸ Llamada en garantía de la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, el cual fue admitido mediante providencia del 30 de junio de 2011 (páginas 319 a 321) – Ídem.

⁹ Visible de páginas 328 a 369 del archivo digital denominado: “1_001CUADERNON1PRINCIPA(.pdf) NroActua 97”.

lumbar en fecha anterior a la finalmente realizada, era porque el riesgo era mayor al beneficio que podía obtener de la misma, por lo que concluye que no están llamadas a prosperar las pretensiones de la demanda en lo que concierne a la asegurada, dado que la muerte de la paciente fue el resultado de una patología agresiva, mas no imputable a falla alguna de la entidad asegurada.

Propone frente a la demanda la excepción de “indebido agotamiento del requisito de procedibilidad establecido en la Ley 1285 de 2009 y el Decreto reglamentario 1716 de 2009” y denominó como tales las de: “ausencia de causa para demandar por no haberse configurado falla en el servicio” y “excepción de límite del valor asegurado en relación al reconocimiento de perjuicios morales”.

Respecto del llamamiento en garantía formulado por la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, no se opone al mismo siempre y cuando se tengan en cuenta los límites y condiciones aseguradas en cuanto a la cobertura de la póliza contratada, donde La Previsora S.A. se obliga a indemnizar al asegurado por cualquier suma de dinero que éste deba pagar a un tercero en razón a la responsabilidad civil en que incurra exclusivamente como consecuencia de cualquier “acto médico” derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos que sean reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia del seguro y hasta el límite de cobertura especificado en las condiciones particulares (Salvo los actos médicos que queden expresamente excluidos), donde el límite al valor asegurado es de mil millones de pesos \$1.000.000.000.oo, con un sublímite de daños morales de \$150.000.000 por vigencia y \$50.000.000 por evento y un deducible del 15% mínimo \$10.000.000, por lo cual la aseguradora sólo podrá ser condenada a responder hasta el sublímite del valor asegurado, siempre y cuando éste no se encuentre agotado al momento de proferirse fallo definitivo.

Como excepciones al llamamiento en garantía, propone las de “ausencia de notificación del siniestro de conformidad con lo señalado en las cláusulas de la póliza 1001527”, “excepción de límite del valor asegurado” y “disponibilidad de pago y agotamiento del valor asegurado”.

III. ALEGACIONES DE CONCLUSIÓN Y CONCEPTO DEL MINISTERIO PÚBLICO

A la convocatoria efectuada mediante providencia calendada el 18 de marzo de 2021 (índice Samai 97)¹⁰, concurren los sujetos procesales así:

La parte demandante presentó escrito (índice Samai 97)¹¹, a través del cual realiza un recuento de las atenciones brindadas a la paciente por parte de las instituciones demandadas en virtud de consultas y nuevas consultas, ello con base en la historia clínica, de lo cual refiere que el motivo de consulta fue la cefalea que fue una constante durante todas las atenciones que pidió; expone en síntesis que la cefalea había tenido variables y francos signos de alarma, que al momento de la consulta para el mes de abril presentaba signos de bandera roja en cefalea, por lo que la paciente era de cuidado y observación, incluso, posteriormente había referido y experimentado su dolor de cabeza más intenso de toda su vida donde consultó y reconsultó por nuevos síntomas y señales. Que, al momento de ingresar al Hospital Universitario San Jorge de Pereira, ya había transcurrido muchos días, no obstante que la TAC se hizo casi 24 horas después del ingreso, fue el único que se le practicó, sin optar por otra prueba diagnóstica como la punción lumbar, que aclarara en realidad que sucedía en la paciente, porque no es coincidencia que al 01 de junio le diagnosticaran la hemorragia subaracnoidea. Expone que los exámenes realizados pre mortem, dejan un sentimiento de amargura, pesar y desconsuelo, al ver cómo se llegaba al diagnóstico próximo, más ajustado a la realidad con la resonancia magnética y el nuevo TAC realizado que arrojó con claridad la hemorragia que se empezó a tejer incluso desde el día 15 de abril en la primera salida del Hospital Universitario San Jorge de Pereira y, a todo lo anterior, se agregó una neumonía por germen nosocomial que termina sumando en detrimento de la salud y vida de la enferma.

Frente al dictamen médico rendido dentro del proceso, indica que el perito no responde algunas preguntas, y frente a otras hace cuestionamientos a varias de las respuestas emitidas, en cuanto si el tratamiento era la acetazolamida que fue ordenado el día 15 de abril y al 23 de abril, no se tiene en cuenta que la paciente volvió a consultar por no mejoría con nuevos signos y señales, por lo que la conducta para ese momento no era otra que remitir para continuar con una punción lumbar, con mayor razón con la evolución posterior de la paciente que ante sus nuevos

¹⁰ Página 227 - Archivo digital "2_002CUADERNON1-1PRINCIPAL(.pd f) NroActua 97".

¹¹ Archivo digital "8_008ALEGATOSCONCLUSIONDTE(.pd f) NroActua 97".

signos y señales hacían necesaria la punción, que fue la que hizo diagnóstico diferencial antes de su muerte. No está de acuerdo cuando el perito concluye que se hizo seguimiento a la paciente durante las consultas tanto en la Virginia como en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira, cuando la paciente consultó el 23, 27 y 29 de abril, sin ningún seguimiento. Llama la atención cuando el perito concluye frente a la prueba de VIH que dio negativa, que pudiera ser un falso negativo, pero para la TAC que salió negativa y la paciente no mejoraba, no contemplara ni siquiera la posibilidad de que fuera un falso negativo. No está de acuerdo cuando el perito expone que los tratamientos fueron pertinentes, cuando ante consulta y reconsulta, no se hacía nada diferente a calmar la cefalea, y cuando sostiene que para las consultas a partir del día 23 de abril no ameritaban la remisión porque la TAC era normal, como si el resultado de la TAC fuera indefinido e inmodificable ante los cambios que presentó con posterioridad al resultado, lo que deja ver un descuido garrafal de la entidad Local. Tampoco está de acuerdo cuando el perito sostiene que la paciente no dio síntomas previos que sugirieran un diagnóstico de meningitis fúngica, por cuanto en su criterio no fue que la paciente no diera síntomas, sino que la entidad se quedó inerte ante los nuevos cambios que presentó y se conformó con una TAC previa, desconoció que la paciente acudió muchas veces a la institución, pero esta nada hizo al respecto, pero como causa de muerte, quedó establecido con el protocolo de necropsia que la posible causa de muerte fue choque séptico. Que, en esa forma, se establece una relación causa efecto con la infección nosocomial y meningitis.

Cuestiona que el perito concluya que la paciente presentó un cuadro clínico de difícil diagnóstico, cuando lo que acaeció fue que no se le prestó atención a los síntomas y señales que presentó luego de la TAC que salió normal, sosteniendo que había un proceso de inmunodeficiencia cuando existe un resultado que indica todo lo contrario y en cambio sí existe un historial de consultas a repetición de cefalea con síntomas y señales que advertían anormalidad y no fueron tenidas en cuenta, por lo que no es que hubiera sido difícil el diagnóstico, sino que lo difícil fue la crueldad e inclemencia médica de ver una paciente deteriorándose y una inacción absoluta del personal médico, que demuestran fallas en la atención que el experto pasa por alto.

Con base en la prueba testimonial rendida por el neurólogo que atendió la paciente quien refirió como medio para realizar la confirmación de la hipertensión intracraneal,

una punción lumbar y como bandera roja en cefalea al 'Dolor de cabeza más intenso que he tenido en mi vida' como parte de los elementos clínicos que hacen necesario considerar un origen secundario de la cefalea y por lo tanto indicación para realizar imagen cerebral, considera no ser tan de ojo clínico el diagnóstico de hipertensión intracraneana, puesto que era necesaria una punción lumbar que nunca se intentó realizar para confirmar el diagnóstico. Por último, frente a la prueba testimonial recaudada para probar el perjuicio material y moral, indica haber quedado acreditado el grado de afectación y daños padecidos con la muerte de la señora Edilma Ríos Posada.

Por todo lo anterior, solicita declarar la responsabilidad de las entidades demandadas y como consecuencia de ello condenarlas al pago de los perjuicios ocasionados.

La ESE Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia, lo hizo a través de escrito (índice Samai 97)¹², a través del cual reitera los argumentos expuestos en la contestación de la demanda y en esta oportunidad con fundamento en la historia clínica y las pruebas que se allegaron al proceso en especial la pericial, expone que en cada una de las atenciones brindadas a la señora Edilma Ríos Posada en la ESE Hospital San Pedro y San Pablo de la Virginia, se encuentra diligencia y máxima prudencia profesional en cada una en las atenciones idóneas por expertos médicos generales, quienes, con el apoyo de los especialistas de la red complementaria, efectuaron cabal y armoniosamente su atención primaria en salud, acompañaron en todo momento las necesidades en las evaluaciones, recomendaciones, terapias y farmacología de la paciente, y cuando las circunstancias lo ameritaban, lo cual ocurrió en dos oportunidades, se gestionó su remisión a un centro de mayor complejidad.

Que de la causa final de defunción de la paciente establecida con criterio bacteriológico de certeza como meningitis por "Criptococo Neoformans", no se establece nexo de causalidad con las idóneas atenciones realizadas en la entidad desde el 22/01/2007 hasta el 18/05/2010, por lo que solicita se despachen de manera desfavorable las pretensiones de la parte actora, toda vez que no hay ninguna responsabilidad por parte de la entidad hospitalaria demandada y contrario

¹² Archivo digital "10_010ALEGATOSCONCLUSIONHOSPIT ALVIRGINIA(.pdf) NroActua 97".

a lo que argumentan los demandantes, no hubo una deficiente atención médico hospitalaria.

La **Previsora S.A.**, presenta escrito (índice Samai 97)¹³, en el cual analiza las historias clínicas, el dictamen pericial y el testimonio médico rendido, y refiere que si bien la enfermedad de la señora Edilma Ríos Posada se pudo empezar a gestar en sus primeras consultas, ella fue víctima de un síndrome de inmunodeficiencia agudo que le llevó a un fatal desenlace, lo cual no es imputable a un actuar defectuoso de la ESE Hospital San Jorge de Pereira, como tampoco a la realización o no de procedimientos o pruebas diagnósticas, mucho menos a la discrepancia de criterios que señala el apoderado de la parte actora, cuestión que no fue demostrada, que, contrario a lo que señaló, no se adelantó ningún proceso disciplinario en contra de los médicos tratantes por tal circunstancia. Refiere que, al parecer, el estado de salud de la paciente estaba en un proceso de deterioro que no era reversible en su estancia en el hospital San Jorge de Pereira y que la causa determinante de la infortunada muerte fue el desarrollo de una patología previa de difícil diagnóstico, sin que exista nexo o relación de causalidad entre el daño y la conducta de los entes demandados, por lo que deben ser negadas las súplicas de la demanda.

Sobre el llamamiento en garantía, expone que en caso de que no fueren tenidas en cuenta las anteriores argumentaciones, y se encontrara responsable de los hechos a la entidad asegurada Hospital Universitario San Jorge de Pereira, la Previsora S.A. no tiene obligación contractual de dar cobertura para el evento demandado, toda vez que la póliza No 1001527 con vigencia del 30 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2010, fue expedida no bajo la modalidad de ocurrencia sino bajo la modalidad “*claims made*”, por lo que, aunque estaba vigente para el mes de junio de 2010, fecha en la cual muere la paciente en las instalaciones de la asegurada, no corresponde a la vigencia con la cual debió ser solicitado y admitido el llamamiento en garantía, sino que debió ser la vigente para la fecha en que operó la reclamación extrajudicial o judicial al asegurado; en subsidio de lo anterior, solicita se atiendan los límites, condiciones y deducibles pactados en la póliza.

Con fundamento en lo anterior, solicita sean despachadas de manera desfavorable, las súplicas de la demanda y en su defecto, las del llamamiento en garantía.

¹³ Archivo digital “9_009ALEGATOSCONCLUSIONLAPREVI SORA(.pdf) NroActua 97”.

IV. CONSIDERACIONES

1. COMPETENCIA.

Agotado el trámite del presente proceso y por cuanto no se observa causal de nulidad de la actuación que hasta ahora se ha surtido, procede el Tribunal a resolver sobre el asunto litigado; lo que hará en **primera instancia** en razón de la naturaleza del asunto y del valor de las pretensiones invocadas por los actores, para lo cual es competente de conformidad con lo dispuesto en el artículo 132-6 del C.C.A, codificación que rige el trámite y decisión del presente asunto, en virtud de la regla de ultractividad prevista en el artículo 308¹⁴ de la Ley 1437 de 2011¹⁵, según la cual el presente proceso corresponde a los que se tramitan por el sistema escritural¹⁶.

2. OBJETO DE LA DECISIÓN.

Se ocupará el Tribunal en establecer en este plenario si las Empresas Sociales del Estado Hospital Universitario San Jorge de Pereira y Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia, son responsables o no, del fallecimiento de la señora Edilma Ríos Posada, con ocasión de la prestación del servicio médico asistencial brindado durante el período comprendido entre los meses de marzo a junio de 2010, lo que al decir de los actores obedeció a un desconocimiento de los protocolos médicos, y a que ante las múltiples consultas de la paciente por problemas de cefalea secundaria con dolor intenso y la presencia de signos de alarma, los galenos se limitaron a ordenar un TAC cuyo reporte normal imponía realizar una punción lumbar para un diagnóstico claro, concreto y preciso, y no un diagnóstico probable que impidió el tratamiento indicado y en forma oportuna; a lo cual se oponen las entidades demandadas y la llamada en garantía La Previsora S.A., al considerar, en esencia, que las atenciones se ajustaron a los protocolos médicos.

¹⁴ "Artículo 308. Régimen de transición y vigencia. El presente Código comenzará a regir el dos (2) de julio del año 2012. // "Este Código sólo se aplicará a los procedimientos y las actuaciones administrativas que se inicien, así como a las demandas y procesos que se instauren con posterioridad a la entrada en vigencia. // "Los procedimientos y las actuaciones administrativas, así como las demandas y procesos en curso a la vigencia de la presente ley seguirán rigiéndose y culminarán de conformidad con el régimen jurídico anterior".

¹⁵ Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

¹⁶ Por haberse formulado la demanda el 05 de noviembre de 2010 – página 213 – Archivo digital "1_001CUADERNON1PRINCIPA(.pdf) NroActua 97", esto es, antes del 2 de julio de 2012 cuando entró en vigencia la Ley 1437 de 2012- CPACA.

3. EXCEPCIONES.

La ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira formuló como excepciones las que denominó: “inexistencia o falta de configuración de la falla del servicio o ausencia de responsabilidad administrativa”, “inexistencia de nexo causal entre el acto médico y el daño”, “obligación de medio y no de resultado” y “valoración exagerada de los perjuicios”.

La Previsora S.A. frente a la demanda propuso como tales las que denominó como “ausencia de causa para demandar por no haberse configurado falla en el servicio” y “excepción de límite del valor asegurado en relación al reconocimiento de perjuicios morales”.

Respeto de las oposiciones así formuladas contra las pretensiones, estima esta colegiatura judicial que los referidos medios de defensa no constituyen excepciones propiamente dichas que por sí solas tengan la virtud de enervar, aplazar o modificar las pretensiones formuladas por los demandantes, mediante la formulación de hechos nuevos tendientes a la extinción, modificación o aplazamiento de los efectos de las mismas, sino que se limitan a la contradicción o negación de los hechos de la demanda o de los elementos constitutivos de la responsabilidad imputada, defensa que no alcanza a trascender a la configuración de un medio exceptivo conforme a la técnica procesal, según lo ha señalado la doctrina y la jurisprudencia, así:

Sobre este punto, se lee la siguiente doctrina:

“Excepciones de fondo y su declaración oficiosa. El código administrativo se refiere solamente a las excepciones que se oponen a la prosperidad de la pretensión (artículo 164, inciso segundo), o sea aquellas que implican una defensa de fondo, por medio de la cual el demandado ya no se limita a contradecir o negar los hechos constitutivos del derecho o al simple rechazo de la pretensión, sino a afirmar la existencia de un hecho extintivo, modificativo o impeditivo que tenga como consecuencia que la relación jurídica no produzca efecto legal. En sentido más estricto se puede afirmar que el fenómeno exceptivo viene a implicar un hecho que

por sí mismo tienen el poder jurídico de enervar la pretensión del demandante”¹⁷

También sobre los medios exceptivos ha dicho:

“La excepción en el derecho ritual constituye una noción inconfundible con la defensa del demandado. La excepción es un medio de defensa, más no engloba toda la defensa. En su sentido estricto estriba en la negación del derecho alegado por el demandado. Y la excepción comprende cualquier defensa de fondo que no consiste en la simple negación del hecho afirmado por el actor, sino en contraponerle otro hecho impeditivo o extintivo que excluye los efectos jurídicos del primero y por lo mismo de la acción. La excepción es, pues, siempre autónoma de la acción.”¹⁸

La jurisprudencia se ha ocupado del tema en los siguientes términos:

“(…) Para resolver este punto, la Sala recuerda que los argumentos con los cuales en un proceso judicial se pretenda impedir el surgimiento de las pretensiones de la demanda se consideran genéricamente excepciones. Pero la proposición de éstas no puede basarse simplemente en defender la legalidad del acto acusado, como erróneamente lo presenta el apoderado del señor García García.

Además, la jurisprudencia ha sido enfática en señalar que son diferentes las razones de defensa que las excepciones de fondo, pues las primeras versan sobre los hechos y el derecho que se alega por la parte demandante, mientras que las segundas atienden a situaciones extintivas del derecho o que impiden el ascenso de las pretensiones.

“Las excepciones deben versar sobre hechos extintivos o impeditivos de la pretensión; no pueden confundirse con los argumentos encaminados a desvirtuar los hechos y/o los fundamentos de derecho en que sustenta el demandante sus peticiones, que constituyen el ejercicio global de la defensa; así se deduce del artículo 144 del Código Contencioso Administrativo, modificado por el artículo 46 de la Ley 446 de 1998, que distingue entre las razones de la defensa (num.2) y la proposición de las excepciones (num.3).”¹⁹

¹⁷ Betancur Jaramillo, Carlos. DERECHO PROCESAL ADMINISTRATIVO. Sexta edición 2.002. pág. 325, y Mora Caicedo, Esteban – Rivera Martínez, Alfonso. DERECHO ADMINISTRATIVO Y PROCESAL ADMINISTRATIVO. Octava edición 2.008. pág. 391.

¹⁸ Mora Caicedo, Esteban – Rivera Martínez, Alfonso. Derecho Administrativo Y Procesal Administrativo. Octava edición 2.008. pág. 391.

¹⁹ Consejo de Estado, sentencias de la Sección Quinta: (i) Expediente radicado: 11001-03-28-000-2004-00008-01(3216), 9 de marzo de 2006, CP Filemón Jiménez Ochoa (ii) Expediente radicado: 11001-03-28-000-2010-00001-00, 8 de julio de 2010, CP: Susana Buitrago de Valencia.

Así, en el caso sub- examine no encuentra la Sala que las excepciones propuestas ostenten en realidad esta entidad, toda vez que los argumentos que las estructuran no ponen de presente hechos o razones, que impidan el surgimiento de las pretensiones de la demanda.

En efecto, lo que la parte demandada propone son argumentos de defensa encaminados a desvirtuar la ilegalidad del Decreto 4736 de 2009, los cuales, de ser el caso, serán resueltos al analizar de fondo el presente asunto.

Conforme lo antedicho, la Sala no se ocupará en el análisis de las citadas oposiciones.

La **ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira**, también propuso la excepción de <culpa exclusiva de la víctima>, frente a la cual, por tratarse de medio exceptivo de mérito, su estudio quedará inmerso en el análisis de fondo del asunto planteado.

La **ESE Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia**, propuso la excepción de <falta de legitimación en la causa por pasiva>, sustentada en que dicha entidad no debió haberse demandado, por cuanto actuó dentro de la ley, con suma diligencia y cuidado y acogiendo todos los protocolos. Al respecto, señala la Sala que la jurisprudencia del H. Consejo de Estado²⁰ ha diferenciado dos aspectos dentro del concepto de esta institución procesal, en el sentido que quien cita a otro y le endilga la conducta, actuación u omisión que dan lugar a incoar la acción, está legitimado de hecho por activa y está por pasiva después de la notificación del auto admisorio de la demanda, lo cual constituye legitimación en la causa *de hecho*; y que la legitimación *material* en la causa, alude a la participación real de las personas en el hecho que origina la presentación de la demanda, independientemente de que dichas personas hayan demandado o que hayan sido demandadas, y con independencia de que el derecho llegue a ser acreditado o la obligación impuesta, ante lo cual se concluye que **sí existe legitimación de hecho en la causa por pasiva** por parte de la codemandada que propone el medio exceptivo, y que la legitimación material en la causa, quedará inmersa en el fondo del asunto debatido en la presente sentencia.

²⁰ Sentencia del treinta (30) de enero de dos mil trece (2013). CP Hernán Andrade Rincón. Radicación: 250002326000199902234 01. Expediente: 27.892. Actor: Stella Jiménez de Vanegas

La llamada en garantía **La Previsora S.A.**, propuso la de <indebido agotamiento del requisito de procedibilidad establecido en la Ley 1285 de 2009 y el Decreto reglamentario 1716 de 2009>, fundada en que dicha aseguradora no fue convocada ni formó parte de la audiencia de conciliación prejudicial promovida como requisito previo para ventilar ante la Jurisdicción Contencioso Administrativa la causa petendi del presente asunto, lo que implica que como garante de la eventual responsabilidad administrativa del codemandado Hospital Universitario San Jorge de Pereira, no contó con la oportunidad obligatoria que le da la ley para evitar el litigio, siendo improcedente en consecuencia la formulación de pretensión patrimonial en su contra.

Al respecto, de una vez debe precisar esta corporación judicial que dicho medio exceptivo de carácter previo, no está llamado a prosperar, por cuanto las normas referentes a la conciliación extrajudicial como requisito de procedibilidad (Ley 23 de 1991²¹, Ley 640 de 2001²², Ley 446 de 1998²³, el artículo 13 de la Ley 1285 de 2009²⁴ y el Decreto 1716 de 2009²⁵ vigentes para la época que interesa a este proceso, antes de la modificación del Decreto 1167 de 2016), no exigen para su obligatorio adelantamiento respecto de las acciones previstas en los artículos 85, 86 y 87 del Código Contencioso Administrativo o en las normas que lo sustituyan y tener como debidamente agotado dicho presupuesto, que la parte demandante convoque en la solicitud y menos que a las audiencias de conciliación extrajudicial respectivas, fuere obligatoria la comparecencia de terceros que eventualmente pudieren tener relación contractual con una de las entidades públicas convocadas y posteriormente demandadas, como serían las compañías de seguros que eventualmente pudieren ser llamadas en garantía por las entidades demandadas dentro del posterior proceso judicial, en virtud de una relación contractual producto de una póliza de seguro que pudiese amparar el riesgo de la entidad inicialmente convocada y luego demandada, cuando a la parte convocante no pudiera exigírsele el conocimiento de la infinidad de contratos que pueda llegar a tener la convocada con incidencia en las

²¹ "Por medio de la cual se crean mecanismos para descongestionar los Despachos Judiciales, y se dictan otras disposiciones".

²² "Por la cual se modifican normas relativas a la conciliación y se dictan otras disposiciones".

²³ "Por la cual se adoptan como legislación permanente algunas normas del Decreto 2651 de 1991, se modifican algunas del Código de Procedimiento Civil, se derogan otras de la Ley 23 de 1991 y del Decreto 2279 de 1989, se modifican y expiden normas del Código Contencioso Administrativo y se dictan otras disposiciones sobre descongestión, eficiencia y acceso a la justicia."

²⁴ "Por medio de la cual se reforma la Ley 270 de 1996 Estatutaria de la Administración de Justicia".

²⁵ "Por el cual se reglamenta el artículo 13 de la Ley 1285 de 2009, el artículo 75 de la Ley 446 de 1998 y del Capítulo V de la Ley 640 de 2001.

obligaciones que a cargo de ésta llegaren a imponerse en la eventual sentencia condenatoria, por lo que tal exigencia no está establecida en las normas que regulan la conciliación extrajudicial en esta jurisdicción.

Es así como en la constancia expedida por la Procuraduría Judicial No. 38 en Asuntos Administrativos, obrante dentro del proceso²⁶, se advierte que la parte actora en la solicitud formulada ante dicha autoridad el día 10 de agosto de 2010, convocó en debida forma a dicho trámite a la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira y a la ESE Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia y, según se desprende de la misma constancia, en la audiencia de conciliación prejudicial realizada el 02 de noviembre de 2010, no hubo acuerdo conciliatorio; por tanto, encuentra la Sala que en el *sub examine* el requisito de procedibilidad de la conciliación extrajudicial que echa de menos la llamada en garantía La Previsora S.A., sí fue debidamente agotado, por tal razón, se declara como no probado el medio exceptivo así formulado.

Y, en relación con los demás medios exceptivos formulados por la llamada en garantía **La Previsora S.A.** denominados <ausencia de notificación del siniestro de conformidad con lo señalado en las cláusulas de la póliza 1001527>, <excepción de límite del valor asegurado> y <disponibilidad de pago y agotamiento del valor asegurado>, señala el Tribunal que su análisis se encuentra supeditado a la eventual obligación que llegare a imponerse a cargo de la demandada llamante (ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira), con la consiguiente condena que a su nombre deba asumir la aseguradora.

4. NORMAS SUSTANCIALES Y PROCEDIMENTALES APLICABLES.

Se ha delimitado que en virtud de la regla de ultractividad prevista en el artículo 308²⁷ de la Ley 1437 de 2011, el presente proceso corresponde a los que se tramitan por el sistema escritural, esto es, conforme a las normas del Código Contencioso Administrativo- C.C.A., complementado en lo no previsto con las disposiciones del

²⁶ Página 127 - Archivo digital "1_001CUADERNON1PRINCIPA(.pdf) NroActua 97 ".

²⁷ "Artículo 308. Régimen de transición y vigencia. El presente Código comenzará a regir el dos (2) de julio del año 2012. // "Este Código sólo se aplicará a los procedimientos y las actuaciones administrativas que se inicien, así como a las demandas y procesos que se instauren con posterioridad a la entrada en vigencia. // "Los procedimientos y las actuaciones administrativas, así como las demandas y procesos en curso a la vigencia de la presente ley seguirán rigiéndose y culminarán de conformidad con el régimen jurídico anterior".

Código de Procedimiento Civil (artículo 267 C.C.A.) y especialmente en materia probatoria (artículo 168 C.C.A.).

Igualmente, es de precisar que en esta jurisdicción entró en vigencia el Código General del Proceso (Ley 1564 de 2012) a partir del 25 de junio de 2014, de conformidad con el Auto No. 50408 del 6 de agosto de 2014²⁸, que aclaró los alcances del auto de Importancia Jurídica No. 49.299 proferido el 25 de junio de 2014²⁹, en el que se exceptúan las situaciones consolidadas que según la misma providencia son *<Aquellas actuaciones procesales surtidas con fundamento en las normas del Código de Procedimiento Civil, de conformidad con lo establecido en el artículo 267 del CPACA, en el lapso comprendido entre el 1° de enero de 2014 y el 25 de junio de 2014...>*, y se exige así mismo aplicar el nuevo compendio procedimental en los procesos escriturales como el presente, en los siguientes términos:

<En consecuencia, a partir del auto de unificación del 25 de junio de 2014, en aquellos procesos que aún se tramitan en el sistema escritural, el juez deberá acudir al CGP para regular los siguientes temas, que se señalan de manera enunciativa: i) cuantía; ii) intervención de terceros; iii) causales de impedimentos y recusaciones; iv) nulidades procesales; v) trámite de incidentes; vi) condena en costas; vii) ejecución de las providencias judiciales; viii) trámite de los recursos; ix) allanamiento de la demanda; x) comisión; xi) deberes y poderes de los jueces; xii) auxiliares de la justicia; xiii) capacidad y representación de las partes; xiv) deberes y responsabilidades de las partes; xv) reglas generales del procedimiento; xvi) acumulación de procesos; xvii) amparo de pobreza; xviii) interrupción y suspensión del proceso; xix) aclaración, corrección y adición de sentencias; xxi) notificaciones; xxii) terminación anormal del proceso; xxiii) medidas cautelares y xiv) régimen probatorio (solicitud, práctica y decreto), incluidas las reglas de traslado de pruebas documentales y testimoniales, así como su valoración, siempre que se garanticen los principios rectores de igualdad y de contradicción (v.gr. artículo 167 del CGP y 243 y siguientes del CGP, aplicables en materia contencioso administrativa, en virtud de la derogatoria expresa del artículo 627 del C.G.P.)³⁰> (Negrillas y subrayas de la Sala)

²⁸ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C, Consejero ponente: Enrique Gil Botero, Radicación: 88001233300020140000301, Demandante: Sociedad Bemor S.A.S., Demandado: Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Referencia: Apelación auto que negó solicitud de amparo de pobreza

²⁹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Consejero Ponente: Enrique Gil Botero, Radicación: 25000233600020120039501 (IJ), Demandante: Café Salud Entidad Promotora de Salud S.A., Demandado: Nación-Ministerio de Salud y de la Protección Social, Referencia: Recurso de Queja.

³⁰ Sobre el particular, la Sala Plena de la Sección Tercera del Consejo de Estado en sentencia de unificación puntualizó: "Así las cosas, cuando entre en vigencia el acápite correspondiente a la prueba documental, contenida en el C.G.P., se avanza de manera significativa en la presunción de autenticidad de los documentos, lo que es reflejo del principio de buena fe constitucional; lo anterior, toda vez que de los artículos 243 a 245 del C.G.P., se pueden extraer algunas conclusiones: i) los documentos públicos o privados, emanados de las partes o de terceros, en original o en copia, se presumen auténticos, ii) es posible que las partes los tachen de falsos o los desconozcan, lo que originará que se surta el respectivo trámite de la tacha, iii) los documentos se pueden aportar al proceso en original o en copia, iv) las copias, por regla general, tendrán el mismo valor probatorio que el documento original, salvo disposición especial en contrario, v) cuando se aporta un documento en copia, corresponde a la parte que lo allega indicar –si lo conoce– el lugar donde reposa el original para efectos de realizar el respectivo cotejo, de ser necesario, y vi) las partes pueden solicitar el cotejo de los documentos aportados en copias.

Por consiguiente, el legislador ha efectuado un constructo que busca superar la rigidez y la inflexibilidad de un sistema procesal basado en los formalismos, que distancia a las partes en el proceso, crea costos para los sujetos procesales y, en términos de la teoría económica del derecho, desencadena unas externalidades que inciden de manera negativa en la eficiencia, eficacia y la celeridad de los trámites judiciales." Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 28 de agosto de 2013, Exp. 25022, M.P. Enrique Gil Botero.

Así, atendiendo que las actuaciones antes referidas son de tipo enunciativo y, comoquiera en el *sub examine* la demanda fue presentada y tramitada con observancia de los parámetros establecidos en su momento por el Código Contencioso Administrativo, el Código de Procedimiento Civil y luego por el Código General del Proceso, encuentra este Tribunal acorde al debido proceso concluir la decisión del presente asunto conforme las normas procedimentales civiles referidas, específicamente en lo atinente a la valoración probatoria que habrá de surtir para resolver de fondo el caso concreto.

5. RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD.

De conformidad con lo establecido en el artículo 90 de la Constitución Política, es deber del Estado responder patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas. Así mismo fue estipulado en el artículo 86 del Código Contencioso Administrativo el instrumento para hacer efectiva dicha cláusula constitucional de responsabilidad estatal, mediante el medio de control de reparación directa, que permite demandar el resarcimiento del daño cuando la causa del mismo sea un hecho, una omisión, una operación administrativa o la ocupación temporal o permanente de un inmueble con ocasión de trabajos públicos o por cualquiera otra causa, correspondiendo igualmente a esta jurisdicción, en virtud de la aplicación del fuero de atracción, juzgar a particulares cuando se demanden junto a aquellas como aquí acontece.

Tiene establecido la jurisprudencia del H. Consejo de Estado que dos son los postulados que fundamentan la responsabilidad estatal en los términos del artículo 90 superior: i) El daño antijurídico, y ii) la imputación del mismo a la administración, *<sin que sea posible predicar la existencia y necesidad y/o valoración y análisis de otro tipo de componentes a efectos de configurar la responsabilidad>*³¹.

Igualmente, la Corte Constitucional ha señalado que *<la fuente de la responsabilidad patrimonial del Estado es un daño que debe ser antijurídico, no porque la conducta del autor sea contraria al derecho, sino porque el sujeto que lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar el perjuicio, razón por la cual se reputa indemnizable>*

³¹ Consejo de Estado; Sección Tercera; Sentencia del 30 de agosto de 2007; Exp. 15932

32.

Esta cláusula general de responsabilidad extracontractual del Estado tiene como fundamento la determinación de un daño antijurídico causado a un administrado y la imputación del mismo a la administración pública, tanto por la acción, como por la omisión de un deber normativo. Es así que con la Carta Política de 1991 se produjo la <constitucionalización>³³ de la responsabilidad del Estado y se erigió ésta como garantía de los derechos e intereses de los administrados, que venía reconociendo la jurisprudencia y que ha dado lugar a la existencia de diversos regímenes de responsabilidad, como la falla en el servicio, el régimen de riesgo o el de daño especial.

La determinación de uno u otros regímenes de responsabilidad estatal corresponde al juzgador, en virtud del principio de *iura novit curia*, aplicable en las acciones de reparación directa como una excepción de la regla de la justicia rogada en materia contencioso administrativa, el cual le confiere al juzgador el direccionamiento hacia el régimen de responsabilidad pertinente a los fundamentos de hecho o *causa petendi*, para realizar la valoración que le corresponde por excelencia respecto de las actividades y elementos que hubieren intervenido en tales sucesos, con miras a encauzar el análisis del asunto planteado hacia el sistema de imputación que la jurisprudencia ha elaborado, precisamente, en consideración a las diversas actividades de la administración y a los elementos involucrados en tales actuaciones.

Respecto de la responsabilidad imputada a las codemandadas, señala la Sala que el régimen de responsabilidad en materia de prestación del servicio médico ha sufrido variación en la jurisprudencia del Consejo de Estado, desde el régimen inicial de la falla probada, el cambio hacia la falla presunta³⁴, y las teorías de la carga dinámica de la prueba^{35/36} y de la probabilidad determinante³⁷, para retomar el régimen probatorio de la exigencia de la prueba de la falla médica, o falla probada³⁸.

³² Corte Constitucional, Sentencia C-333 de 1996.

³³ Consejo de Estado. Sección Tercera. Subsección C. Sentencia del 23 de enero de 2015. C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa. Rad. 760012331000199703251 01 (20.507)

³⁴ Expediente 6897. De esta evolución da cuenta el fallo expedido por la misma Corporación el 24 de agosto de 1992. Expediente 6754. Actor: Henry Enrique Saltaín Monroy.

³⁵ Sentencia del 22 de marzo de 2001, expediente 13.284.

³⁶ H. Consejo de Estado. Sección Tercera. CP: Jesús María Carrillo Ballesteros. Expediente 12.706. Sentencia de enero 24 de 2.002.

³⁷ Consejo de Estado. Sección Tercera. Decisión reiterada recientemente, que tiene su origen en la sentencia de mayo 3 de 1.999.

³⁸ Consejo de Estado. Sección Tercera. CP: Ruth Stella Correa Palacio. Sentencia de agosto 31 de 2.006. Radicación número 68001-23-31-2000-09610-01 (15772). Actor: María Olga Sepúlveda Ramírez. Demandado: Hospital Ramón González Valencia,

Al respecto, se trae a cita lo reiterado por el Consejo de Estado sobre el régimen de responsabilidad en materia médica:

<(…) es importante recordar que desde hace ya varios años la jurisprudencia del Consejo de Estado abandonó la teoría de la falla presunta para acoger la regla general que señala que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el proceso todos los elementos que la configuran, esto es, el daño, la actividad médica y el nexo de causalidad entre ésta y aquel³⁹, sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indiciaria...>⁴⁰.

En el *sub examine*, comoquiera que se imputa una falla de tipo asistencial u hospitalaria, el régimen de responsabilidad aplicable es el de la falla probada, como siempre lo ha venido señalando la jurisprudencia aún en vigor del régimen de la falla presunta y de la teoría del dinamismo probatorio, es decir, el régimen de responsabilidad de la falla probada en materia de prestación de servicio médico, en el presente caso, se sustenta exclusivamente en el carácter hospitalario o administrativo de la prestación deficiente o atención médico asistencial de la cual se deriva la imputación de responsabilidad, y que bajo ninguno de los criterios de responsabilidad ha ameritado la aplicación de la ventaja probatoria del régimen de la falla presunta.

La jurisprudencia del H. Consejo de Estado mantiene el criterio de la falla probada en materia de prestación del servicio médico asistencial, como en la siguiente sentencia⁴¹ en la que se explican los fundamentos y efectos de este régimen de responsabilidad del servicio médico, así como la garantía que dicho servicio comporta respecto del derecho a la salud, que debe ser prestado conforme al principio de integralidad:

“3. Régimen de imputación derivado de la actividad médica.

sentencia del 15 de febrero de 2012, Expediente 23001-23-31-000-1999-01599-01(21738), demandante: Eugenio Isaza Bohórquez, demandado: Instituto De Seguros Sociales; sentencia del 3 de mayo de 2013, Expediente: 25000-23-26-000-2001-00572-01(26352), demandante: Guillermo León Arboleda Arboleda, demandado: Hospital Salazar de Villeta.

³⁹ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias de 31 de agosto de 2006, Exp. 15.772, C.P. Ruth Stella Correa Palacio; y de 30 de julio de 2008, Exp. 15.726, C.P. Myriam Guerrero de Escobar, entre otras.

⁴⁰ Consejo de Estado. Sección Tercera. CP: Danilo Rojas Betancourth, 3 de mayo de 2013, Expediente: 25000-23-26-000-2001-00572-01(26352), demandante: Guillermo León Arboleda Arboleda, demandado: Hospital Salazar de Villeta.

⁴¹ Consejo de Estado. Sección Tercera. CP: Jaime Orlando Santofimio Gamboa. Sentencia del 18 de mayo de 2017 Rad.: 76-001-23-31-000-2003-03842-01 (35.613) Actora: María Trinidad Castillo Rojas, Demandado: Nación – Ministerio de Defensa Nacional – Ejército Nacional – Dirección de Sanidad Militar

Ahora bien, en cuanto al régimen de responsabilidad derivado de la actividad médica, en casos como el presente la Sección ha establecido que el régimen aplicable es el **de falla del servicio**, realizando una transición entre los conceptos de falla presunta y falla probada, en la actualidad la posición consolidada de la Sala en esta materia la constituye aquella según la cual es la **falla probada del servicio** el título de fundamento bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria (...).

En el mismo sentido, partiendo del análisis del caso en el marco de la **falla probada del servicio como título de imputación** (...), "... en la medida en que el demandante alega que existió una falla del servicio médico asistencial que produjo el daño antijurídico por el cual reclama indemnización..." (...).

Dicho título de imputación opera, como lo señala la jurisprudencia de la Sección Tercera no sólo respecto de los daños indemnizables derivados de la muerte o de las lesiones corporales causadas, sino que también comprende:

"... los que se constituyen por la vulneración del derecho a ser informado; por la lesión del derecho a la seguridad y protección dentro del centro médico hospitalario y, como en este caso, por lesión del derecho a recibir atención oportuna y eficaz" (...).

Cuando la falla probada en la prestación del servicio médico y hospitalario se funda en la "lesión al derecho a recibir atención oportuna y eficaz", se debe observar que está produce como efecto la **vulneración de la garantía constitucional que recubre el derecho a la salud**, especialmente en lo que hace referencia al respeto del **principio de integralidad** en la prestación de dicho servicio, el cual según el precedente jurisprudencial constitucional:

"La protección al derecho fundamental a la salud no se limita simplemente al reconocimiento de los servicios que se requieren con necesidad; sino que comprende también su acceso de manera oportuna, eficiente y de calidad. La prestación del servicio de salud es oportuna cuando la persona lo recibe en el momento que corresponde para recuperar su salud sin sufrir mayores dolores y deterioros. En forma similar, el servicio de salud se considera eficiente cuando los trámites administrativos a los que se somete al paciente para acceder a una prestación requerida son razonables, no demoran excesivamente el acceso y no imponen al interesado una carga que no le corresponde asumir. Por otro lado, el servicio de salud es de calidad cuando las entidades obligadas a prestarlo actúan de manera tal "que los usuarios del servicio no resulten víctimas de imponderables o de hechos que los conduzcan a la desgracia y que, aplicando con razonabilidad los recursos estatales disponibles, pueden ser evitados, o su impacto negativo reducido de manera significativa para la persona eventualmente afectada" (...).

Dicho principio de integralidad del servicio exige considerar, según el precedente jurisprudencial constitucional, que

"todo cuidado, suministro de medicamentos, Intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud"⁽⁷⁰⁾.

A lo que se agrega, según el precedente jurisprudencial constitucional:

"Se considera por tanto que hay un daño, cuando se produce un dolor intenso, cuando se padece la incertidumbre y cuando se vive una larga e injustificada espera, en relación con la prestación de servicios médicos, la aplicación de

medicamentos o la ejecución de procedimientos que no llegan o que se realizan de manera tardía o incómoda.

“Al respecto cabe destacar que el derecho a la salud de conformidad con la jurisprudencia de la Corte Constitucional:

— Debe ser integral:

“(…) la atención y el tratamiento a que tienen derecho los pertenecientes al sistema de seguridad social en salud cuyo estado de enfermedad esté afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas, son integrales; es decir, deben contener todo cuidado, suministro de medicamentos, Intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento (...), así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente (...) o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud” (...).

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

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

Los elementos de la responsabilidad extracontractual bajo el título de la falla del servicio, de acuerdo con la reiterada jurisprudencia son tres (i) el daño antijurídico sufrido por el interesado, (ii) la falla del servicio propiamente dicha, que consiste en el deficiente funcionamiento del servicio, porque no funcionó cuando ha debido hacerlo, o lo hizo de manera tardía o equivocada o incurrió en incumplimiento de sus deberes, y finalmente, (iii) una relación de causalidad entre los dos elementos anteriores, es decir, la comprobación de que el daño se produjo como consecuencia de la falla del servicio, en este caso servicio médico. Para el caso de marras, se estudiará con especial relevancia la prueba indiciaria para la demostración del nexo causal en el evento de ser necesario.

Bajo este título de imputación, a la parte actora le corresponde la carga de la prueba de los anteriores elementos, en orden a que se declare la pretendida responsabilidad de las entidades accionadas, de conformidad con lo previsto en el artículo 177 del

CPC, aplicable por remisión supletoria del artículo 267 del CCA. En forma correlativa, a la parte demandada le atañe la carga de demostrar las causales eximentes de responsabilidad, esto es, caso fortuito, fuerza mayor y hecho determinante y exclusivo de la víctima o de un tercero.

6. ACERVO PROBATORIO.

Del material probatorio obrante en el plenario, se resaltan como relevantes las siguientes:

6.1. Documentales.

- Registros civiles de nacimiento de los señores Paola Andrea Serna Ríos y sus hijos Cristian David Bermúdez Serna y José Andrés Corrales Serna; Erika Marcela Serna Ríos y su hija Karen Dahiana Granada Serna; Daniel Fernando, Julián David y Laura Valentina Serna Ríos; José Darío Ríos Posada y Claudia Patricia Ríos Posada, y Luz Edilma Ríos Posada (páginas 17 a 40 del cuaderno 1)⁴²
- Registro civil de defunción correspondiente a la señora Edilma Ríos Posada, en el que se señala como fecha de su muerte el día 01 de junio de 2010 (página 41 y 42 cd. 1)⁴³.
- Derecho de petición formulado el día 31 de mayo de 2010 ante el Hospital Universitario San Jorge de Pereira por el apoderado de los demandantes, con su respectiva respuesta contenida en oficio 4972 del 04 de agosto de 2010 (página 43 a 47 y 125 del cd. 1)⁴⁴
- Copia de apartes de literatura médica “Tratado de Medicina Interna”, referente a las enfermedades neurológicas y de la conducta, los procedimientos de diagnóstico neurológico, la hipertensión intracraneal, el seudotumor cerebral y la hidrocefalia. Así como las guías de manejo por urgencias respecto del trauma raquimedular, la

⁴² Archivo digital “1_001CUADERNON1PRINCIPA(.pdf) NroActua 97”.

⁴³ Ídem.

⁴⁴ Ídem.

enfermedad cerebrovascular hemorrágica y hemorragia subaracnoidea (páginas 67 a 87 y 116 a 121 cd. 1)⁴⁵

- Guías médicas para manejo de urgencias por Cefalea y Hemorragia Subaracnoidea del Ministerio de la Protección Social 3ª edición Tomo III 2009 (páginas 89 a 114 cd. 1)⁴⁶.

- Certificación expedida por el propietario del Restaurante El Control, de fecha 06 de agosto de 2010, en la que se indica que la señora Luz Edilma Ríos estuvo vinculada a dicha empresa en virtud de contrato laboral a término indefinido en el cargo de cocinera entre el mes de marzo de 2004 hasta mayo de 2010 (página 123 cd. 1)⁴⁷.

- Certificación expedida por el Gerente de la Compañía Aseguradora La Previsora S.A. de fecha 29 de marzo de 2012, en la que indica, entre otros aspectos, que a dicha fecha no se han efectuado pagos con ocasión de la póliza de responsabilidad civil extracontractual No. 1001527 con vigencia 21/09/2008 al 31/01/2009, que la disponibilidad del valor asegurado es total y relaciona los diferentes procesos que tienen reservas abiertas (página 29 a 33 cd. 2)⁴⁸

- Copia de las historias clínicas de la señora Edilma Ríos Posada de la ESE Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia (Anexo 1- folios 1 a 214 inferior centro) y de la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira (Anexo 1- folios 215 a 372 inferior centro)⁴⁹.

- Copia de la investigación penal radicada bajo el No. 660016000035201002445 adelantada por parte de la Fiscalía 38 de Pereira - Unidad de Indagación – Seccional Risaralda por el presunto delito de homicidio por establecer, con ocasión del deceso de la señora Edilma Ríos Posada, que terminó con decisión de archivo de las diligencias, por atipicidad de la conducta (Anexo No. 2)⁵⁰.

⁴⁵ Ídem.

⁴⁶ Ídem.

⁴⁷ Ídem.

⁴⁸ Archivo digital "4_004CUADERNON2PRUEBAS(.pdf) N roActua 97"

⁴⁹ Obrantes en el Anexo No. 1 – Archivo digital "6_006CUADERNOANEXON1(.pdf) Nro Actua 97".

⁵⁰ Archivo digital "7_007CUADERNOANEXON2(.pdf) Nro Actua 97"

6.2. Testimoniales.

- Declaraciones rendidas a instancia de la parte actora⁵¹, sobre perjuicios de orden moral, material y relaciones familiares, por intermedio de comisionado (Juzgado Promiscuo del Circuito de La Virginia), por parte de los señores Adiela de Jesús Rúa Noreña, Yolanda Alzate Guarín, Luz Dary Blandón y Lyda Lucy Serna Montes (páginas 63 a 89 cd. 2)⁵²
- Declaración rendida a instancia de la parte demandada⁵³ ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira a través de comisionado (Tribunal Administrativo de Antioquia) por parte del médico neurólogo Leonardo Fabio Moreno Gómez (páginas 63 a 89 cd. 2)⁵⁴

6.3 Prueba pericial

- Dictamen rendido por la Universidad CES de Medellín a través del doctor Bernardo Soto Arboleda, médico especialista en Neurocirugía y en Valoración de Daño Corporal, Docente Universitario y Perito del Centro de Estudios en Derecho y Salud -CENDES (página 153 a 176 cd. 1-1)⁵⁵, junto con la aclaración respectiva rendida por el mismo perito a instancia de la parte actora (página 207 a 213 cd. 1-1)⁵⁶

7. ANÁLISIS JURÍDICO PROBATORIO.

Procede la Corporación judicial en esta instancia al análisis de los presupuestos para la configuración de la responsabilidad extracontractual que la parte actora le endilga a las entidades públicas demandadas, en relación con la atención en salud brindada por éstas a la señora Edilma Ríos Posada, quien consultó varias veces por cefalea ante la ESE Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia, de donde fue remitida en dos ocasiones a la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira y en la última

⁵¹ De acuerdo al auto de pruebas de fecha 26 de septiembre de 2011 - página 21 y s.s. del archivo digital "2_002CUADERNON1-1PRINCIPAL(.pd f) NroActua 97".

⁵² Archivo digital "4_004CUADERNON2PRUEBAS(.pdf) N roActua 97".

⁵³ De acuerdo al auto de pruebas de fecha 26 de septiembre de 2011 - página 21 y s.s. del archivo digital "2_002CUADERNON1-1PRINCIPAL(.pd f) NroActua 97".

⁵⁴ Archivo digital "4_004CUADERNON2PRUEBAS(.pdf) N roActua 97".

⁵⁵ Archivo digital "2_002CUADERNON1-1PRINCIPAL(.pd f) NroActua 97"

⁵⁶ Archivo digital "2_002CUADERNON1-1PRINCIPAL(.pd f) NroActua 97"

oportunidad, luego de ser hospitalizada, falleció en este último centro hospitalario el día 01 de junio de 2010.

Para tal efecto deberá establecer este colegiado, a la luz de las pruebas que han quedado referidas, si concurren los elementos que estructuran la responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico, esto es, el daño, la actuación u omisión de las demandadas y el nexo o relación causal entre estos.

7.1. EL DAÑO.

- Se encuentra acreditada la materialidad del daño, esto es, el fallecimiento de la señora Edilma Ríos Posada, conforme al registro civil de defunción con indicativo serial No 06556786)⁵⁷, que da cuenta de su muerte acaecida el día 01 de junio de 2020 en las instalaciones de la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, y en el marco de la atención médico asistencial materia de demanda, según se anota en la historia clínica respectiva⁵⁸ con diagnósticos de hipertensión intracraneal benigna⁵⁹ y septicemia no especificada⁶⁰, y de acuerdo al protocolo de necropsia obrante dentro de la investigación penal (Anexo No. 2)⁶¹ como causa básica de muerte se describe: “MENINGITIS POR HONGOS”⁶².

7.2. LA IMPUTABILIDAD.

⁵⁷ Página 41 y 42 – Archivo digital “1_001CUADERNON1PRINCIPA(.pdf) NroActua 97”.

⁵⁸Anexo No. 1 – Archivo digital “6_006CUADERNOANEXON1(.pdf) Nro Actua 97” – Folio 216.

⁵⁹ Según la página web: <https://www.neurologia.com/articulo/2003282>. “La hipertensión intracraneal benigna (HICB) es un síndrome caracterizado por la elevación anormal de la presión intracraneal con una composición normal del líquido cefalorraquídeo (LCR) y en ausencia de hidrocefalia o lesión expansiva intracraneal”.

⁶⁰ Según la página web: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/sepsis/symptoms-causes/syc-20351214>. “La septicemia es una afección que pone en riesgo la vida que se da cuando la respuesta del cuerpo a una infección provoca daños en sus propios tejidos. Cuando se activan los procesos que combaten infecciones en el cuerpo, estos hacen que los órganos no funcionen correctamente.

La septicemia puede progresar y convertirse en un choque séptico. Esta es una disminución considerable en la presión arterial que puede provocar graves problemas orgánicos y la muerte”.

⁶¹ Archivo digital “7_007CUADERNOANEXON2(.pdf) Nro Actua 97” – folio 194.

⁶² Según la página web: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000642.htm>: “La meningitis criptocócica es una infección micótica de los tejidos que cubren el cerebro y la médula espinal. Esos tejidos se llaman meninges.

Causas: En la mayor parte de los casos, la meningitis criptocócica es causada por el hongo *Cryptococcus neoformans*. Este hongo se encuentra en los suelos de todo el mundo. El hongo *Cryptococcus gattii* también puede causar meningitis, sin embargo, esta forma también puede causar enfermedad en pacientes con un sistema inmunológico normal Este tipo de meningitis no se contagia de una persona a otra. Por lo general, se contagia a través del torrente sanguíneo al cerebro desde otro lugar en el cuerpo que tenga la infección.

La meningitis *Cryptococcus neoformans* ataca con más frecuencia a personas que tienen el sistema inmunitario debilitado, lo que incluye a las que tienen: Sida. Cirrosis (un tipo de enfermedad del hígado). Diabetes. Leucemia. Linfoma. Sarcoidosis. Un órgano trasplantado.

La enfermedad es poco común en personas que tienen un sistema inmunitario normal y ningún problema de salud a largo plazo.

En este punto, se debe precisar la teoría de la causalidad adecuada en la producción del daño, según la cual *<...un acontecimiento no puede considerarse causa de un perjuicio por haberse comprobado que, sin él, el perjuicio no se habría realizado. Entre los acontecimientos que concurren a la realización de un perjuicio o que condicionan ese perjuicio, no todos son su causa desde el punto de vista de la responsabilidad; no todos obligan a su autor a reparar. Solo podrán considerarse como causa de un perjuicio los acontecimientos que normalmente deben producirlo: se requiere que la relación entre el acontecimiento y el perjuicio sea adecuada y no meramente fortuita>*⁶³.

Y sobre la condición necesaria para la producción del daño, se ha indicado por la doctrina: *<...cualquiera que sea la teoría de la causalidad que se acoja, lo cierto es que, (...), siempre es indispensable que el fenómeno que se estudia como posible causa sea conditio sine qua non del daño. Es decir, desde el punto de vista jurídico, solo se considera causa del daño aquel fenómeno sin el cual el daño no se habría producido. Ello significa que si, en el caso concreto, el juez llega a la conclusión de que el daño de todas maneras se habría producido así no hubiera ocurrido la culpa del demandado, entonces este no se considera causante del daño...>*⁶⁴ (Negrilla de la Sala).

En igual sentido, la jurisprudencia del H. Consejo de Estado⁶⁵ ha expresado: *<...Para la Sala es importante resaltar que no todas las circunstancias que anteceden a la producción del daño son causas directas del mismo, como se plantea en la teoría de la equivalencia de las condiciones; es un sinsentido otorgarle igual importancia a cada hecho previo a la producción del daño, pues lo relevante es identificar cuál acción u omisión fue la causa determinante, principal y eficiente del hecho dañoso. De lo contrario, se llegaría al absurdo de que la consecuencia o daño, sería la sumatoria de todos los antecedentes, lo que generaría un retorno al infinito...>* (Subrayado de la Sala).

⁶³ Velásquez Posada, Obdulio. Responsabilidad Civil Extracontractual. Bogotá: Temis, 2013 p. 509-510.

⁶⁴ Tamayo Jaramillo, Javier. Tratado de Responsabilidad Civil. Bogotá: Legis, 2007 p. 384.

⁶⁵ Consejo de Estado – Sección Tercera – Subsección A, sentencia del 27 de septiembre de 2018, Radicado: 23001-23-31-000-2008-00156-01(42545).

Es así como en este acápite de imputabilidad, corresponde al Tribunal establecer en esta instancia, a la luz de las pruebas legal y oportunamente arrimadas al plenario, y conforme a lo planteado en la demanda, si el fallecimiento de la señora Edilma Ríos Posada ocurrió como consecuencia de una falla en el servicio médico asistencial de parte de las entidades públicas demandadas; o si por el contrario, la atención estuvo ajustada a los protocolos vigentes al momento de los hechos conforme a la condición médica que presentaba la paciente.

En tal virtud, se examinarán las actuaciones médico asistenciales objeto de imputación a los demandados, de acuerdo con las historias clínicas, el testimonio técnico y el dictamen pericial obrantes dentro del plenario, concordante con la literatura o guías médicas aplicables al caso concreto, respecto de los antecedentes y la patología padecida por la paciente.

En cuanto a los antecedentes y atenciones en salud de la paciente Edilma Ríos Posada, las pruebas documentales (historias clínicas)⁶⁶ que componen el dossier, permiten advertir:

Que la Señora Luz Edilma Ríos Posada, con 41 años de edad, el día 25 de marzo de 2010 a las 10:45 acudió por urgencias al Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia⁶⁷, por dolor de cabeza fuerte en pulsos, acompañado de fosfenos (sensación visual que hace que la persona pueda percibir puntos luminosos muy pequeños)⁶⁸, localizado en la frente y cielos, por lo cual se le diagnostica migraña no especificada relacionada con obesidad, debido a exceso de calorías y como plan de manejo se ordena afinamiento de TA, acetaminofén cada ocho horas y piroxicam.

Que el día 14 de abril de 2010 a las 9:01 a.m., consulta nuevamente por el servicio de urgencias en el Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia con motivo de consulta: *<...15 días de cefalea frontal y hemicraneana derecha pulsátil, intensa con episodios de disminución del dolor, refiere que nunca se le ha quitado el dolor completamente...trae paraclínicos...parcial de orina con nitritos + bacteriuria y leucocituria, hemograma dentro de límites normales, creatinina 0.69 glicemia 103,*

⁶⁶ Obrantes en el Anexo No. 1 – Archivo digital “6_006CUADERNOANEXON1(.pdf) Nro Actua 97”.

⁶⁷ Archivo digital “6_006CUADERNOANEXON1(.pdf) Nro Actua 97” – Folio 18 a 20

⁶⁸ Según la página web: <https://areaoftalmologica.com/retina/fofenos/>.

EKG CON T INV EN V3, V4 V5, afinamiento de TA con T/A promedio de 143/100>, como observaciones se anota: "PINR, no alteraciones de los pares craneales, hidratada, orofaringe sin alteraciones, cuello no ingurgitado, RSCSRS sin soplos, MV limpio sin sobreagregados, abdomen blando depresible no megalias no dolor, neurológico sin déficit motor ni sensitivo", por lo cual se le diagnóstica estado migrañoso; igualmente son formulados diagnósticos relacionados de infección de vías urinarias e hipertensión esencial primaria; como plan de manejo se ordena: dipirona, metoclopramida, tramadol y se remite para estudio especializado⁶⁹ al Hospital San Jorge de Pereira.

La paciente ingresa al Hospital San Jorge a las 14:13 del día 14 de abril de 2010⁷⁰, con diagnóstico de angina inestable, se consigna en enfermedad actual: <PACIENTE DE 41 AÑOS CON CC DE 15 DIAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN CEFALEA EN HEMICRANEO DERECHO. EMESIS EN 2 OCASIONES, DIPLOPLIA Y TINNITUS, ADEMAS REFIERE DOLOR EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO DESDE EL DÍA DE AYER, TRAE PARCIAL DE ORINA PATOLÓGICO PARA INFECCIÓN...>, por lo cual se le diagnóstico a su ingreso hipertensión esencial (primaria) y angina inestable. Ese mismo día 14 de abril se anota como objetivo⁷¹: <JOVEN OBESA SIN OTROS AP, CONSULTÓ POR CEFALEA DE 15 DÍAS REFIERE AUN LE DUELE LA CABEZA NIEGA ANGINA O DISNEASV ESTABLES SIN SIGNOS MENÍNGEOS SIN ALTERACIÓN DE PARES CRANEALES NI FOXCALIZACIÓN EKG SIN CMABIOS (sic) AGUDOSFAL TA LABPTE NO CUNSLUTO PO NO HAY CRITERIOS PARA SOSPECHAR SCA, PLAN VALORACIÓN POR NEURO>, diagnosticándosele para ese momento cefalea.

El día 15 de abril como objetivo⁷² se anota: <PACIENTE CON HISTORIA CLÍNICA DE CEFALEA INTENSA, CON ANTECEDENTE DE MIGRAÑA, **SIN EMBARGO LA PACIENTE REFIERE QUE ESTE ES EL MÁS INTENSO QUE HA TENIDO EN SU VIDA, POR LO CUAL SE SOLICITA TAC DE CRÁNEO PARA VALORACIÓN POR NEUOROLOGÍA CLÍNICA**>, reiterándose el diagnóstico de cefalea. Ese mismo día es valorada por el neurólogo Leonardo Moreno Gómez como objetivo anota: <EN EL MOMENTO ALERTA, SIN DÉFICIT COGNITIVOPC NORMALES. F OJO

⁶⁹ Archivo digital "6_006CUADERNOANEXON1(.pdf) Nro Actua 97" – Folio 20 a 21 y 58 a 59.

⁷⁰ Ídem – Folios 297 y 298

⁷¹ Ídem - Folio 296

⁷² Idem – Folio 295

BORRAMIENTO DE BORDES DE PAPILA. FM CONSERVADARMT ++/++++ SIMETRICOSTAXIA NORMAL>, como⁷³ análisis: <PACIENTE CON CUADRO DE CEFALEA SECUNDARIA POR PROBABLE HIPERTENSIÓN INTRACRANEANA IDIOPÁTICA> y como plan: <PENDIENTE TAC CEREBRAL simple. De ser normal el tac iniciar acetazolamida cada 8 hrs> y diagnostica <OTROS SÍNDROMES DE CEFALEA ESPECIFICADOS>.

En la historia clínica con fecha 15 de abril, se escribe como objetivo: <TAC de cráneo Normal. Se inicia Acetazolamida...>, posteriormente el 16 de abril⁷⁴, vuelve a verla el mismo neurólogo clínico quien en análisis anota: <PACIENTE CON CUADRO DE PROBABLE HIPERTENSIÓN IDIOPÁTICA INTRACRANEANA, CON MEJORÍA CON EL USO DE ACETAZOLAMIDA> y como plan ordena salida y control por consulta externa en un mes.

Da cuenta la historia clínica que la señora Edilma Ríos Posada el día 23 de abril de 2010⁷⁵ siendo las 6:12 p.m., nuevamente consulta por urgencias en el Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia, por cuadro clínico de 20 días de cefalea, persistencia de dolor intenso hemicraneal derecho y visión doble, niega otros síntomas, por lo que se le diagnostica cefalea - hipertensión intracraneana benigna y como plan de manejo se aplica dipirona, metoclopramida, tramadol, se revalora y por mejoría de síntomas se da salida con fórmula médica y se dan signos de alarma para nuevamente consultar⁷⁶, así mismo valoración ambulatoria por neurología.

El día 27 de abril de 2010⁷⁷ a las 12:02 pm es valorada por medicina general en el Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia en **consulta ambulatoria** de hipertensión, donde se le diagnostica hipertensión esencial (primaria) y diplopía, por lo cual se indica dieta, se ordena tratamiento farmacológico con metoprolo x 50 mg una cada doce horas y se solicita valoración por optometría y oftalmología. El día 29 de abril⁷⁸ a las 3:33 pm., es atendida por **consulta ambulatoria** en el mismo Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia por la especialidad de optometría, con motivo de consulta: <...VISIÓN DOBLE HACE 15 DÍAS DOLOR OCULAR INTENSO

⁷³ Ídem – Folio 293

⁷⁴ Ídem – Folio 291

⁷⁵ Ídem – Folio 22 y 23.

⁷⁶ Ídem – Folio 30.

⁷⁷ Ídem – Folio 24 y 25

⁷⁸ Ídem – Folio 25 y 26.

REMISIÓN MÉDICA CON DX DE HTA SE REALIZÓ ATC CEREBRAL NORMAL>, siendo diagnosticada con diplopía (percepción de 2 imágenes de un único objeto)⁷⁹ y como plan de manejo se ordena dipirona, metoclopramida y tramadol, y ante mejoría se da salida con fórmula médica y valoración por neurología. **En estas atenciones del 27 y 29 de abril no hay referencias o anotaciones a problemas de cefalea en la paciente.**

Consta igualmente que para el 18 de mayo de 2010⁸⁰ a las 12:36 a.m., la señora Edilma Ríos Posada consulta por el servicio de **urgencias** en el Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia con motivo de consulta <dolor de cabeza impresionante> y como enfermedad actual se anota: *<paciente con antecedentes referidos de cefalea migraña + hipertensión endocraneana, que ingresa xd cuadro de cefalea pertinaz e insoportable>*, por lo cual se le diagnóstica cefalea debido a tensión, se deja en observación con dipirona + metoclopramida, tramadol y control de signos vitales cada 4 horas. Para la 01+51 p.m. del mismo día, varía el diagnóstico⁸¹ a *<trastorno de la personalidad y del comportamiento en adultos, no especificado>*, se solicita cuadro hemático, parcial de orina y creatinina, y finalizando la tarde a las 4:09⁸² del mismo día como hallazgos al examen físico se anota: *<hidratada, afebril, conciente (sic), desorientada, algica, no abre los ojos, no colabora, pupilas isocóricas normorreactivas, desviación de mirada, cardiopulmonar normal, abdomen blendo (sic), depresible, no doloroso, neurológico sin déficit localizado, con mareo, alteración del comportamiento y mareo, cefalea intensa>*, y como plan de manejo se ordena remisión para valoración por medicina interna y/o neurología⁸³.

La paciente ingresa al Hospital Universitario San Jorge de Pereira el día 18 de mayo de 2010 a las 17:38⁸⁴, donde al examen físico (20:11) se anota: regular estado general, “conciente”, Glasgow 15/15, en sistemas u órganos se anotó a nivel de cabeza: normal, de ojos: <desviación de ojo izquierdo hacia la línea 4 media con ptosis palpebral izquierda, pupilas normo reactivas>, F. Ojos: normal, Cardio: *<ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, sin evidencia de soplos>*, Respiratorio:

⁷⁹ Según la página web: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-oft%C3%A1lmos/diplop%C3%ADa>.

⁸⁰ Ídem - Folios 26 a 28 y 30 a 32.

⁸¹ Ídem – Folio 30

⁸² Ídem – Folio 31

⁸³ Ídem – Folio 56

⁸⁴ Ídem – Folio 289 a 290

<ambos campos pulmonares bien ventilados, murmullo vesicular limpio, sin sobreagregados> y en piel: <presenta eritema a nivel distal de la pierna izquierda, secundario a úlcera varicosa curada>, por lo que son formulados los siguientes diagnósticos: otros síndromes de cefalea especificados, trastorno de nervio craneal, no especificado e hipertensión idiopática intracraneana. El 19 de mayo a las 13:23⁸⁵, **se solicita valoración urgente por neurocirugía y se ordena acetazolamida.**

El día 20 de mayo a las 15:42⁸⁶ es valorada por el doctor Leonardo Moreno Gómez (neurología), quien en subjetivo anota: <...paciente con antecedente de hipertensión intracraneana idiopática, ingresa por exacerbación de la cefalea, había suspendido la acetazolamida> y en objetivo: <en el momento alerta, sigue ordenes simples, paresia vi pc bilateral (una parálisis del sexto par craneal afecta a la capacidad de mover el ojo hacia el exterior)⁸⁷, resto en normal TAC cerebral simple dentro de límites normales> ordena el **plan: hospitalización y valoración por neurocirugía para definir realización de derivación ventrículooperitoneal⁸⁸**. El mismo día 20 de mayo a las 18:35, la paciente es valorada por el neurocirujano Pablo Vela de Los Ríos y en análisis indica <tributaria para RMN con gadolinio para descartar trombosis del seno venoso exoftalmus>⁸⁹, con diagnóstico hipertensión intracraneal benigna.

El día 25 de mayo⁹⁰ a las 11:16, en ronda de neurocirugía es valorada por el doctor Botero con resultado de Resonancia Magnética Cerebral con opinión de: <1. infartos Subagudos tempranos en el núcleo caudado y putamen derecho. 2. focos de leucoencefalopatía inespecífica fronto parietal bilateral>, **por lo que se concluye en**

⁸⁵ Ídem – Folio 288.

⁸⁶ Ídem – Folio 286

⁸⁷ Según página web: <https://www.msdmanuals.com/es-co/hogar/enfermedades-cerebrales.-medulares-y-nerviosas/trastornos-de-los-pares-craneales/par%C3%A1lisis-del-sexto-par-craneal-nervio-motor-ocular-externo>

⁸⁸ Según la página web: [https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003019.htm#:~:text=Es%20una%20cirug%C3%ADa%20para%20tratar.%20del%20cerebro%20\(hidrocefalia\),](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003019.htm#:~:text=Es%20una%20cirug%C3%ADa%20para%20tratar.%20del%20cerebro%20(hidrocefalia),%20Es%20una%20cirug%C3%ADa%20para%20tratar.%20del%20cerebro%20(hidrocefalia),) "Es una cirugía para tratar el exceso de líquido cefalorraquídeo (LCR) en las cavidades (ventrículos) del cerebro (hidrocefalia). Descripción: Este procedimiento se hace en el quirófano bajo anestesia general. Toma aproximadamente 1 1/2 horas. Se pasa una sonda (catéter) desde las cavidades de la cabeza hasta el abdomen para drenar el exceso de líquido cefalorraquídeo (LCR). Una válvula de presión y un dispositivo antisifón garantizan que se drene solo la cantidad adecuada de líquido".

⁸⁹ Según pagina web: <https://www.msdmanuals.com/es/profesional/trastornos-oft%C3%A1lmicos/enfermedades-de-la-%C3%B3rbita/trombosis-del-seno-cavernoso#:~:text=La%20trombosis%20del%20seno%20cavernoso.confirma%20mediante%20TC%20o%20RM,> "Los senos cavernosos son cavidades tabicadas que se localizan en la base del cráneo en los que drenan las venas faciales. La trombosis del seno cavernoso es una complicación extremadamente rara de las infecciones faciales comunes, sobre todo forúnculos nasales (50%), sinusitis esfenoidal o etmoidal (30%) e infecciones dentales (10%). Los patógenos más habituales son *Staphylococcus aureus* (70%), seguidos por especies de *Streptococcus*; los gérmenes anaerobios son más frecuentes en casos con infección dentaria o sinusal subyacente".

⁹⁰ Folio 275

análisis: paciente no quirúrgica por hallazgos en MNR cerebral y como plan: salida por neurocirugía, manejo y tratamiento por neurología clínica, traslado a medicina interna y continuar manejo instaurado. A las 16:29 del mismo 25 de mayo de 2010, el neurólogo clínico doctor Leonardo Moreno anota como plan: **concepto de neurocirugía para definir derivación ventriculoperitoneal como manejo de su hipertensión intracraneana.**

El día 26 de mayo⁹¹ a las 9:43 es valorada por el doctor Manuel Augusto Botero Baena (neurocirujano) quien en análisis indica: *<NOTA ESTA PACIENTE NO ES DE CARÁCTER QUIRÚRGICO Y NO EXISTE NINGÚN SIGNO NI CLÍNICO NI IMAGENOLÓGICO DE HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA EN EL MOMENTO, NI TAMPOCO SE APRECIAN EN LAS IMÁGENES DE LA MNR Y TAC DILATACIÓN DEL SISTEMA VENTRICULAR, COMO PARA PENSAR EN UNA HIDROCEFALIA ACTIVA DERIVABLE>*, y como plan: *<SE CIERRA INTERCONSULTA POR NEUROCIURUGÍA>*. El mismo día 26 de mayo⁹² a las 22:34 se ordena como plan: colocar a la paciente en posición de seguridad, terapia respiratoria, aspirar secreciones, nada vía oral, se solicita ch y rx de torax por posible foco pulmonar.

Para el día 27 de mayo a las 09:12⁹³ se anota paciente en regular estado general con salida de neurocirugía, **pendiente valoración por neurología clínica especialidad tratante con diagnóstico de hipertensión intracraneal benigna e infarto cerebral no especificado.** A las 11:10⁹⁴ como plan se señala: *<PACIENTE EN REGULAR ESTADO, CON DATOS DE SIRS, CON LEUCOCITOSIS Y APARENTE INFILTRADO BASAL DER, SE INICIARÁ TERAPIA AB POR INFECCIÓN NOSOCOAMIAL (SIC) TTO CON PIPERACILINA TAZOBACTAM 4.5 GR IV CADA 6 HORAS, CONTROL ELECTROLICITO CON NSS 0.45% AL MEDIO MAS REPOSICIÓN DE POSTASIO. POR ESTADO ACTUAL REQUIERE MONITOREO Y SE SOLICITA TRASLADO A CUIDADO INTERMEDIO. ELECTROLITOS DE CONTROL EN 12H, SOLICITAR P DE ORINA Y HEMOCULTIVOS, SEGUIMIENTO POR NEUROLOGÍA/NEUROCIURUGÍA POR HT ENDOCRANEANA IDIOPATICA, SE EXPLICA SITUACIÓN A SU FAMILIA...>*. **Para**

⁹¹ Folio 272

⁹² Folio 269

⁹³ Folio 266

⁹⁴ Folio 264

las 14:49 el neurólogo clínico anota como subjetivo: <NEUROLOGÍA PACIENTE (sic) CON SOSPECHA DE HIPERTENSIÓN INTRACRANEANA IDIOPÁTICA. HA PRESENTADO DETERIORO EN SU CONDICIÓN GENERAL EN LAS ÚLTIMAS 48 HRS. VALORADA POR M INTERNA QUE SOLICITA TRASLADO A UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO CON PROBABLE PATOLOGÍA INFECCIOSA PULMONAR”, como plan: “**SE SUGIERE REALIZAR PUNCIÓN LUMBAR DE DRENAJE EN BUSCA DE MEJORA DE SU CUADRO DE CEFALEA. PENDIENTE TRASLADO A UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO**>, y como diagnóstico hipertensión intracraneana benigna.

El día 28 de mayo a las 02:57⁹⁵ la paciente ingresa a UCI en malas condiciones y a las 09:50⁹⁶ se anota en análisis: <PACIENTE CON CUADRO DE CHOQUE SÉPTICO DE ORIGEN PULMONAR CON **NEUMONÍA NOSOCOMIAL** Y FALLA RESPIRATORIA AGUDA; SEVERO TRASTORNO HIDROELECTROLÍTICO (HIPONATREMIA E HIPOKALEMIA), ACTUALMENTE PERSISTE CON EVIDENCIA DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA SIN MODULACIÓN Y SE ENCUENTRA EN FASE DE ESTABILIZACIÓN Y REANIMACIÓN. **ESTADO DE COMA PROFUNDO SIN SEDACIÓN, PRONOSTICO RESERVADO.** CONTINUAR SOPORTE VITAL AVANZADO Y MANEJO TITULADO DE UCI. **SE CONSIDERA QUE POR LA HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA Y RÁPIDO DETERIORO RESPIRATORIO DEBE SER CUBIERTA PARA GERMENES NOSOCOMIALES Y RECIBIR ANTIBIOTICO TERAPIA DE AMPLIO ESPECTRO, POSTERIORMENTE MODIFICAR SEGÚN CULTIVOS. INICIAR MEROPENEN Y VANCOMICINA**>, y como diagnósticos: septicemia no especificada, neumonía no especificada y coma no especificado.

El mismo 28 de mayo a las 17:12⁹⁷, el neurólogo clínico doctor Leonardo Moreno Gómez, valora la paciente e indica que cursa **con cuadro compatible de hipertensión intracraneana idiopática actualmente con complicaciones de proceso infeccioso pulmonar, con soporte ventilatorio, papiledema bilateral VI PC, ordena realizar punción lumbar evacuante e iniciar manejo con corticoides** y explica a la hija el pronóstico, con diagnóstico de hipertensión intracraneal benigna.

⁹⁵ Folio 255 y 256

⁹⁶ Folio 254

⁹⁷ Folio 251.

A las 22:23⁹⁸ se encuentra paciente en malas condiciones neurológicas con Glasgow muy bajo **con indicación por neurología de realizar punción lumbar evacuante la cual no se realiza en el momento por tener INR⁹⁹ de 1.56 hay fiebre y tiene neumonía de la llingula con requerimiento de parámetros intermedios ventilatorios.** A las 16:35¹⁰⁰ se realiza terapia respiratoria con aspiración de secreciones purulentas en moderada cantidad por TOT y por boca, queda estable en su condición.

El día 29 de mayo de 2010 a las 18:19¹⁰¹, **se realiza punción lumbar a nivel de espacio intervertebral L4-L5, se observa marcada elevación de presión, se realiza drenaje de aproximadamente 50cm3, líquido ligeramente turbio** y se envían muestras a estudio citoquímico y cultivos, después del procedimiento presenta episodios de taquicardia ventricular autolimitado, con posterior disminución de frecuencia cardíaca respecto a su basal e inestabilidad hemodinámica que no responde a expansión de volumen, siendo necesario soporte vasoactivo, con diagnósticos de hipertensión intracraneal benigna y septicemia no especificada. A las 22:03¹⁰² **el reporte del líquido cefalorraquídeo LCR, reporta signos francos de meningitis y tinta china positiva por lo que se decide inicio de anfotericina.** El 30 de mayo a las 13:50¹⁰³ aparece anotación de que se inicia infusión de vasopresina, se hablará con la familia del pésimo estado **y de la inminencia de fallecimiento dado el dx (diagnóstico) de posible criptococosis meníngea y se solicita Elisa para HIV.**

El día 31 de mayo a las 13:23¹⁰⁴ se anota como subjetivo **diagnósticos de estado de coma secundario a criptococosis meníngea; sepsis severa y síndrome de hipertensión endocraneana, falla respiratoria aguda, neumonitis aspirativa vs neumonía nosocomial;** y como análisis paciente que evoluciona en forma

⁹⁸ Folio 249

⁹⁹ Según la página web: <https://www.tuotromedico.com/temas/INR-sangre.htm> "El INR (International Normalized Ratio) o índice internacional normalizado es un parámetro relacionado con el tiempo de la protrombina que se usa para conocer si la capacidad de la sangre para coagularse es adecuada".

¹⁰⁰ Folio 247

¹⁰¹ Folio 244

¹⁰² Folio 243

¹⁰³ Folio 238

¹⁰⁴ Folio

estacionaria y tórpida, se suspende antibióticos y continuar con anfotericina B y dexametasona, **se solicita TAC de control, valoración por neurocirugía** y control de electrolitos cada 6 horas con pronóstico ominoso **y se diagnostica meningitis no especificada**. A las 14:24¹⁰⁵ **el neurólogo clínico Leonardo Moreno Gómez ordena como plan: concepto de neurocirugía para derivación y realizar latex para criptococo en LCR**. A las 23:43¹⁰⁶ se anota en análisis: paciente severamente comprometida que persiste en coma profundo con compromiso de reflejos de tallo, **TAC cerebral con empeoramiento de edema que colapsa ventrículos, continúa muy inestable**, requiriendo de alto soporte ventilatorio vasoactivo para lograr presiones de perfusión, **no se ha logrado corregir trastorno hidroelectrolítico perpetuado por posible diabetes insípida de origen central, pronóstico ominoso y como diagnósticos septicemia no especificada y e hipertensión intracraneana benigna**.

El día 01 de junio de 2010 se documenta el siguiente análisis¹⁰⁷: **paciente con criterio de lesión pulmonar severa y edema cerebral, se solicita valoración por neurocirugía y como plan: malas condiciones con pronóstico pobre con signos de lesión neurológica severa, diagnóstico de meningitis no especificada. Es valorada por el doctor Manuel Augusto Botero Neurocirujano¹⁰⁸ que encuentra paciente en malas condiciones generales con signos clínicos de lesión neurológica severa en estado de coma profundo con Glasgow 3/15 TAC que muestra hemorragia perimesencefálica, hemorragia interpendicular, hemorragia del valle silviano, hemorragia interhemisférica, además de marcado edema cerebral, como plan describe coma profundo Glasgow 3/15 sin pronóstico y diagnóstico de meningitis no especificada**. Luego se anota¹⁰⁹ **paciente en coma profundo sin reflejos de tallo por lesión neurológica severa secundaria a hipertensión intracraneal, edema cerebral severo de origen infeccioso (Meningitis micótica, criptococosis), con disfunción multiorgánica y severamente hipoperfundida, siendo las 20+35 fallece con diagnóstico de hipertensión intracraneana benigna y septicemia no especificada**.

¹⁰⁵ Folio 229

¹⁰⁶ Folio 226

¹⁰⁷ Folio 223

¹⁰⁸ Folio 221

¹⁰⁹ Folio 218 y 216

Sostiene la parte demandante en su libelo introductorio, que el daño fue consecuencia de una indebida atención médica asistencial de parte de las entidades demandadas, representadas en lo siguiente:

i) Que cuando la paciente ingresa al Hospital San Jorge de Pereira el 14 de abril de 2010 por remisión del Hospital San Pedro y San Pablo de la Virginia, refiriendo <dolor más intenso que ha tenido en su vida>, el neurólogo clínico se quedó corto en el estudio y diagnóstico, en cuanto al estar en presencia de bandera roja en cefalea secundaria, conforme a los “protocolos” médicos ante un TAC normal, lo indicado era una punción lumbar.

ii) Que, ante el diagnóstico incompleto, la paciente sigue empeorando y cuando consulta nuevamente al Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia el 23 de abril de 2010 con nuevos síntomas como visión doble, a ello no se le da importancia, la despachan para la casa.

iv) Que el 27 de abril de 2010 nuevamente acude al Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia, con estrabismo convergente de ojo izquierdo, diplopía y el seguimiento simplemente fue solicitar valoración por optometría y oftalmología. Y cuando llega nuevamente al Hospital San Pedro y San Pablo de la Virginia el día 29 de abril de 2010 con visión borrosa, dolor ocular intenso <la mandaron a morir en la casa>, sin darse cuenta de la gravedad del problema.

v) Que el día 18 de mayo consulta de nuevo en el Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia por el mismo dolor de cabeza pertinaz e insoportable y encuentran que requiere valoración <prioritaria urgente> especializada por medicina interna y/o neurológica, se tardan más de 4 horas para remitirla.

vi) Que, al llegar la paciente al Hospital San Jorge de Pereira en muy malas condiciones y requerir valoración <urgente> por neurología, ésta se viene a dar dos días después de ser solicitada.

vii) Que en el Hospital Universitario San Jorge se presentó una <disputa> entre el neurólogo clínico y el neurocirujano ya que el primero, insiste en un diagnóstico errado de patología quirúrgica, mientras que el segundo afirmaba que no lo era y no tenía signos clínicos, ni imagenológicos de hipertensión endocraneana, girando la salud de la paciente entorno a una <disputa> personal entre dos colegas.

viii) Que hubo negligencia del neurólogo clínico, quien siendo el especialista a cargo de la paciente, el 27 de mayo en vez de ordenar la punción lumbar, como medio de diagnóstico, lo que hace es sugerirla y al otro día él mismo la tiene que ordenar, la cual se realiza 24 horas después, cuando ya el resultado era de una criptococosis meníngea imposible de tratar.

En relación con la atención médica brindada por las entidades demandadas, advierte de una vez la Sala que no observa acreditada una falla en la prestación del servicio médico asistencial, por la presunta inobservancia del protocolo o guías médicas para la atención de la cefalea, o en la decisión de egreso o de haber sido dada de alta la

paciente inicialmente, ni por una demora en la atención o valoración médica especializada, ni en la no realización de la punción lumbar que echa de menos la parte actora, ni por los criterios médicos opuestos presentados entre el neurólogo clínico y el neurocirujano, que permitieran afirmar que el fallecimiento de la señora Edilma Ríos Posada, acaecido el día 01 de junio de 2010, de acuerdo al protocolo de necropsia¹¹⁰ como consecuencia de una <MENINGITIS POR HONGOS>, fuere consecuencia de una falla del servicio médico asistencial o actuación imputable a las entidades demandadas.

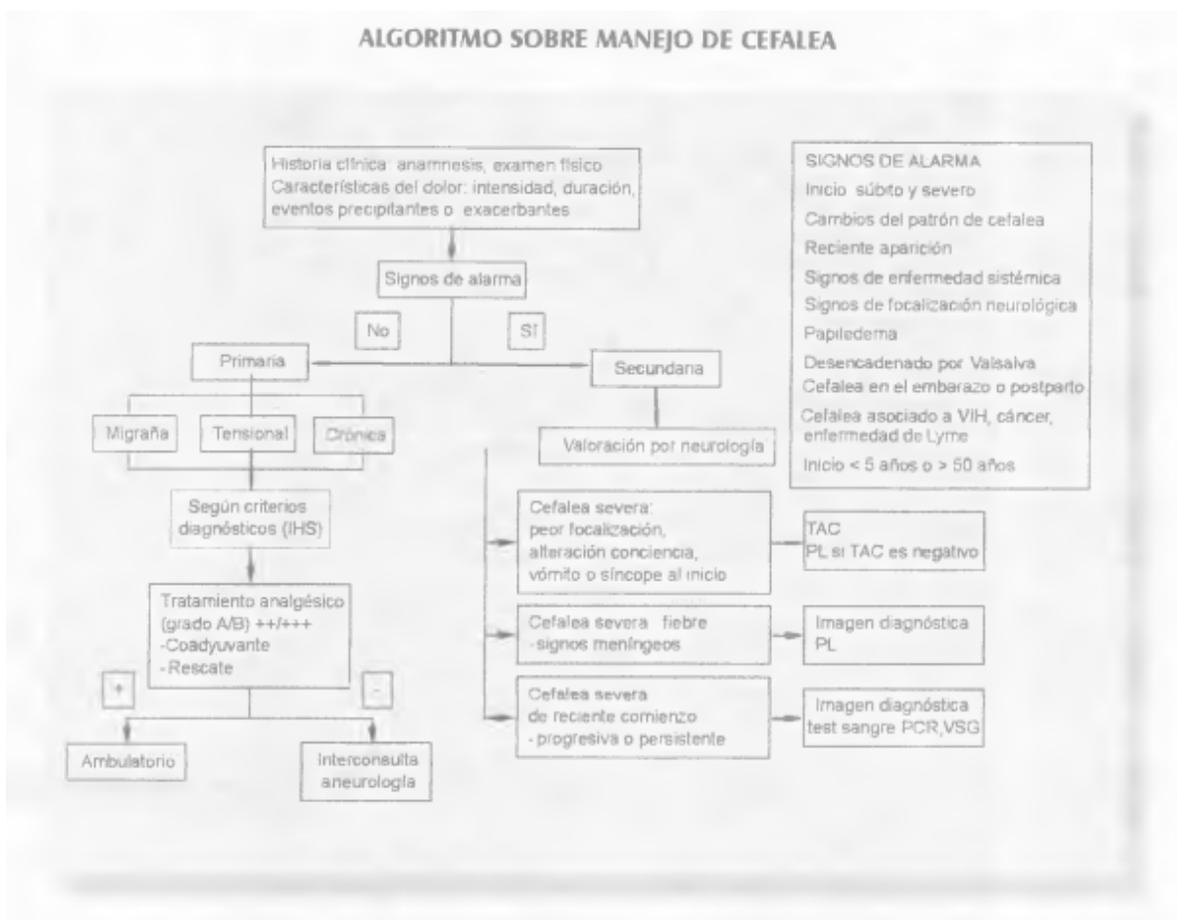
Lo anterior por cuanto las pruebas legal y oportunamente practicadas dentro del plenario ponen de manifiesto, en contraposición de lo esgrimido por la parte actora, una atención adecuada y oportuna acorde a la patología presentada por la paciente, lo que impidió un diagnóstico a tiempo, en lo cual se centrará la Sala, en cuanto es dicha circunstancia la que tiene relación directa con el deceso de la paciente.

En lo que respecta a la imputación formulada por la parte actora en cuanto a que en la atención brindada a la paciente el día 14 de abril de 2010 en el Hospital San Jorge de Pereira quien refería <dolor más intenso que ha tenido en su vida>, tan solo se le ordenó un TAC que, al salir normal, lo procedente conforme a las guías médicas al estar en presencia de bandera roja en cefalea secundaria por probable hipertensión intracraneana idiopática, era una punción lumbar; estima pertinente la Sala traer a colación lo establecido en las guías médicas para manejo de urgencias por cefalea, así como sobre la hemorragia subaracnoidea por parte del Ministerio de la Protección Social (páginas 89 a 114 cd. 1)¹¹¹.

Allí se describe sobre el manejo de la cefalea el siguiente algoritmo:

¹¹⁰ Archivo digital "7_007CUADERNOANEXON2(.pdf) Nro Actua 97" – folio 194.

¹¹¹ Archivo digital "1_001CUADERNON1PRINCIPA(.pdf) NroActua 97" .



Allí se anota que las llamadas banderas rojas son signos de alarma que orientan hacia una posible etiología tumoral, vascular u obstructiva como causante del dolor de cabeza, Y frente a la bandera roja cefalea referida como la más severa jamás sentida se indica que *<Este es el síntoma predominante en los pacientes con hemorragia subaracnoidea o sangrados intracerebrales, quienes inician su cuadro clínico con cefalea de gran intensidad y que se instaura en pocos minutos, y a veces, en segundos. Este solo dato en la historia clínica obliga a la toma de una escanografía cerebral simple (TAC), pues es el examen más sensible para detectar la sangre. Hay que recordar que el medio de contraste tiene la misma densidad de la sangre y por lo tanto si se sospecha hemorragia subaracnoidea, la aplicación de medio confundirá al radiólogo y demorará inútilmente el diagnóstico. Igualmente, la resonancia magnética en estos casos no es un examen útil, pues la sangre fresca puede pasar inadvertida. Si hay criterios clínicos suficientes para sospechar la presencia de hemorragia subaracnoidea pero la escanografía no es concluyente, se debe realizar punción lumbar para aclarar el diagnóstico>* (Negrillas y subrayas de la Sala)

Por otra parte, la literatura médica traída por la parte actora¹¹² sobre el seudotumor cerebral, define éste como el aumento de la presión intracraneal sin signos de localización neurológica, masa intracraneal u obstrucción en la libre circulación del líquido cefalorraquídeo en un paciente alerta y aparentemente sano (llamado también hipertensión intracraneal benigna, meningitis serosa o hidrocefalo otítico), y como diagnóstico en un enfermo con papiledema, pero **sin signos neurológicos de localización**, indica es de exclusión y *<Debe descartarse la posibilidad de masas intracraneales (tumores, hematomas, infecciones) y de obstrucción del CSF, por medio de los estudios radiográficos pertinentes como tomografía computarizada, resonancia nuclear magnética (NMR), o ambos. Raras veces se acude a la angiografía cerebral para descartar trombosis de las venas corticales o de los senos duros y es necesaria la punción lumbar para confirmar el aumento de la presión intracraneal, pero por lo general se pospone hasta que la tomografía computarizada o la NMR han demostrado que el sistema ventricular es pequeño o normal y como tratamiento se describe que en la actualidad, se usan cuatro procedimientos terapéuticos de tipo sintomático: 1) punciones lumbares repetidas, 2) derivación ventricular, 3) tratamiento médico (con corticosteroides, glicerol, diuréticos, acetazolamida y 4) incisión de la vaina del nervio óptico>. (Negrilla de la Sala)*

Frente a la hemorragia subaracnoidea, entendida como el sangrado en el espacio entre el cerebro y la membrana que lo rodea (espacio subaracnoideo), cuyo principal síntoma es un dolor de cabeza intenso y repentino que a veces se relaciona con náuseas, vómitos y una breve pérdida del conocimiento, las mismas guías médicas del Ministerio de la Protección Social (página 109 y 110)¹¹³, indican que es una de las mayores catástrofes intracraneales que puede sufrir un individuo, cuyo diagnóstico acertado depende inicialmente de la detención de los síntomas más frecuentes: los pacientes suelen referir cefalea súbita, intensa y holocraneana, acompañada frecuentemente de pérdida del conocimiento, vómito y a veces convulsiones, señalando que en general *<un buen médico de urgencias debe sospechar que la cefalea es secundaria a ruptura aneurismática cuando se presenta con las siguientes características: a. Es una cefalea súbita, holocraneana y de gran intensidad. b. En los pacientes con cefalea crónica, la HSA cursa con un cuadro de mayor intensidad que lo usual. c. Asociada a alteraciones neurológicas o signos*

¹¹² Archivo digital "1_001CUADERNON1PRINCIPA(.pdf) NroActua 97" - Pagina 83 y 84

¹¹³ Archivo digital "1_001CUADERNON1PRINCIPA(.pdf) NroActua 97" .

meníngicos. d. Asociada con el ejercicio o el estrés físico o emocional. e. Con cambios evidentes en las características de las cefaleas usuales, en pacientes con migraña o cefalea crónica tensional o diaria. Estos síntomas conforman una de las llamadas banderas rojas en cefalea **y requieren estudio escanográfico de urgencia**....Establecido el diagnóstico clínico se procede a comprobarlo con tomografía axial computadorizada (TAC), que siempre debe hacerse sin contraste, puesto que el medio produce la misma imagen que la sangre y por lo tanto puede inducir a confusiones... **Si la sospecha clínica sigue siendo alta a pesar de la tomografía, se debe realizar punción lumbar diagnóstica**... Una vez hecho el diagnóstico, el siguiente paso es definir la conducta, lo que debe estar a cargo de un neurocirujano. Se puede proceder a angiografía diagnóstica (y a veces terapéutica, sí hay disponibilidad de terapia endovascular y la anatomía del aneurisma es propicia para este tratamiento), a la cirugía de emergencia (en caso de hidrocefalia aguda o hematoma intraparenquimatoso o subdural) o a la observación en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI)> (Negrillas de la Sala)

Con fundamento en lo anterior y revisadas las historias clínicas diligenciadas en los centros asistenciales accionados, se advierte que en efecto la paciente Edilma Ríos Posada consultó el 14 de abril de 2010 en la ESE Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia con cuadro clínico de <...15 días de cefalea frontal y hemicraneana derecha pulsátil, intensa con episodios de disminución del dolor, refiere que nunca se le ha quitado el dolor completamente>; que fue remitida para estudio especializado a la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, donde a su ingreso se le diagnosticó hipertensión esencial (primaria) y angina inestable¹¹⁴, por lo cual se ordenó valoración por la especialidad de neurología y, si bien en la historia clínica se reporta haber referido la paciente frente al dolor de cabeza como <EL MÁS INTENSO QUE HA TENIDO EN SU VIDA>, lo cierto es que previo a la valoración por dicha especialidad le fue ordenado un TAC de cráneo y al momento en que la valora el neurólogo doctor Leonardo Moreno Gómez al día siguiente (15 de abril), éste la encontró alerta, **sin déficit cognitivo** pc normales con fondo de ojo borramiento de bordes de papila, quien indicó que, de ser normal el TAC, se debía iniciar tratamiento con acetazolamida y como en efecto según la historia clínica éste

¹¹⁴ Extraído de la página web <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/angina-inestable>, "La angina inestable, o síndrome coronario agudo, es un tipo de dolor o malestar en el pecho que típicamente ocurre cuando una persona está descansando".

tuvo reporte de normalidad, se inició el suministro de dicho medicamento y, como la paciente mejoró, para el día 16 de abril, el mismo neurólogo clínico encontró que la paciente cursaba con un cuadro de probable hipertensión idiopática intracraneana dándole salida con control por consulta externa en un mes.

De lo descrito no advierte la Sala una inobservancia de las guías medicas antes descritas, ni un actuar anómalo de parte del personal médico del Hospital San Jorge de Pereira, por el contrario, queda acreditada la sujeción a las mismas, en especial del algoritmo antes descrito sobre el manejo de cefalea, toda vez que si bien, como lo argumenta la parte actora existía un signo de alarma como era que se trataba de una cefalea referida como la más severa jamás sentida por la paciente, ello dio causa precisamente a la realización del examen de la escanografía cerebral simple (TAC) como examen de elección para descartar una hemorragia subaracnoidea o un tumor cerebral en la paciente y, como esta salió con reporte normal, lo mandatorio era precisamente el suministro del medicamento acetazolamida como diurético para el tratamiento de la hipertensión intracraneal benigna, sin que fuera mandatorio, como lo plantea la parte actora, que se hubiera ordenado una punción lumbar, toda vez que ante una TAC normal, condiciones clínicas de la paciente concluyentes de no sospecha de un problema mayor como sería una hemorragia subaracnoidea y como no había signos de alteración de la conciencia, signos meníngeos, ni fiebre, ello era indicativo de estar en presencia de la hipertensión intracraneal benigna que le fue diagnosticada y de la cual por el tratamiento médico suministrado con acetazolamida, la paciente presentó una evolución satisfactoria del cuadro clínico que le permitió ser dada de alta.

Respecto de lo antes concluido resulta pertinente el dictamen pericial y su aclaración rendidos por la Universidad CES de Medellín a través del doctor Bernardo Soto Arboleda¹¹⁵, médico especialista en Neurocirugía y perito, quien ante la pregunta (2) de si la cefalea referida por la paciente como el dolor más intenso en toda su vida, es un síntoma predominante en hemorragia subaracnoidea respondió:

*<...La HSA produce una cefalea intensa. Incluso los pacientes con antecedentes de migraña, aducen, haber tenido una cefalea que la clasifican como la más fuerte de su vida, esto se presenta ante la ruptura de un aneurisma cerebral, **en este caso que analizamos no tiene ninguna relación**>* (Negrillas fuera de texto original).

¹¹⁵ Archivo digital "2_002CUADERNON1-1PRINCIPAL(.pd f) NroActua 97" - Página 153 a 176 y 207 a 213 del cd. 1-1.

A los interrogantes (pregunta 4) de si ante un diagnóstico de hipertensión intracraneana, con un TAC normal el camino a seguir es la punción lumbar y si en el diagnóstico de ésta es necesario la punción lumbar (pregunta 7), respondió:

<...Ante un cuadro de Hipertensión Intracraneana benigna, se puede realizar inicialmente tratamiento médico. El medicamento de elección es la acetazolamida. Este actúa como diurético, eliminando líquidos a través del riñón y disminuyendo la producción de LCR a nivel intracerebral. Si el paciente no mejora, se le pueden realizar punciones lumbares, las cuales se pueden repetir varias veces, si no existe una buena evolución del cuadro clínico con estos tratamientos, eventualmente podrían ser tributarios de tratamiento neuroquirúrgico...Si el cuadro clínico es muy diciente no se requiere de la punción lumbar para realizar el diagnóstico> (Negrillas fuera de texto original)

Cuando se le indagó (pregunta 8), sobre si existió violación del protocolo médico con la paciente ante el diagnóstico de hipertensión intracraneana, con señales de alarma bandera roja?, respondió de manera categórica <No>, y ante la solicitud de aclaración formulada por la parte actora sobre cuál era la probabilidad que en un principio el cuadro clínico de la paciente sugiriera una enfermedad diferente a la hipertensión endocraneana benigna?, respondió:

<El médico podría pensar en múltiples posibilidades, pero para ello debe apoyarse en el cuadro clínico, en este caso en particular, era una paciente con AP de migraña, con exacerbación de la sintomatología, sin clínica que indujera a pensar en otro diagnóstico y tomografía normal, por ello se pensó en hipertensión endocraneal y se pensó en tratamiento médico> (Negrillas fuera de texto original).

De esta manera, conforme a la literatura médica, la historia clínica (cuadro clínico de la paciente) y el dictamen pericial obrante dentro del proceso, esta Magistratura encuentra desvirtuada la imputación formulada por la parte actora en el sentido que, para la atención del 14 a 16 de abril de 2010, fuere imperativo, además del TAC realizado con reporte normal y el suministro del medicamento de elección **acetazolamida**, adicionalmente la realización de una punción lumbar, con lo cual queda desprovisto de toda prueba la falla alegada por los demandantes en dicho sentido y de contera que el fallecimiento de la paciente, según el protocolo de necropsia¹¹⁶ por una <MENINGITIS POR HONGOS>, tuviera nexa causal con la

¹¹⁶ Archivo digital "7_007CUADERNOANEXON2(.pdf) Nro Actua 97" – folio 194.

supuesta falta de realización, para ese momento, a efectos de complementar el diagnóstico de la punción lumbar que echa de menos la parte actora, máxime cuando el dictamen pericial enseña que la causa del fallecimiento de la paciente *<...fue una inmunodeficiencia que le ocasionó la neumonía, la sepsis y la meningitis por hongos...>*.

Si bien la parte demandante para edificar su argumento sobre la necesidad de la punción lumbar, acude a lo manifestado por el testigo Leonardo Fabio Moreno (neurólogo que atendió la paciente) (páginas 63 a 89 cd. 2)¹¹⁷, quien ante pregunta de cuál es el medio que confirma o descarta una hipertensión intracraneana, indicó *<Para realizar la conformación de la hipertensión intracraneal, se tiene como medio medir la presión a través de una punción lumbar >*, y ante pregunta si dentro de lo que se conoce como banderas rojas se encuentra *<Dolor de cabeza más intenso que he tenido en mi vida>*, respondió que *<Sí, hace parte de los elementos clínicos que hacen necesario considerar un origen secundario de la cefalea y por tanto es una indicación para realizar imagen cerebral tal como lo recomiendan las guías de cefalea>*; para la Sala lo indicado por dicho testigo, contrario a como lo interpreta la parte, lo que hace es confirmar, en primer lugar, la no exigencia de la punción lumbar en este caso, en razón a que de acuerdo a su dicho esta es necesaria cuando la clínica del paciente muestra signos que ameritan confirmar el diagnóstico de hipertensión intracraneal, lo que de acuerdo a la literatura y guías médicas antes analizadas, lo relevante y que hace la diferencia es que en este caso esa confirmación no era necesaria porque no existían criterios clínicos que hicieran sospechar una hemorragia subaracnoidea, y de otro lado, reafirma que el dolor de cabeza más intenso es un elemento clínico bandera roja que hace necesario considerar un origen secundario y que el examen idóneo a realizar es imagen cerebral, es decir, un TAC, que fue el realizado a la paciente y salió normal.

En cuanto a la imputación formulada por la parte actora fundada en un indebido proceder o actuar de la ESE Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia, porque cuando la paciente consultó nuevamente el 23 de abril de 2010 con persistencia del dolor y nuevos síntomas como visión doble, no se le dio importancia y en su lugar *<la despachan para su casa>*; encuentra esta Sala de Decisión que aunque es cierto

¹¹⁷ Archivo digital "4_004CUADERNON2PRUEBAS(.pdf) N roActua 97".

de acuerdo a la historia clínica¹¹⁸ la paciente reconsultó en dicha fecha por el servicio de urgencias ante dicha ESE por <*persistencia de dolor intenso hemicraneal derecho y visión doble*>, lo cierto es que la paciente como bien se anota en la historia clínica negó otros síntomas que hicieran sospechar un cuadro clínico diferente al de la hipertensión intracraneal benigna que le fue diagnosticado, en cuanto, al examen, el médico que la valoró encontró <*fondo de ojo sin alteraciones, no alteraciones de los pares craneales, hidratada, orofaringe sin alteraciones, cuello no ingurgitado, RSCSRS sin soplos, MV limpios sin sobreagregados, abdomen blando depresible no megalias no dolor, neurológico sin déficit motor no sensitivo, no signos de focalización*>, por lo cual dispuso el plan de manejo de aplicarle dipirona, metoclopramida y tramadol y, como al ser valorada nuevamente ésta presentó mejoría de sus síntomas, lo procedente era darle salida, indicar signos de alarma para consultar¹¹⁹ nuevamente y ordenar valoración ambulatoria por la especialidad de neurología como bien lo dispuso la entidad hospitalaria, sin que encuentre este Tribunal que la atención médica así dispensada haya sido contraria a la *lex artis*, al menos no hay prueba técnica dentro del plenario con el grado de certeza necesario que permita concluir lo contrario y menos aún que dicha atención tuviere relación de causalidad con el fallecimiento de la paciente; por tal razón dicha imputación queda también desvirtuada.

De otro lado, en lo que atañe a la imputación referida a que la paciente el 27 de abril de 2010 nuevamente acude al Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia, con estrabismo convergente de ojo izquierdo, diplopía, cuyo seguimiento fue simplemente solicitar valoración por optometría y oftalmología; al respecto conforme a la historia clínica¹²⁰, considera la Sala que, contrario a lo sostenido por la parte actora, en aquella oportunidad la paciente no acudió ante dicha ESE para consultar y menos a consultar nuevamente por persistir sus problemas de cefalea, sino en virtud de consulta **ambulatoria** sobre afinamiento de su hipertensión, donde luego de las diferentes tomas de presión arterial, le fue diagnosticada hipertensión esencial (primaria) y como al examen se encontró paciente con estrabismo convergente de ojo izquierdo con diplopía (visión doble) y sin presencia de afectaciones neurológicas, lo pertinente de acuerdo a la atención ambulatoria en la que se

¹¹⁸ Ídem – Folio 22 y 23.

¹¹⁹ Folio 30

¹²⁰ Folio 24 y 25

encontraba la paciente, no podía ser otra que el indicar dieta y la formulación de metoprolol x 50 mg para el tratamiento de la hipertensión y por otra parte, solicitar valoración por las especialidades de optometría y oftalmología para el manejo de su problema de visión (estrabismo con diplopía), como en efecto fue dispuesto por el respectivo galeno de la entidad codemandada reseñada, sin que se advierta entonces un desconocimiento de los protocolos médicos en dicha atención ambulatoria y menos, acreditada relación de causalidad con el fallecimiento de la paciente.

En torno a lo reprochado que cuando el día 29 de abril de 2010 la paciente llega nuevamente al Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia, con visión borrosa, dolor ocular intenso <la mandaron a morir en la casa>, sin darse cuenta de la gravedad del problema; estima esta magistratura que, contrario a lo expuesto, la paciente en dicha oportunidad, según se demuestra con la historia clínica¹²¹, acudió igualmente a dicho centro asistencial, no por el servicio de urgencias para consultar por persistencia de sus problemas de cefalea, sino por **consulta ambulatoria** por la especialidad de optometría ordenada dos días atrás, con ocasión de la diplopía que presentaba, y como la paciente refirió en ese momento <dolor ocular intenso> y el médico que la atendió advirtió que se le había realizado con anterioridad un TAC cerebral normal, fue diagnosticada con diplopía con plan de manejo suministro de dipirona, metoclopramida y tramadol, y como al revalorarla encontró mejoría, le dio salida con fórmula médica y la remitió para valoración ambulatoria por neurología. En dicha atención médico asistencial no advierte este juez colegiado un proceder contrario a la *lex artis*, dado que no existían elementos concluyentes sobre la presencia de afectaciones neurológicas, para así haber actuado de manera distinta, al menos dentro del plenario no hay elementos de prueba diferentes a la historia clínica y menos técnicos que permitan concluir lo contrario, por lo que carece por demás de cualquier fundamento fáctico sostener que al haberle dado salida a la paciente <la mandaron a morir en la casa>, cuando las pruebas obrantes en el dossier refieren que ésta consulta de nuevo el 18 de mayo y fallece muchos días después (01-06-2010) en la ESE Hospital San Jorge de Pereira, se destaca, según el protocolo de necropsia¹²² por una < MENINGITIS POR HONGOS>” y de acuerdo

¹²¹ Folio 25 y 26.

¹²² Archivo digital "7_007CUADERNOANEXON2(.pdf) Nro Actua 97" – folio 194.

al dictamen pericial a causa de <...una inmunodeficiencia que le ocasionó la neumonía, la sepsis y la meningitis por hongos...>.

Igualmente, expone la parte demandante que para el día 18 de mayo de 2010, la paciente regresó nuevamente a consultar en el Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia por el mismo dolor de cabeza pertinaz e insoportable, que se le ordenó valoración <prioritaria urgente> especializada por medicina interna y/o neurológica, que se tardó más de cuatro horas para remitirla y que al llegar al Hospital San Jorge de Pereira en malas condiciones y requerir valoración “urgente” por neurología, ésta solo tuvo lugar dos días después de ser solicitada. Frente a lo anterior, advierte la Sala de acuerdo a las historias clínicas respectivas¹²³ que en efecto la paciente acudió aquel día a la ESE de La Virginia por el servicio de urgencias a las 12:36 a.m. con cuadro de cefalea pertinaz e insoportable, se deja en observación con dipirona + metoclopramida, tramadol y control de signos vitales cada 4 horas, para la 01:51 p.m. del mismo día, varía el diagnóstico¹²⁴ a <trastorno de la personalidad y del comportamiento en adultos, no especificado>, se solicita cuadro hemático, parcial de orina y creatinina, y finalizando la tarde a las **4:09 p.m.**¹²⁵ al encontrarla al examen físico <hidratada, afebril, conciente (sic), desorientada, algica, no abre los ojos, no colabora, pupilas isocóricas normorreactivas, desviación de mirada, cardiopulmonar normal, abdomen blendo (sic), depresible, no doloroso, neurológico sin déficit localizado, con mareo, alteración del comportamiento y mareo, cefalea intensa>, fue en esa oportunidad que como plan de manejo se ordenó su remisión <Prioritaria Urgente> para valoración por medicina interna y/o neurología¹²⁶, arribó al Hospital San Jorge de Pereira el mismo día 18 de mayo de 2010 a las **17:38**¹²⁷, lo que dista de lo afirmado por la parte actora en cuanto permite concluir que la remisión de la paciente tan solo se tardó 1 hora y 29 minutos, plazo razonable considerando la distancia entre los municipios de La Virginia y Pereira, lo que diluye la existencia de una falla en el servicio de dicha codemandada por este aspecto, con mayor razón cuando al plenario no se allega prueba indicativa de que el término de dicho traslado haya sido la causa del fallecimiento de la paciente.

¹²³ Folios 26 a 28, 30 a 32, 56 y 288 a 290.

¹²⁴ Folio 30

¹²⁵ Folio 31

¹²⁶ Folio 56

¹²⁷ Folio 289 a 290

Ahora, si bien es cierto que la paciente ingresa al Hospital San Jorge de Pereira el día **18 de mayo a las 17:38**¹²⁸ y la valoración por neurología que requería la paciente tuvo lugar el día **20 de mayo a las 15:42**¹²⁹ por parte del doctor Leonardo Moreno Gómez, esto es, dos días después como lo afirma la parte actora, cabe precisar que ello se debió a que el médico que la valoró con posterioridad al ingreso el 19 de mayo a las 13:23¹³⁰ además de ordenar sedación y acetazolamida por la condición clínica que la paciente presentaba para ese momento, consideró que primero era necesario valoración por neurocirugía a efectos de descartar o confirmar un posible tratamiento quirúrgico, no obstante, primero se dio la valoración por el referido neurólogo el día 20 de mayo a las 15:42¹³¹, quien en subjetivo anota: <...paciente con antecedente de hipertensión intracraneana idiopática, ingresa por exacerbación de la cefalea, había suspendido la acetazolamida> y en objetivo: <en el momento alerta, sigue ordenes simples, paresia vi pc bilateral> (parálisis que afecta a la capacidad de mover el ojo hacia el exterior), y como plan ordena hospitalización y valoración por neurocirugía para definir realización de derivación ventrículooperitoneal (cirugía para tratar el exceso de líquido cefalorraquídeo (LCR) en las cavidades (ventrículos) del cerebro (hidrocefalia), y el mismo día 20 de mayo a las 18:35, la paciente es valorada por el neurocirujano Pablo Vela de Los Ríos, quien diagnóstica hipertensión intracraneal benigna e indica que es tributaria para RMN con gadolinio para descartar trombosis del seno venoso exoftalmus, ordena el traslado de la paciente a medicina interna, y además la vuelve a valorar los días 22 de mayo de 2010 a las 10:52¹³², el 23 de mayo a las 09:33¹³³ y el 25 de mayo a las 11:16¹³⁴, última atención en la que dicho especialista por hallazgos de la RMN de infartos subagudos tempranos en el núcleo caudado y putamen derecho y leucoencefalopatía inespecífica fronto parietal bilateral derecha y confirmar el diagnóstico de hipertensión endocraneana idiopática, reafirma que la paciente no era quirúrgica, de lo cual no advierte la Sala falta de diligencia u oportunidad en la atención por la especialidad de neurología que requería la paciente por haberse dado dos días después de su ingreso al Hospital San Jorge, por cuanto la historia clínica refleja claramente que esta fue debidamente atendida, que se dispuso el suministro de medicamentos, la práctica de exámenes e incluso

¹²⁸ Folio 289 a 290

¹²⁹ Folio 286

¹³⁰ Folio 288.

¹³¹ Folio 286

¹³² Folio 279

¹³³ Folio 278

¹³⁴ Folio 275

fue valorada no solo por la especialidad de neurocirugía por así haberlo considerado preliminarmente necesario el médico que la atendió a su ingreso en razón del cuadro clínico que mostraba la paciente, sino luego por parte del propio neurólogo que igualmente el 20 de mayo consideró que era necesario primero la valoración por dicha especialidad (neurocirugía).

El dictamen pericial obrante dentro del proceso rendido por parte de neurocirujano de la Universidad CES de Medellín, permite confirmar lo antes concluido y desvirtuar la existencia de una falla en el servicio de dicha codemandada por el aspecto así invocado por la parte actora (atención por neurología dos días después), toda vez que la experticia, frente al interrogante sobre si la valoración urgente por neurólogo pedida el 19 de mayo de 2010 a las 13:23 y que fue realizada el 20 de mayo a las 15:42 había sido diligente y oportuna, éste respondió: *<Sí. Porque se pensó que se requería una derivación ventriculoperitoneal y se pidió el concurso del neurocirujano. Evaluado por esta especialidad, se determinó que no se necesitaba de tratamiento quirúrgico, posteriormente la paciente inicia deterioro neurológico, se solicita una RNM de cráneo, donde se observaron infartos subagudos a nivel de los núcleos basales. Por ende, el neurocirujano consideró que la paciente no cursaba con una patología neuroquirúrgica y sugirió continuar tratamiento por neurología clínica y medicina interna>*.

En lo que concierne a que estando la paciente en el Hospital Universitario San Jorge se presentó una “disputa” profesional que incidió en el deterioro de la salud de la paciente, toda vez que, mientras el neurólogo clínico insistía en una patología quirúrgica, el neurocirujano afirmaba que no lo era porque no tenía signos clínicos, ni imagenológicos de hipertensión endocraneana; considera este Tribunal que lo que se dio entre dichos especialistas fue una diferencia de criterios profesionales que tuvo génesis en el cuadro clínico de difícil diagnóstico que presentaba la paciente y que llevaba a que ambos especialistas debatieran en favor de la salud de la misma y nunca en menoscabo de esta, en cuanto la concurrencia de ambos especialistas, de acuerdo a la historia clínica, demuestra que sus intervenciones estuvieron cimentadas en la evolución tórpida de la paciente que no inducía a pensar en una patología específica, que hacía imposible que se formulara un diagnóstico etiológico y por ende un plan de manejo adecuado para conjurar sus problemas de salud, diagnóstico que solo se pudo concretar después cuando se le realiza el 29 de mayo

de 2010, punción lumbar y se obtiene líquido cefalorraquídeo que permite diagnosticar meningitis por hongos que al no ser identificada a tiempo, se resalta, por la evolución clínica bizarra de la paciente, ya había ocasionado una lesión isquémica que en asocio con los problemas de neumonía, al parecer nosocomial, sepsis, posible problema de inmunodeficiencia, resultó mortal, lo cual se corrobora con el protocolo de necropsia que indica que la causa fue una *<MENINGITIS POR HONGOS>* y el dictamen rendido en el *sub iudice* que alude que la causa fue *<...una inmunodeficiencia que le ocasionó la neumonía, la sepsis y la meningitis por hongos...>*, todo lo cual deja sin sustento fáctico y probatorio las afirmaciones de la parte actora en el sentido que esa diferencia de criterios haya tenido relación de causalidad con el fallecimiento de la paciente.

Se ratifica lo antes expuesto con lo concluido por el perito en su dictamen, quien ante el interrogante (pregunta 23) de si las diferencias de opinión entre los neurólogos influyeron para no tomar la decisión correcta ante el manejo de la paciente, respondió: *<A la paciente se le realizaron todos los tratamientos pertinentes, la paciente presento (sic) un cuadro clínico absolutamente bizarro y es extremadamente difícil llegar a un diagnóstico con los síntomas que presento (sic) inicialmente. En medicina siempre se llega a un diagnóstico definitivo cuando se realiza una valoración concienzuda del cuadro clínico y muchas veces el diagnóstico se hace por descarte>*

Y en lo que respecta a la atención brindada, el perito ante pregunta de aclaración de si en el presente caso se realizó una valoración concienzuda desde el inicio de la consulta, respondió: *<Sí, es imposible predecir la evolución clínica de esta paciente y llegar a un diagnóstico etiológico partiendo del cuadro clínico de inicio...Porque se solicitaron las ayudas diagnósticas acordes con el cuadro clínico que la paciente presentaba inicialmente>*. Ante interrogante aclaratorio sobre cuál era la probabilidad que en un principio el cuadro clínico de la paciente sugiriera una enfermedad diferente a la hipertensión endocraneana benigna, sin ambages, señaló: *<El médico podría pensar en múltiples posibilidades, pero para ello debe apoyarse en el cuadro clínico, en este caso en particular, era una paciente con AP de migraña, con exacerbación de la sintomatología, sin clínica que indujera a pensar en otro diagnóstico y tomografía normal, por ello se pensó en hipertensión endocraneal y se pensó en tratamiento médico>*. Igualmente, ante pregunta aclaratoria de si los

exámenes médicos y medios diagnósticos utilizados inicialmente para la paciente, fueron acordes a la complejidad de la sintomatología presentada, respondió: <Sí > y al interrogante de si era imposible conocer el diagnóstico etiológico de la paciente siendo lo suficientemente cuidadoso y diligente con extrañeza de la enfermedad, dijo: <Imposible>, por último, ante otra pregunta aclaratoria expresó:<La paciente presentó inicialmente un cuadro clínico bizarro, que no inducía a pensar en una patología específica. Le administraron acetazolamida y ella pudo haber mejorado parcialmente el cuadro de hipertensión endocraneana, pero ella se exacerbó y posteriormente hizo una clínica sugestiva de una meningitis>

El argumento de la parte actora dirigido a que hubo negligencia del neurólogo clínico quien, siendo el especialista a cargo de la paciente el 27 de mayo, en lugar de ordenar la punción lumbar como medio de diagnóstico, lo que hace es sugerirla y al otro día él mismo la tiene que ordenar, la que se realiza 24 horas después cuando ya el resultado era de una criptococosis meníngea imposible de tratar; para esta Magistratura resulta infundado, dado que cuando el neurólogo clínico el día 27 de mayo a las 14:49¹³⁵ como plan **sugiere** realizar punción lumbar, contrario a como lo interpreta la parte actora, en el argot médico estaba ordenando la misma y correspondía a los médicos de la sala donde se encontrara la paciente acatar la sugerencia, que si bien no se pudo realizar inmediatamente, ello se debió, en primer lugar, como lo advirtió el mismo neurólogo¹³⁶ porque estaba pendiente el traslado de la paciente a UCI, el cual se dio el 28 de mayo a las 02:57¹³⁷ y aunque a las 17:12¹³⁸, el neurólogo clínico dispone el plan de **realizar** punción lumbar evacuante, lo cierto es que como se anota a las 22:23 del 28 de mayo¹³⁹, la paciente se encontraba en malas condiciones neurológicas con Glasgow muy bajo, por lo que ésta tampoco se pudo realizar por tener INR¹⁴⁰ de 1.56, fiebre y con requerimiento de parámetros intermedios ventilatorios por la neumonía, por lo que una vez queda estable en su

¹³⁵ Folio 260

¹³⁶ Folio 260

¹³⁷ Folio 255

¹³⁸ Folio 251

¹³⁹ Folio 249

¹⁴⁰ Según la página web: <https://www.tuotromedico.com/temas/INR-sangre.htm> "El INR (International Normalized Ratio) o índice internacional normalizado es un parámetro relacionado con el tiempo de la protrombina que se usa para conocer si la capacidad de la sangre para coagularse es adecuada".

condición, luego de realizarle terapia respiratoria¹⁴¹, el día 29 de mayo de 2010 a las 18:19¹⁴² se realiza la punción lumbar a nivel de espacio intervertebral L4-L5 y a las 22:03¹⁴³ el reporte del líquido cefalorraquídeo LCR, reporta signos francos de meningitis y tinta china positiva, por lo que se decide inicio de anfotericina ante el diagnóstico criptococosis meníngea, todo lo cual permite descartar la supuesta negligencia invocada por la parte demandante en relación con la realización de la punción lumbar “sugerida” y/o ordenada por el neurólogo.

Al respecto, resulta pertinente lo manifestado por el perito a manera de conclusión cuando señala que en su concepto: *<al analizar la historia clínica no encuentro fallas médicas, se le ordenaron los exámenes pertinentes de acuerdo a su cuadro clínico y se establecieron los tratamientos necesarios todos ellos acordes con la Lex Artis>* manifestando además que *<La causa del fallecimiento de la paciente fueron las infecciones (sepsis y meningitis) en las últimas horas antes del deceso, se le ordenó una última TAC de cráneo donde se observaba un gran edema cerebral y un infarto isquémico en el territorio de la arteria cerebral media izquierda, nada de esto es atribuible a falla médica>*.

Aunque en la historia clínica se documenta¹⁴⁴ una infección nosocomial (neumonía bacteriana) que al parecer adquirió la paciente en la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, lo cual si bien pudo influir en su sepsis y por ende en su posterior deceso, lo cierto es que dentro del plenario no existen elementos de juicio suficientes que indiquen sin lugar a equívocos que el daño (fallecimiento) fuere consecuencia exclusiva de la infección contraída en dicho centro asistencial o de origen exógeno, al contrario, el protocolo de necropsia alude a una causa endógena, cual fue una *<MENINGITIS POR HONGOS>* y el dictamen alude a *<...una inmunodeficiencia que le ocasionó la neumonía, la sepsis y la meningitis por hongos...>*, lo que impide estructurar una falla en el servicio por este solo aspecto.

Es oportuno dejar claro que, aunque la parte actora haya formulado en el escrito de alegaciones reparos frente a las conclusiones del dictamen, para esta Sala, dichas

¹⁴¹ Folio 247

¹⁴² Folio 244

¹⁴³ Folio 243

¹⁴⁴ Folio 264

inconformidades no alcanzan a tener la contundencia necesaria para restarle valor y eficacia probatoria a dicha prueba, sobre la cual por cierto se surtió la debida contradicción, fue rendido por un perito idóneo y además experto (neurocirujano) rama de la medicina que guarda relación directa con el área del conocimiento objeto de experticia, está debidamente fundamentado y sus conclusiones técnicas y científicas son claras, firmes y consecuencia de las razones expuestas, guarda consonancia con otras pruebas como las documentales (historias clínicas), no existen otras pruebas en el plenario que lo desvirtúen y, por último, no existe motivo serio para dudar de su imparcialidad.

Sobre los elementos y condiciones necesarias para que un dictamen pericial dé certeza y pueda tener eficacia probatoria, el H. Consejo de Estado¹⁴⁵, ha señalado:

*“15.9. De otro lado, se advierte que **para efectos de que un dictamen pericial pueda llevarle certeza al juez sobre el objeto de estudio, debe reunir ciertas condiciones, dentro de las que se debe resaltar que sus conclusiones tienen que estar debidamente fundamentadas e igualmente, como medio probatorio que es, no puede ser desvirtuado por los demás elementos de convicción que obren en el plenario**, requisitos de los cuales el estudio aludido carece en el sub iudice. Al respecto, se ha señalado:*

3.5.1 Ha dicho la Sala que para que el dictamen pericial pueda tener eficacia probatoria se requiere que: (i) el perito informe de manera razonada lo que de acuerdo con sus conocimientos especializados sepa de los hechos; (ii) su dictamen sea personal¹⁴⁶ y contenga conceptos propios sobre las materias objeto de examen y no de otras personas por autorizadas que sean, sin perjuicio de que pueda utilizar auxiliares o solicitar por su cuenta el concurso de otros técnicos, bajo su dirección y responsabilidad; (iii) que el perito sea competente, es decir, un verdadero experto para el desempeño del cargo; (iv) que no exista un motivo serio para dudar de su imparcialidad; (v) que no se haya probado una objeción por error grave; (vi) que el dictamen esté debidamente fundamentado y sus conclusiones sean claras firmes y consecuencia de las razones expuestas; (vii) que sus conclusiones sean conducentes en relación con el hecho a probar; (viii) que se haya surtido la contradicción; (ix) que no exista retracto del mismo por parte del perito; (x) que otras pruebas no lo desvirtúen y (xi) que sea claro, preciso y detallado, es decir, que dé cuenta de los exámenes, experimentos e investigaciones efectuadas, lo mismo que de los fundamentos técnicos, científicos o artísticos de las conclusiones¹⁴⁷.

El artículo 241 del C.P.C. señala que el juez al valorar o apreciar el dictamen de los peritos tendrá en cuenta la firmeza, precisión y calidad de sus fundamentos,

¹⁴⁵ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B, providencia del 28 de mayo de 2015, exp. 32665, C.P. Danilo Rojas Betancourth.

¹⁴⁶ [12] Devis Echandía, Hernando, Compendio de Derecho Procesal, Tomo II, Pruebas Judiciales, Editorial ABC, 1984, págs. 339 y ss.

¹⁴⁷ [13] Consejo de Estado, sentencia de 16 de abril de 2007, exp. AG-250002325000200200025-02, C. P. Ruth Stella Correa Palacio.

la competencia de los peritos y los demás elementos probatorios que obren en el proceso. Con esto se quiere significar que el juez es autónomo para valorar el dictamen y verificar la lógica de sus fundamentos y resultados, toda vez que el perito es un auxiliar de la justicia, pero él no la imparte ni la administra, de manera que, como con acierto lo ha concluido la doctrina, el juez no está obligado a "...aceptar ciegamente las conclusiones de los peritos, pues si ello fuese así, estos serían falladores..."¹⁴⁸. En suma, el juez está en el deber de estudiar bajo la sana crítica el dictamen pericial y en la libertad de valorar sus resultados; si lo encuentra ajustado y lo convence, puede tenerlo en cuenta total o parcialmente al momento de fallar; o desechar sensatamente y con razones los resultados de la peritación por encontrar sus fundamentos sin la firmeza, precisión y claridad que deben estar presentes en el dictamen para ilustrar y transmitir el conocimiento de la técnica, ciencia o arte de lo dicho" (Negritas y subrayas fuera de texto original).

En tal virtud, para esta corporación judicial, el dictamen rendido dentro del presente asunto contiene los elementos y condiciones necesarias que lo dotan de plena certeza y eficacia probatoria para definir la presente contienda, máxime cuando la parte actora no trae al plenario otros elementos de juicio suficientes como sería otra prueba pericial o testimonial técnica que enervaran su solidez, consistencia y congruencia, lo que impide restarle valor y eficacia probatoria.

Ahora, aunque no ha sido estructurada la responsabilidad extracontractual imputada, que amerite el análisis de las eximentes de dicha responsabilidad, la Sala estima necesario precisar que el medio exceptivo de **culpa exclusiva de la víctima**, formulado por la demandada ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, fundado en que el daño tuvo origen en que la paciente no tuvo una buena adherencia al tratamiento, lo que hizo que su cuadro se agudizara complicando aún más su estado de salud; para esta Sala, carece de vocación de prosperidad, por cuanto, como lo ha sostenido el H. Consejo de Estado, para que pueda hablarse de culpa de la víctima jurídicamente, debe estar demostrada además de la simple causalidad material según la cual la víctima directa participó y fue causa eficiente en la producción del resultado o daño, el que dicha conducta provino del actuar imprudente o culposo de ella, que implicó la desatención a obligaciones o reglas a las que debía estar sujeta, es decir que es necesario un actuar positivo o negativo de la víctima que sea determinante o eficiente en la producción del daño y además estar probada una falla en el servicio, elementos estos que no están acreditados en el *sub lite*, sin que la falta de adherencia al tratamiento por parte de un paciente, pueda jurídicamente constituirse en una causa exclusiva y determinante del daño, peor aun

¹⁴⁸ [14] Parra Quijano, Jairo, Manual de Derecho Probatorio, Librería Ediciones del Profesional Ltda., 2004, Pág. 649.

cuando el material probatorio (necropsia y dictamen) como ya ha quedado analizado convergen en otros aspectos como causa del daño. Al respecto el H. Consejo de Estado ha indicado:

“Cabe recordar que la culpa exclusiva de la víctima, entendida como la violación por parte de ésta de las obligaciones a las cuales está sujeto el administrado, exonera de responsabilidad al Estado en la producción del daño. Así, la Sala en pronunciamientos anteriores ha señalado:

“(...) Específicamente, para que pueda hablarse de culpa de la víctima jurídicamente, ha dicho el Consejo de Estado, debe estar demostrada además de la simple causalidad material según la cual la víctima directa participó y fue causa eficiente en la producción del resultado o daño, el que dicha conducta provino del actuar imprudente o culposo de ella, que implicó la desatención a obligaciones o reglas a las que debía estar sujeta. Por tanto puede suceder en un caso determinado, que una sea la causa física o material del daño y otra, distinta, la causa jurídica la cual puede encontrarse presente en hechos anteriores al suceso, pero que fueron determinantes o eficientes en su producción. Lo anterior permite concluir que si bien se probó la falla del servicio también se demostró que el daño provino del comportamiento exclusivo de la propia víctima directa, la cual rompe el nexo de causalidad; con esta ruptura el daño no puede ser imputable al demandado porque aunque la conducta anómala de la Administración fue causa material o física del daño sufrido por los demandantes, la única causa eficiente del mismo fue el actuar exclusivo y reprochable del señor ..., quien con su conducta culposa de desacato a las obligaciones a él conferidas, se expuso total e imprudentemente a sufrir el daño (...).”¹⁴⁹

Bajo este contexto, para esta magistratura la causa de la muerte de la señora Edilma Ríos Posada, no fue una falla en la prestación del servicio médico asistencial de parte de las entidades demandadas, como lo argumenta la parte actora en la demanda, lo cual quedó desprovisto de prueba, menos aún que esas supuestas fallas y omisiones, no acreditadas, fueran las causas inequívocas de su deceso. Por el contrario, quedó debidamente acreditado que el daño (fallecimiento), tuvo origen en el cuadro clínico inicial de la paciente que no mostraba síntomas para pensar en una patología específica como la meningitis por hongos que fue imposible de diagnosticar a tiempo, lo que en asocio con la infección pulmonar al parecer por neumonía nosocomial, sepsis y deterioro neurológico por edema cerebral e infarto isquémico en concurso con un posible síndrome de inmunodeficiencia, fueron las que la llevaron a su deceso.

¹⁴⁹ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 25 de julio de 2002 (expediente 13.744).

Todo lo anterior lleva a concluir que el daño en el *sub examine* no fue consecuencia de una actuación irregular o defectuosa de las entidades demandadas, la cual se desplegó de manera adecuada y oportuna, tal como lo indican las pruebas legal y oportunamente allegadas al proceso. Así, a voces del artículo 177 del C.P.C., según el cual incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen, le atañía a la parte actora acreditar que la actuación de las demandadas constituyeran falla del servicio médico asistencial a su cargo, o culpa en el acto médico particular, así como la imputabilidad del daño a dicha actuación, lo cual no logró en el *sub lite*, por el contrario, como se ha señalado a lo largo de la presente providencia, quedó acreditada una adecuada y oportuna prestación del servicio por parte de las accionadas y unas causas eficientes del daño diversas de la actuación médico asistencial a cargo de las demandadas.

De conformidad con todo lo discurrido, y comoquiera que el material probatorio obrante en el expediente no da cuenta del nexo causal entre la atención médico asistencial a cargo de las demandadas (ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira y ESE Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia) y el fallecimiento de la señora Edilma Ríos Posada, de tal manera que el resultado dañoso no resulta imputable a dichas entidades, en cuanto la parte actora no logró demostrar los presupuestos de la responsabilidad extracontractual atribuida a las entidades demandadas, se impone desestimar las pretensiones formuladas en la demanda.

En razón del sentido de tal decisión, queda relevada esta Sala de Decisión del análisis de las excepciones formuladas por la llamada en garantía La Previsora S.A., toda vez que ninguna obligación habrá de imponerse a cargo de la llamante ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, que deba ser asumida por la garante.

7. COSTAS.

No habrá lugar a condena en costas, de conformidad con las previsiones contenidas en el artículo 171 del Código Contencioso Administrativo, modificado por el artículo 55 de la Ley 446 de 1998.

De otro lado, teniendo en cuenta que se ha allegado escritos de renuncia de poder por parte de las apoderadas que venían actuando en representación de la ESE Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia (Índice Samai 97)¹⁵⁰ y la llamada en garantía La Previsora S.A. Compañía de Seguros (Índice Samai 97)¹⁵¹; así como nuevo poder de parte de esta última (Índice Samai 97)¹⁵², se proveerá lo pertinente.

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

V. FALLA

1. Se declara **no** probada la excepción de culpa exclusiva de la víctima, formulada por la codemandada ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, de conformidad como lo expuesto en esta providencia.
2. **NIÉGANSE** las pretensiones de la demanda, por las razones anotadas en la parte considerativa del presente fallo.
3. Sin costas en esta instancia, por las consideraciones expuestas en la parte motiva de este proveído.
4. En firme esta decisión, procédase por Secretaría con la devolución a la parte demandante de los remanentes de la cuota de gastos a que hubiere lugar y con el archivo del expediente.

Se acepta la renuncia que al poder hacen las abogadas Gloria Lucía Salazar Gil y Carolina Echeverry González, como apoderada de la entidad demandada ESE Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia y de la llamada en garantía La Previsora S.A. Compañía de Seguros, respectivamente. De otro lado, en los términos del artículo 75 del Código General del Proceso, se le reconoce personería a la abogada Lina Marcela Gabelo Velásquez, como apoderada de la entidad llamada en garantía La Previsora S.A. Compañía de Seguros, para actuar en el presente asunto.

¹⁵⁰ Archivo digital "12_012RENUNCIAPODERHOSPITAL(.pdf) NroActua 97"

¹⁵¹ Archivo digital "13_013RENUNCIAPODER(.pdf) NroActua 97"

¹⁵² Archivo digital "14_014PODERPREVISORA(.pdf) Nro Actua 97".

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

**DUFAY CARVAJAL CASTAÑEDA
MAGISTRADA**

**JUAN CARLOS HINCAPIÉ MEJÍA
MAGISTRADO**

**LEONARDO RODRÍGUEZ ARANGO
MAGISTRADO**

**“Este documento fue firmado electrónicamente. Usted puede consultar la
providencia oficial con el número de radicación en**

<https://samairj.consejodeestado.gov.co>