



**CONSEJO DE ESTADO**  
**SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO**  
**SECCIÓN TERCERA**  
**SUBSECCION A**

**Consejera ponente: MARÍA ADRIANA MARÍN**

Bogotá, D.C., veintiuno (21) de febrero de dos mil veinticinco (2025)

**Radicación número: 76001-23-33-000-2015-00389 (69893)**

**Actor: TIH Y OTROS**

**Demandado: E.S.E. HOSPITAL BB Y OTROS REFERENCIA: ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA**

*Temas: ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA - Falla del servicio médico asistencial – Muerte de paciente por causa de una rectorragia y cetoacidosis diabética / FALLA PROBADA DEL SERVICIO - El régimen de responsabilidad aplicable es la falla probada / PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD - Se acreditó que la atención deficiente le restó a la paciente oportunidades de sobrevivir.*

Procede la Sala a resolver los recursos de apelación interpuestos por la E.S.E. Hospital **BB** y la Previsora S.A. contra la sentencia del 15 de febrero de 2023, proferida por el Tribunal Administrativo del Valle del Cauca, mediante la cual se accedió a las pretensiones de la demanda.

**SÍNTESIS DEL CASO**

Se demandó por la "*actuación omisiva y negligente*" del personal médico que atendió a la señora **ACC** en la E.S.E. Hospital **BB** Gasca y la E.S.E. Hospital Raúl Orejuela Bueno. Según la parte actora, en dichos centros médicos no se le brindó el tratamiento médico que requería, pues no se consideraron sus antecedentes crónicos, no se realizaron los exámenes necesarios para diagnosticar la causa de su dolor abdominal y no se gestionó su remisión a un hospital de mayor complejidad de manera oportuna, todo lo cual influyó negativamente en el desenlace fatal de la referida señora, quien falleció el 29 de diciembre de 2012, por causa de una rectorragia y cetoacidosis diabética.



## ANTECEDENTES

### 1. La demanda

1.1. Mediante escrito presentado el 16 de diciembre de 2014 (f. 73-103 c-1), el señor Teódulo Ibarbo Hurtado y otros<sup>1</sup>, por conducto de apoderado judicial (f. 1-5 c-1), presentaron demanda de reparación directa en contra de la E.S.E. Hospital **BB**, la E.S.E. Raúl Orejuela Bueno y la Nueva EPS, con el fin de que se les declarara patrimonialmente responsables por la muerte de la señora **ACC**, ocurrida el 29 de diciembre de 2012<sup>2</sup>.

1.2. Los hechos que motivaron la demanda fueron los siguientes:

El 27 de diciembre de 2012, a las 3:00 a. m., la señora **ACC** acudió a la E.S.E. Hospital **BB** de Florida, Valle del Cauca, y manifestó tener malestar generalizado y un fuerte dolor abdominal que progresivamente aumentaba en intensidad. En dicho centro médico se constató que la paciente tenía antecedentes crónicos de hipertensión arterial y diabetes tipo II.

Con base en los síntomas referidos, se le formuló Buscapina Compuesta, Metoclopramida, Captopril y Nifedipino. Dos horas después, la paciente manifestó que el dolor había disminuido y, por ello, se ordenó su salida, sin que se le hubieran practicado exámenes diagnósticos que permitieran identificar la causa del dolor abdominal.

El 29 de diciembre siguiente, al persistir el dolor y con un agravamiento en su estado de salud, la señora Cadena Caicedo retornó al hospital **BB** Gasca, donde ingresó al servicio de urgencias a las 5:30 a.m. En esta oportunidad se ordenaron exámenes paraclínicos *-cuadro hemático, parcial de orina y*

---

<sup>1</sup> Como demandantes figuran, además: Edwar Ibarbo Cadena, Luis Alfonso Ibarbo Cadena, Willington Ibarbo Cadena, quien actúa en nombre propio y en representación de su hija menor de edad Hillary Ibarbo Rosero; Eberth Ibarbo Cadena, quien actúa en nombre propio y en representación de sus hijos menores de edad Angie Katherine Ibarbo Quiñones, Mary Julieth Ibarbo Quiñones, Luis Eduardo Ibarbo Quiñones, Eberth Santiago Ibarbo Caicedo y Aldair Ibarbo Castillo; Teódulo Ibarbo Cadena, quien actúa en nombre propio y en representación de su hijo Alan Camilo Ibarbo Posada; Zonia Ibarbo Cadena, quien actúa en nombre propio y en representación de sus hijos menores de edad Isabella Ortiz Ibarbo y Keiler Santiago Ortiz Ibarbo, y Anayive Ibarbo Cadena, quien actúa en nombre propio y en representación de su hijo menor de edad Yilmar Andrés Amaya Ibarbo.

<sup>2</sup> Como consecuencia de la anterior declaración, en la demanda se solicitó, por concepto de perjuicios inmateriales, un total de 100 SMLMV para el cónyuge y cada uno de los hijos de la señora **ACC**, y 40 SMLMV para cada uno de sus nietos.



*coproscópico*-. Tras analizar los resultados de los exámenes, se decidió dar de alta a la paciente, pese a que el dolor, aunque menos intenso, continuaba.

Ese mismo día, ante la ausencia de mejoría en su estado de salud y el empeoramiento de sus síntomas, la señora Cadena Caicedo decidió acudir a la E.S.E Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira, donde ingresó por urgencias a las 2:58 p. m. Allí se le realizaron exámenes médicos y se dispuso su observación. A las 5:00 p. m., tras evidenciar la presencia de rectorragia (hemorragia intestinal) y cetoacidosis por causa de la diabetes tipo II, se determinó su remisión a un hospital de mayor nivel de complejidad. Sin embargo, mientras se gestionaba su traslado, su estado de salud se deterioró significativamente, y a las 7:20 p. m. se produjo su fallecimiento.

De acuerdo con lo expuesto en la demanda, el fallecimiento de la señora **ACC** obedeció a una “*actuación omisiva y negligente*” de los médicos que la atendieron en el hospital **BB** Gasca, así como a la inadecuada gestión realizada en el hospital Raúl Orejuela Bueno. Según se alegó, los síntomas presentados y las comorbilidades de la paciente no fueron tratados como una situación de gravedad, no se practicaron exámenes diagnósticos en las primeras atenciones, ni se ordenó su remisión oportuna, lo cual le negó, “*como mínimo, la oportunidad de que fuera atendida en un centro médico de mayor nivel, donde se le hubiera podido salvar la vida*”.

Adicionalmente, se señaló que a la Nueva EPS le asistía responsabilidad por haber determinado las IPS a las cuales la señora Cadena Caicedo podía acudir, siendo estas el hospital **BB** Gasca y el hospital Raúl Orejuela Bueno.

## **2. La respuesta de las accionadas<sup>3</sup>**

2.1. La E.S.E. Hospital **BB** Gasca contestó la demanda y se opuso a las pretensiones (f. 159-167 c-2). Indicó que “*prestó el servicio de salud a la paciente Cadena Caicedo conforme a su nivel de atención, con un manejo médico adecuado*”, bajo “*criterios de evaluación de oportunidad y pertinencia*”. Manifestó que la parte demandante debía “*probar el nexo causal entre el acto médico y el daño existente*”, porque no resultaba suficiente “*endilgar la responsabilidad del daño a la*

---

<sup>3</sup> El Tribunal Administrativo del Valle del Cauca admitió la demanda el 28 de abril de 2015 (f. 122-123 c-1), decisión que se notificó de manera electrónica a todas las entidades accionadas, el Ministerio Público y la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado.



*atención brindada en la E.S.E. con base en el resultado*". Afirmó que la prueba aportada no evidenció *"culpa"* ni su conexión con el daño, por lo que consideró imprescindible demostrar técnicamente la presunta falla en la prestación del servicio o, en su defecto, sustentar la *"pérdida de oportunidad"* alegada en la demanda.

En conclusión, reiteró que *"no hay evidencia que determine de forma clara y precisa que el desenlace final padecido por la usuaria ocurrió como consecuencia de una enfermedad crónica de base no cuidada por la IPS, ni mucho menos por una indebida atención de urgencias"*, puesto que el manejo se ajustó a los signos sintomáticos, la condición física y la evolución observada durante su estancia en el servicio.

2.2. La E.S.E Raúl Orejuela Bueno y la Nueva EPS contestaron la demanda de forma extemporánea (f. 241 c-1).

### **3. La respuesta de la llamada en garantía<sup>4</sup>**

3.1. La Previsora S.A., llamada en garantía de la E.S.E. Hospital **BB** Gasca, enfocó la defensa en la falta de pruebas que demostraran que el daño alegado ocurrió como consecuencia de una acción u omisión por parte de su asegurada. En lo atinente al llamamiento, dijo que, en el evento hipotético de que se condenara a su asegurada, se debía analizar la validez de los contratos celebrados, su cobertura, las exclusiones pactadas y las demás consideraciones de orden legal y contractual para definir la obligación de pagar o reembolsar (f. 306-322 c-1).

---

<sup>4</sup> Por auto del 4 de mayo de 2016 (f. 300-301 c-1), el Tribunal Administrativo del Valle del Cauca admitió el llamamiento formulado por la E.S.E. Hospital **BB** Gasca en contra de la Previsora S.A. (f. 186-188 c-1), en virtud de la póliza de seguros de responsabilidad civil No. 1002643 (f. 192-195 c-1).



#### 4. La sentencia de primera instancia<sup>5</sup>

4.1. El Tribunal Administrativo del Valle del Cauca, mediante providencia del 15 de febrero de 2023, accedió a las pretensiones de la demanda. La parte resolutive es la siguiente (SAMAI tribunal, índice 103):

*PRIMERO: DECLARAR al Hospital **BB** Gasca ESE responsable de la muerte de la señora **ACC**.*

*SEGUNDO: CONDENAR al Hospital **BB** Gasca ESE a pagar indemnización de perjuicios morales así:*

*Para **TIH** (esposo): 100 SMMLV a la fecha de ejecutoria de esta sentencia.*

*Para Edwar Ibarbo Cadena, Willington Ibarbo Cadena, Eberth Ibarbo Cadena, Luis Alfonso Ibarbo Cadena, Teódulo Ibarbo Cadena, Zonia Ibarbo Cadena, Anayive Ibarbo Cadena (hijos): 100 SMMLV a la fecha de ejecutoria de esta sentencia, para cada uno de ellos.*

*Para Hillary Ibarbo Rosero, Angie Katerine Ibarbo Quiñones, Mary Julieth Ibarbo Quiñones, Luis Eduardo Ibarbo Quiñones, Eberth Santiago Ibarbo Caicedo, Aldair Ibarbo Castillo, Alan Camilo Ibarbo Posada, Isabella Ortiz Ibarbo, Keiler Santiago Ortiz Ibarbo, Yilmar Andrés Amaya Ibarbo (nietos): 40 SMMLV a la fecha de ejecutoria de esta sentencia, para cada uno de ellos.*

*TERCERO: AFECTAR la póliza No. 1002643 de responsabilidad civil, vigencia 20 de junio de 2013 a 20 de junio de 2014, amparo daños extrapatrimoniales. Una vez el Hospital **BB** Gasca ESE pague el deducible de este amparo. La Previsora girará el dinero directamente a los beneficiarios. El Hospital **BB** Gasca ESE asumirá la condena que exceda este amparo.*

*CUARTO: NEGAR las demás pretensiones de la demanda.*

*QUINTO: CONDENAR en costas al Hospital **BB** Gasca ESE.*

*SEXTO: ARCHIVAR el proceso previa anotación en el programa SAMAI y EXPEDIR las copias que soliciten las partes a los abogados que han venido actuando.*

---

<sup>5</sup> El 9 de agosto de 2016 se celebró la audiencia inicial prevista en el artículo 180 del CPACA, oportunidad en la que se agotaron las etapas previstas en la norma en comento (f. 357-367 c-1 y Cd. No 2). El recaudo probatorio se llevó a cabo según se dejó constancia en audiencias del 5 de agosto de 2021 y 20 de octubre de 2022, y una vez culminada la práctica de pruebas, en la misma diligencia se prescindió de la audiencia de alegaciones y juzgamiento y, en su lugar, se ordenó la presentación de alegatos de conclusión por escrito y el concepto del representante del Ministerio Público (SAMAI tribunal, índice 89). En esta oportunidad procesal, la parte actora reiteró los fundamentos de hecho y de derecho planteados en la demanda (SAMAI tribunal, índice 100). La E.S.E. Raúl Orejuela Bueno, la Previsora S.A, la Nueva EPS y la E.S.E. Hospital **BB** Gasca pidieron que se negaran las pretensiones de la demanda (SAMAI tribunal, índices 91, 93, 95 y 98, respectivamente). El Ministerio Público guardó silencio.



4.2. En primer lugar, precisó que el daño alegado, entendido como la muerte de la señora **ACC**, se probó de manera adecuada con las anotaciones realizadas en las historias clínicas allegadas al plenario y el respectivo registro civil de defunción del 29 de diciembre de 2012.

4.3. En cuanto al juicio de imputación, el *a quo* explicó que la muerte de la señora Cadena Caicedo le resultaba atribuible a la E.S.E. Hospital **BB** Gasca. En su criterio, se configuró una falla en la prestación del servicio médico los días 27 y 29 de diciembre de 2012, consistente en la omisión de realizar exámenes diagnósticos, entre ellos, una glucometría, a una paciente que presentaba antecedentes de diabetes tipo II, obesidad e hipertensión. A pesar de estas comorbilidades, el hospital no verificó sus niveles de azúcar en sangre ni descartó el origen de sus dolencias abdominales, lo cual se consideró una omisión grave.

El 29 de diciembre de 2012, tres horas después de haber sido egresada del hospital, la paciente ingresó al Hospital Raúl Orejuela Bueno con una glucosa en sangre de 464 mg/dl, nivel elevado que derivó en una cetoacidosis diabética, patología que, junto con una hemorragia intestinal que tampoco se identificó y trató, le causaron la muerte.

4.4. Por otra parte, *“no se demostró falla en el servicio por parte del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E.”*, por considerar que no se probó la existencia de una falla en el servicio médico. La paciente ingresó a sus instalaciones en estado crítico con cetoacidosis diabética y una hemorragia rectal severa. El hospital actuó conforme a su nivel de complejidad, aplicando insulina y ordenando su remisión para una transfusión de sangre. A pesar de estas acciones, el deterioro avanzado de la paciente hizo imposible evitar su fallecimiento.

Frente a la Nueva EPS, en la sentencia solo se indicó que el *“expediente no cuenta con pruebas sobre alguna irregularidad (...) de autorizar servicios a la víctima”*.

4.5. Finalmente, reconoció las indemnizaciones que se transcribieron al inicio de este acápite, esto es, perjuicios morales en los montos solicitados en la demanda, y ordenó a la Previsora S.A. a reembolsar a la E.S.E. **BB** Gasca las sumas que, por virtud de la condena, tuviera que pagar, conforme a los términos de su contrato de seguro. También condenó en costas al hospital, por tratarse de la parte que resultó vencida en esa instancia -Artículo 365.1 del CGP-.



## 5. Los recursos de apelación<sup>6</sup>

5.1. La E.S.E. **BB** Gasca y La Previsora S.A., aduciendo los mismos motivos de inconformidad, solicitaron que se revocara la sentencia de primera instancia (SAMAI tribunal, índices 108 y 110).

Las apelaciones señalaron que el Tribunal Administrativo del Valle del Cauca erró al concluir que la causa de muerte de la señora **ACC** fue una cetoacidosis diabética, sin contar con pruebas técnico-científicas concluyentes, como una necropsia. Tanto el informe de Medicina Legal como el concepto técnico del Dr. Javier Fernando Feijoo indicaron que el fallecimiento pudo haber sido causado también por una hemorragia súbita (rectorragia), evidenciada por una caída abrupta de hemoglobina tras el egreso de la paciente del Hospital **BB** Gasca. Dado que dicha condición no se presentó durante la atención, los apelantes afirmaron que no era posible establecer un nexo causal entre los actos médicos realizados en el hospital y el resultado fatal.

Señalaron que la atención brindada se ajustó a la *lex artis* y fue adecuada al nivel asistencial del hospital. Indicaron que se realizaron exámenes, control de signos vitales y el diagnóstico de una infección urinaria, sin que existieran evidencias de negligencia o error. La historia clínica registró que la paciente no presentó rectorragia ni otros síntomas de hemorragia durante las consultas realizadas los días 27 y 29 de diciembre de 2012. Explicaron que el deterioro de su salud ocurrió después de su egreso, por lo que no podía atribuirse responsabilidad al hospital por un evento que se desarrolló fuera de su control.

Asimismo, se criticó que el Tribunal no valorara de manera integral el concepto técnico del médico Feijoo, lo que, según los apelantes, condujo a una conclusión errónea sobre una supuesta omisión en el servicio médico. Reiteraron que el hospital agotó los recursos disponibles y cumplió con su obligación de medio, actuando de forma diligente según los síntomas que presentó la paciente. Por esta razón, y ante la ausencia de pruebas que demostraran el nexo causal, solicitaron la revocatoria de la sentencia y la exoneración del hospital de toda responsabilidad patrimonial.

---

<sup>6</sup> Los recursos de apelación fueron admitidos por esta Corporación el 2 de agosto de 2023 (SAMAI, índice 3). No hubo lugar a dar traslado para alegar, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 247-5 del del CPACA -modificado por el artículo 67 de la Ley 2080 de 2021-.



5.2. La Previsora S.A. no objetó la orden de reembolsar a la E.S.E. **BB** Gasca las sumas que debiera pagar como resultado de la condena, según lo estipulado en los términos de su contrato de seguro.

## CONSIDERACIONES

### 1. Competencia

1.1. En virtud del numeral 6 del artículo 152 de la Ley 1437 de 2011<sup>7</sup>, los tribunales administrativos conocen en primera instancia de los procesos de reparación directa en los que la cuantía exceda de 500 SMMLV<sup>8</sup>, cuya apelación le corresponde tramitarla al Consejo de Estado, según el artículo 150 *ejusdem*<sup>9</sup>.

1.2. En el presente asunto la parte actora solicitó una indemnización de 1200 SMLMV por concepto de perjuicios morales, suma que supera la exigida por la norma para el efecto, de ahí que el conocimiento en primera instancia le correspondiera al *a quo*.

### 2. Caducidad del medio de control de reparación directa

2.1. De conformidad con lo previsto en el literal i, del numeral 2°, del artículo 164 del CPACA, la demanda de reparación directa puede instaurarse dentro de los dos (2) años “*contados a partir del día siguiente al de la ocurrencia de la acción u omisión causante del daño, o de cuando el demandante tuvo o debió tener conocimiento del mismo si fue en fecha posterior y siempre que pruebe la imposibilidad de haberlo conocido en la fecha de su ocurrencia*”.

2.2. En el caso concreto, la responsabilidad patrimonial que se impetra en la demanda se originó en el daño que alega haber sufrido la parte actora como consecuencia de la muerte de la señora **ACC**, ocurrida el 29 de diciembre de 2012.

---

<sup>7</sup> Régimen procesal aplicable a la demanda radicada el 6 de septiembre de 2016.

<sup>8</sup> “Artículo 152. Competencia de los tribunales administrativos en primera instancia. Los Tribunales Administrativos conocerán en primera instancia de los siguientes asuntos: (...)

“6. De los de reparación directa, inclusive aquellos provenientes de la acción u omisión de los agentes judiciales, cuando la cuantía exceda de quinientos (500) salarios mínimos legales mensuales vigentes”.

<sup>9</sup> “Artículo 150. El Consejo de Estado, en Sala de lo Contencioso Administrativo conocerá en segunda instancia de las apelaciones de las sentencias dictadas en primera instancia por los tribunales administrativos (...)”.



2.3. Por tanto, teniendo en cuenta la vacancia judicial<sup>10</sup>, la demanda podía ser presentada hasta el 13 de enero de 2015 y, como ello ocurrió el 16 diciembre 2014, resulta evidente que se hizo oportunamente, esto es, sin que operara el fenómeno jurídico procesal de caducidad de la acción (f. 103 c-1)<sup>11</sup>.

### 3. Legitimación en la causa

3.1. Con las respectivas copias de los registros de matrimonio y nacimiento allegados al plenario se demostró que: (i) el señor Teódulo Ibarbo Hurtado es el cónyuge de la señora **ACC**; (ii) que Edwar Ibarbo Cadena, Willington Ibarbo Cadena, Eberth Ibarbo Cadena, Luis Alfonso Ibarbo Cadena, Teódulo Ibarbo Cadena, Zonia Ibarbo Cadena y Anayive Ibarbo Cadena son sus hijos (f. 6, 8, 10, 16, 17,19 y 22 c-1), y (iii) que Hillary Ibarbo Rosero, Angie Katerine Ibarbo Quiñones, Mary Julieth Ibarbo Quiñones, Luis Eduardo Ibarbo Quiñones, Eberth Santiago Ibarbo Caicedo, Aldair Ibarbo Castillo, Alan Camilo Ibarbo Posada, Isabella Ortiz Ibarbo, Keiler Santiago Ortiz Ibarbo y Yilmar Andrés Amaya Ibarbo son sus nietos (f. 9, 11, 12, 13,14,15,18, 20, 21 y 23 c-1), por lo que la Sala encuentra acreditada su legitimación en la causa por activa.

3.2. Según la demanda, la E.S.E. Hospital **BB** está llamada a responder, pues, en su criterio, la muerte de la señora **ACC** estuvo determinada por la “*omisiva y negligente*” atención que se le brindó los días 27 y 29 de diciembre de 2012. Así las cosas, la Sala advierte que frente a esta demandada la parte actora efectuó una imputación fáctica y jurídica concreta y, por tanto, le asiste legitimación en la causa por pasiva.

3.3. También se encuentra legitimada la Previsora S.A., en virtud del llamamiento en garantía que la E.S.E. Hospital **BB** formuló en su contra. La aseguradora fue vinculada mediante auto del 4 de mayo de 2016 (f. 300-301 c-1).

3.4. En primera instancia, el Tribunal Administrativo del Valle del Cauca absolvió a la E.S.E. Raúl Orejuela Bueno y la Nueva EPS, decisión que no se cuestionó en las apelaciones, por lo que la Sala se estará a lo resuelto.

---

<sup>10</sup> La vacancia judicial transcurrió del viernes 20 de diciembre del 2013, hasta el 10 de enero del 2014, los días 11 y 12 de enero siguientes no fueron hábiles.

<sup>11</sup> Para acudir a esta jurisdicción, la parte actora presentó solicitud de conciliación ante la Procuraduría 165 Judicial II Administrativa de Cali, actuación que se declaró fallida el 12 de diciembre de 2014 (f. 64-65 c-1).



#### 4. El objeto y alcance de los recursos de apelación

4.1. En el presente asunto, la parte actora presentó demanda de reparación directa en contra de la E.S.E. Hospital **BB** por la supuesta falla en el servicio médico-asistencial en la que incurrió los días 27 y 29 de diciembre de 2012 cuando atendió a la señora **ACC**.

4.2. En la sentencia de primera instancia, el *a quo* declaró la responsabilidad del referido hospital por considerar que se produjo una falla en la prestación del servicio médico al omitir la realización de exámenes diagnósticos a la señora **ACC**. Esta omisión fue considerada determinante en el desarrollo de una cetoacidosis diabética que, tres horas después de su egreso, contribuyó al fallecimiento de la paciente, que también cursaba una hemorragia intestinal que tampoco se identificó.

4.3. En sus impugnaciones, tanto la E.S.E. **BB** Gasca como la Previsora S.A. señalaron, en síntesis, que el Tribunal erró al concluir que la muerte de la señora **ACC** fue causada por una cetoacidosis diabética, sin contar con pruebas concluyentes, como una necropsia. Alegaron que los informes técnicos mostraban que el fallecimiento de la paciente obedeció a una hemorragia intestinal súbita posterior al egreso del hospital, lo que descartaría un nexo causal con la atención recibida. Argumentaron que el hospital actuó conforme a la *lex artis*, sin evidencias de negligencia, y criticaron que el tribunal no valorara la totalidad de las pruebas aportadas.

4.4. Así las cosas, para la Sala es claro que el **problema jurídico** se circunscribe en analizar si en la atención brindada a la señora **ACC** los días 27 y 29 de diciembre de 2012, la E.S.E. **BB** Gasca incurrió en una falla en el servicio médico asistencial por no realizar exámenes diagnósticos y ordenar su alta, a pesar de los antecedentes clínicos de la paciente, y si dicha omisión o deficiencia tiene un nexo causal directo con el fallecimiento de la paciente, o si, por el contrario, la falta de pruebas concluyentes sobre la causa de muerte y las condiciones clínicas posteriores al egreso del hospital descartan dicha relación de causalidad.

De confirmarse la declaratoria de responsabilidad, se procederá a analizar la indemnización de perjuicios en favor del apelante único, sin cuestionar la orden de reembolso efectuada por el *a quo* en contra de la Previsora S.A., como llamada en



garantía de la E.S.E. **BB** Gasca, pues se trata de un punto que la interesada no cuestionó en su apelación.

## 5. Elementos de la responsabilidad

5.1. Tratándose de asuntos en los que se debate la responsabilidad extracontractual del Estado, el primer presupuesto que se debe observar en el respectivo análisis es la existencia del **daño**.

5.2. En el presente asunto, el daño alegado por los actores se hizo consistir en la muerte de la señora **ACC**, ocurrida el 29 de diciembre de 2012. Este elemento se probó de manera adecuada con las anotaciones realizadas en las historias clínicas de los hospitales **BB** Gasca (f. 176-180 c-1) y Raúl Orejuela Bueno (f. 49-54 c-1), y el respectivo registro civil de defunción (f. 24 c-1).

5.3. Frente a la **imputación**, el material probatorio allegado al plenario permite tener por acreditado los siguientes hechos:

La señora **ACC** ingresó a la E.S.E Hospital **BB** Gasca el 27 de diciembre de 2012, a las 3:30 a. m., refiriendo un dolor abdominal de tipo cólico con dos horas de evolución. Al momento de la atención, no presentaba fiebre ni otros síntomas gastrointestinales o urinarios, y se registraron antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II. Sus signos vitales mostraron una crisis hipertensiva con presión arterial de 160/120 mmHg.

Durante el examen físico, se observó dolor a la palpación en el hemiabdomen superior, pero no se identificaron signos de irritación peritoneal ni alteraciones en otras áreas. La paciente se encontraba en buenas condiciones generales, sin signos de deshidratación o dificultad respiratoria.

El tratamiento inicial incluyó la administración de Buscapina, Metoclopramida, Captopril y Nifedipino para manejar el dolor y la hipertensión. A las 4:44 a. m., la paciente manifestó una disminución del dolor, aunque su presión arterial seguía elevada (160/100), por lo que se le ordenó Verapamilo. A las 5:39 a. m., refirió una mejoría significativa del dolor y su presión arterial se normalizó (130/80). No se ordenaron exámenes de laboratorio que permitieran establecer su nivel de azúcar en sangre y descartar causas del dolor abdominal.



Con base en la evolución favorable, se decidió dar de alta a la paciente con formulación de medicamentos, recomendaciones generales y sin indicación de signos de alarma (f. 176-177 c-1).

La señora **ACC** ingresó nuevamente al Hospital **BB** Gasca ESE el 29 de diciembre de 2012, a las 6:01 a. m., con un cuadro clínico de dos días de evolución caracterizado por malestar general, fiebre, dolor abdominal y náuseas. La paciente se encontraba alerta, aunque fue descrita como poco colaboradora y mala informante. Se registró sobrepeso de 100 Kg, y sus signos vitales mostraban una presión arterial de 130/90 mmHg, pulso de 98 por minuto y temperatura de 38°C.

En el examen físico, no se encontraron signos de irritación peritoneal ni alteraciones relevantes en otros sistemas. No obstante, el cuadro febril sin foco aparente llevó al médico a ordenar paraclínicos, entre ellos hemograma, parcial de orina y coproscópico. El tratamiento inicial incluyó Dipirona y Acetaminofén para controlar la fiebre, así como Ciprofloxacina para un posible proceso infeccioso.

A las 11:49 a. m., la paciente manifestó mejoría general, con normalización de la temperatura y disminución del dolor abdominal. Los resultados de los exámenes mostraron un hemograma, una hemoglobina de 11.5gl (normal) con leucocitos elevados (19,460) y un uroanálisis con bacterias, lo que sugirió una infección del tracto urinario (ITU). La paciente no realizó deposición y, por ello, no se pudo tomar coprológico. Ante esta evolución favorable, se decidió el manejo ambulatorio con formulación de Ciprofloxacina, Acetaminofén e Hioscina, así como recomendaciones generales sobre signos de alarma. La paciente fue dada de alta a las 11:51 a. m. (f. 174-175 c-1).

Ese mismo día, a las 2:58 p.m., es decir, aproximadamente tres horas después de haber sido dada de alta, la señora **ACC** ingresó a la E.S.E. Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira, Valle del Cauca, con un cuadro clínico que incluía dolor abdominal, fiebre y rectorragia. La paciente informó que presentaba síntomas desde hacía tres días, caracterizados por dolor en el hipocondrio derecho y vómitos continuos. Al momento del ingreso, la glucometría mostró un nivel elevado de 464 mg/dl.

Los signos vitales iniciales registraron una presión arterial de 130/70 mmHg, pulso de 88 por minuto, temperatura de 36.7°C y una tensión arterial de 130/70 que fue



calificada como normal-alta. En el examen físico no se encontraron alteraciones significativas en cabeza, cuello, tórax, abdomen ni otros sistemas, más allá de los síntomas referidos.

Se realizó una impresión diagnóstica de “*hemorragia no clasificada*”. El tratamiento inicial incluyó la administración de insulina cristalina para regular los niveles elevados de azúcar en sangre, solución salina, ranitidina, hioscina y metoclopramida, además de exámenes paraclínicos. El resultado del hemograma evidenció un aumento significativo de glóbulos blancos (23.8), hemoglobina baja de 6.7 g/dl y un hematocrito de 12.9, lo que confirmó una anemia severa. Ante la gravedad del cuadro, se ordenó la remisión a un hospital de mayor complejidad para valoración por medicina interna, endoscopia y transfusión de glóbulos rojos.

Mientras se gestionaba su traslado, a las 6:20, la paciente sufrió una descompensación grave, entrando en “*cetoacidosis diabética*” y presión arterial de “220/111” que la llevan a un “*paro*”. A pesar de los esfuerzos realizados, incluyendo reanimación, administración de insulina y soporte respiratorio, la paciente no respondió y se declaró su fallecimiento a las 7:10 p.m (f. 49-54 c-1).

Ahora bien, junto con la contestación de la demanda, la E.S.E. Hospital **BB** Gasca allegó el “*concepto técnico (...) de historia clínica y eventos posteriores a la atención de la paciente ACC*”, el cual fue elaborado por el médico general Javier Fernando Feijoo Hidalgo (f. 181-185 c-1)<sup>12</sup>.

En el documento se explicó que, aunque la paciente **ACC** fue atendida en el E.S.E. Hospital **BB** Gasca sin presentar signos evidentes de una patología grave, y mejoró tras el tratamiento inicial, pudo haber enmascarado una condición más severa que no se manifestó en los exámenes ni en la observación clínica. Los médicos de turno indicaron que “*nunca presentó*

---

<sup>12</sup> Los conceptos técnicos, aunque no regulados expresamente, son medios de prueba válidos conforme al principio de libertad probatoria, consagrado en los artículos 175 del C.P.C. y 165 del C.G.P. No se equiparan a los testimonios técnicos ni a los dictámenes periciales, ya que no declaran sobre hechos particulares ni están sometidos a sus estrictas formalidades. Su valor radica en aportar al juez conocimiento especializado, objetivo y verificable, útil para la comprensión de los hechos. Esta prueba debe ser apreciada junto con los demás medios probatorios, a la luz de la sana crítica y las reglas de la experiencia, constituyendo así un importante instrumento de apoyo para el convencimiento del juez contencioso. Al respecto, véase: Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia del 4 de marzo de 2019, exp. 47803; Subsección B, sentencia del 7 de septiembre de 2020, expediente 52753; Subsección A, sentencia del 21 de mayo de 2021, exp. 49179 y Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 28 de junio de 2017 (SC9193-2017), Radicación: 11001-31-03-039-2011-00108-01, M.P. Ariel Salazar Ramírez.



*signos de irritación peritoneal*” ni trastornos hemodinámicos durante su estancia, lo que justificó el egreso con manejo ambulatorio.

El concepto subraya que la evolución posterior evidenció una *“gran pérdida de hemoglobina de 5 gramos en un rango de 6 horas”*, acompañada de una rectorragia que se manifestó en el Hospital Raúl Orejuela Bueno. Esto sugiere una hemorragia súbita que no se presentó durante la atención inicial, lo que impide atribuir de forma directa una falla en la prestación del servicio, ya que no existían indicios clínicos claros de esa gravedad al momento de la observación.

En relación con la causa de muerte, el concepto indica que no se puede establecer con certeza cuál fue el origen exacto del fallecimiento de la señora **ACC**, dado que no se realizó una necropsia. Se señala que la paciente presentaba dos condiciones críticas: una hemorragia digestiva severa, evidenciada por la caída abrupta de hemoglobina (de 11.5 g/dl a 6.7 g/dl en aproximadamente seis horas), y una cetoacidosis diabética, con niveles extremadamente altos de glucosa (464 mg/dl al momento de ingreso al Hospital Raúl Orejuela Bueno).

En ese sentido, el dictamen plantea que ambas condiciones, la cetoacidosis diabética y la hemorragia, pudieron contribuir al fallecimiento de la paciente. Entre las posibles causas, se menciona una *“arritmia maligna desencadenada probablemente por hipokalemia severa”*, lo que refuerza la hipótesis de que factores asociados a la hemorragia y al desequilibrio metabólico fueron determinantes. No obstante, la falta de una necropsia *“impide una conclusión definitiva sobre el diagnóstico que llevó al deceso”*, dejando abierta la duda sobre cuál de las dos patologías tuvo mayor incidencia en el resultado fatal.

También se cuenta con el dictamen pericial rendido por el Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses en el que se analizó el caso médico de la paciente **ACC**. El peritaje concluyó que el Hospital **BB** Gasca incurrió en una falla al omitir la toma de glucometría y realizar una evaluación clínica insuficiente, pese al antecedente de diabetes de la paciente. Estas deficiencias impidieron un diagnóstico adecuado y la identificación de la gravedad del cuadro, lo que derivó en un alta médica sin el manejo oportuno, omisión que se relacionaba causalmente con el deterioro posterior y el fallecimiento de la paciente.



La experticia también indicó que no se pudo determinar con certeza la causa exacta de la muerte de la señora Cadena Caicedo, debido a la falta de una necropsia y exámenes diagnósticos completos; sin embargo, se señala que la indebida atención en la E.S.E. Hospital **BB** Gasca “conllevó a un enfoque erróneo del cuadro clínico, lo que retrasó el inicio del manejo médico adecuado, repercutiendo de manera negativa en la salud de la (...) [referida] señora, hasta ocasionar su muerte” (f. 511-515 c-1):

**ANÁLISIS Y DISCUSIÓN:** Revisando la atención médica prestada en las consultas del día 27/12/2012 y 29/12/2012 en el Hospital **BB** Gasca de Florida, se identifica que no se realiza una adecuada historia clínica. Se omite la toma de glucometría en una paciente con antecedente de diabetes. Además, no se realiza un interrogatorio detallado; lo documentado tiene poca información de la enfermedad actual y el examen físico es escueto, no se detallan de manera minuciosa los hallazgos positivos y negativos, los cuales son importantes para la orientación al diagnóstico. También se anotan pocos hallazgos a nivel de abdomen y estado general, lo que impide plantear la patología que aquejaba a la paciente y, en consecuencia, trazar un plan de manejo para dar solución a la misma.

Respecto a lo descrito en la historia del 27/12/2012 al ingreso, la paciente refiere un dolor abdominal que no fue cuestionado ni examinado de forma correcta, ya que se parte de la omisión de sus antecedentes, en este caso, la diabetes, que convierte al dolor abdominal en un síntoma de alerta, dado que es parte de los signos y síntomas asociados a la complicación más común de esta enfermedad: la cetoacidosis diabética. En esta misma historia se observa que se hace un diagnóstico con una pobre anamnesis, se indica analgesia y, sin estudios complementarios, se da egreso, sin identificar el verdadero compromiso clínico de la paciente.

La paciente reconsulta el 29/12/2012 y se omite nuevamente la glucometría, pese a su antecedente de diabetes. En esta ocasión, se realizan exámenes de laboratorio, pero no se sigue un adecuado uso del método científico, al no considerar que los valores obtenidos en el hemograma eran anormales y orientaban hacia una infección bacteriana severa. Aun así, deciden dar egreso. Se concluye que, al no realizar una historia clínica adecuada con un buen interrogatorio (enfermedad actual y revisión de síntomas por sistemas) y un examen físico minucioso, no se obtiene un diagnóstico de ingreso correcto que permitiera orientar el plan de manejo, la necesidad e importancia de los paraclínicos, el tratamiento y la consideración de una remisión a un nivel de atención de mayor complejidad, que pudiera brindar una atención adecuada y oportuna. Todo lo anterior conllevó a un enfoque erróneo del cuadro clínico, lo que retrasó el inicio del manejo médico adecuado, repercutiendo de manera negativa en la salud de la señora **ACC**, hasta ocasionar su muerte.

En el Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira, el día 29/12/2012 desde las 2:58 p.m., se identifica el compromiso del cuadro clínico que aquejaba a la paciente, como sepsis, cetoacidosis diabética y rectorragia, por lo que se decide su remisión a un nivel de mayor complejidad, lo que se ajusta a la norma de atención. Sin embargo, dado el compromiso sistémico para ese momento, no se alcanza a efectuar la remisión y la paciente fallece a las 7:10 p.m.



**CONCLUSIÓN.** *Teniendo como precedente todo lo anotado anteriormente, se considera que:*

**A.** *La atención en salud brindada el 27/12/2012 y el 29/12/2012 en el Hospital **BB** Gasca de Florida Valle, no fue adecuada a la atención esperada o a la norma de atención para el caso específico.*

*La atención en salud brindada el 29/12/2012 en el Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira Valle, fue adecuada a la atención esperada o norma de atención para el caso específico.*

**B.** *La atención en salud brindada el 27/12/2012 y el 29/12/2012 en el Hospital **BB** Gasca de Florida Valle conllevó a la muerte de la paciente, siendo imposible determinar en este momento la causa, dado que no se cuenta con los exámenes de laboratorio pertinentes que confirmen un diagnóstico. Adicionalmente, no se realizó necropsia médico-legal ni clínica.*

**C.** *Por tanto, se determina que hay relación de causalidad médica entre la atención prestada el 27/12/2012 y 29/12/2012 en el Hospital **BB** Gasca de Florida Valle y la muerte de la paciente.*

Por otra parte, en el marco de la audiencia de pruebas, se escuchó el testimonio del médico Javier Fernando Feijoo Hidalgo, con el fin de que explicara “*el contenido del concepto técnico por él emitido*”. El galeno sustentó sus conclusiones así (minutos: 1:25:43-1:39:50 audiencia de 5 de agosto de 2021, Samai tribunal, índice 89):

**PREGUNTA:** *Dr. Feijoo, por favor expónganos el informe técnico que usted entregó de la auditoría técnica de la historia clínica de la señora*

**ACC.** **CONTESTA:** *En el año 2015 se me invitó para hacer un análisis de un caso de mortalidad, el cual se hace en el comité de historias clínicas de la paciente **ACC**. Se procede a hacer el análisis solicitado y realicé el soporte científico, el cual ustedes pudieron leer. Recalco que realicé el informe y la opinión científica que doy del caso, pero no fui médico tratante de la paciente **ACC**. El análisis se realiza con base en la historia clínica a la cual tuve acceso para poder hacer el análisis, tanto de la historia clínica del Hospital **BB** Gasca E.S.E. de Florida como en lo que aparece redactado en la historia clínica del Hospital Raúl Orejuela Bueno. Yo hice un análisis de la historia clínica, básicamente mirando las causas y oportunidades de mejora que se puedan tener en ese momento. El comité de historias clínicas, en su función, es determinar si la historia clínica está completa, si la información contenida es adecuada, si están aportando todos los datos de importancia en ellas. Cuando se hace un análisis de mortalidad, interesa mucho mejorar como institución, y el análisis radica en eso. Hice la lectura de la historia clínica, donde se evidencia que la paciente consulta el 27 de diciembre de 2012 con un cuadro clínico de dos horas de evolución de un dolor abdominal no muy bien especificado en la historia clínica y aparentemente generalizado, al cual se le indicó manejo para el dolor y antiemético. Se espera que la paciente mejorara, lo cual se reporta en la historia clínica, y se le da egreso esa misma mañana; creo que llegó en la madrugada y se le dio egreso en la mañana. La paciente reconsulta al hospital dos días después, el día 29 de diciembre de 2012, en horas de la madrugada. Es valorada por la médica de turno. En este caso, asistía con fiebre, dolor abdominal, presentaba náuseas, pero lo que me llama mucho la atención, y está en la historia clínica, es que la*



*paciente no refería haber presentado sangrado rectal, lo cual va a ser muy importante en el análisis de la historia clínica. A la paciente se le indica manejo médico sintomático en el momento. Se le indica tratamiento para la fiebre, se hidrata, se le toman sus exámenes para poder evidenciar qué procesos están ocurriendo en su organismo que expliquen la causa del dolor. Se le tomó un hemograma que mostraba leucocitosis con neutrofilia, y tenía un uroanálisis que estaba patológico. En este momento vuelvo y me refiero a los datos de la historia clínica. Repito que no fui el médico tratante. Evidencio que la tensión arterial se manejó y en el momento de egreso estaba en 130/80, que es un rango permitido en un paciente hipertenso según las guías actuales. Tenía sus signos vitales mejor controlados, estaba afebril, no había presentado hasta el momento aparentemente sangrado digestivo, no había tenido sangrado digestivo por ningún lado. De hecho, se recalca en el análisis técnico que, dentro de los exámenes que se le pidieron en el Hospital **BB** Gasca, leí que le habían ordenado tomar un coproscópico, que es un examen de materia fecal, y ese análisis no se recolectó en el tiempo en el que estuvo en el hospital. Creo que ingresó como a las 4 a.m., no sé si me equivoco o me corrigen, y egresó a las 11 a.m. En ese tiempo no presentó deposiciones para recoger la muestra, y pues obviamente no se iba a evidenciar sangrado si la paciente no lo manifiesta como síntoma presente en ese momento. Algo que anotar: el sangrado digestivo es catártico. Una persona que sangra lo expulsa por boca o a nivel rectal. La sangre es catártica; el intestino, cuando siente el sangrado, cuando siente la sangre dentro del lumen —el lumen es el espacio de adentro del intestino— intenta expulsarla de alguna forma, que fue lo que aparentemente sucedió en horas de la tarde. La médica que valora a la paciente decide darle salida con manejo ambulatorio. Le indica antibiótico Ciprofloxacina y tratamiento médico sintomático. Repito, lo que yo puedo decir en este momento: los médicos tenemos esa sensibilidad para identificar qué paciente está inestable o estable, y me guío en los signos vitales reportados en ese momento en la historia clínica, donde aparentemente no había una condición que amenazara la vida de ella, con alguna salvedad. Es que, si la paciente es diabética, en la historia clínica revisada —y de eso se habló en su momento— no había un registro glucométrico. Entonces, en ese momento quizás es muy difícil emitir un juicio respecto al manejo que se le hubiera dado en ese caso, pero repito, no se tomó una glucometría y no se tenía el dato. Sin embargo, se tenía una tensión arterial que ya estaba normal y unos signos vitales que aparentemente mostraban mejoría del cuadro de ingreso, que incluía fiebre, dolor abdominal, náuseas y creo que vómito. La paciente ingresa al Hospital Raúl Orejuela, recibe la atención médica e inicialmente la estabilizan, pero yo no tuve acceso en ese momento. Recuerdo muy bien que tuve la historia clínica de ingreso y acceso a la nota de remisión, que es una hoja que está en el expediente, y a unas notas de enfermería en donde redactan que se le dio el manejo que indicó el médico en ese momento, el Dr. Erazo. Dicho manejo consistió en líquidos endovenosos, manejo con insulina por el estado hiperglicémico, pero la hemorragia de vías digestivas no quedó muy bien dilucidada en la historia clínica. Repito, con esto no estoy diciendo que no se hizo, sino que me baso en la historia clínica, y es que no se ve un manejo en el momento de la hemorragia como tal, haciendo la salvedad de que el Dr. Erazo tramitó la remisión a una unidad de cuidados intensivos. Si en ese momento me llega un paciente con un sangrado digestivo que se va a descompensar, debo remitirlo a dicha unidad, donde probablemente tengan hemoderivados para manejar la hemorragia y estabilizar al paciente. Hay un hemograma en el*



*Hospital **BB** Gasca, que es el que se lee en la mañana, con una hemoglobina de 11.5 g/dl. En el hemograma que se le toma en el Hospital Raúl Orejuela tiene una hemoglobina de 6.7 g/dl, o sea que hay una caída de 5 gramos de hemoglobina en el trayecto de la mañana a la tarde. Eso se traduce en una hemorragia importante que tenía en el tubo digestivo. Con los datos que se tienen en la historia clínica, sobre el manejo del estado hiperglicémico y sobre la hemorragia, el deterioro viene por el sangrado abrupto que presentó, el cual quedó consignado en el análisis de la historia clínica. El sangrado digestivo conlleva a un estado de choque. Un choque es un estado que, si pasa de cierto momento, puede ser irreversible. Más en un adulto mayor, el sangrado lleva a la pérdida de los signos vitales, no hay suficiente perfusión a nivel cerebral, también hay hipoperfusión o disminución de la presión sanguínea a nivel cardíaco, y eso puede llevar a la muerte de un paciente. Las hemorragias digestivas pueden tener múltiples causas. En este caso, yo lo dejé anotado en el reporte: hubiera sido importante haber tenido una necropsia con la intención de dilucidar a qué se debió la hemorragia digestiva porque, repito, las causas son muchas. Pero aparentemente el sangrado digestivo llevó al estado de choque y posteriormente al fallecimiento, que se produjo en horas de la tarde. El estado hiperglicémico en un paciente diabético es una descompensación aguda que también puede tener complicaciones mortales. Cuando uno empieza la corrección con insulina, debe monitorear muy bien los electrolitos, especialmente uno en particular que es el potasio. El Dr. Erazo lo ordenó, pero aparentemente no hay un resultado de laboratorio. Algo pasó con la muestra. Reportan presencia de aglutininas frías, si no estoy mal, pero no se reporta un resultado. Cuando yo tengo una cetoacidosis diabética, la acidosis implica que el pH sanguíneo, que normalmente está entre 7.35 y 7.45, disminuye. Ese estado de acidosis por sí solo puede llevar al fallecimiento de un paciente. Pero en este caso teníamos una hemorragia digestiva. Cuando empiezo la corrección con insulina, se debe hacer un registro glucométrico exacto con la intención de ver mejoría del paciente y también de los electrolitos. La glicemia central me aporta datos específicos del valor en sangre, no a nivel del dedo como se hace normalmente en urgencias. Cuando empiezo la corrección con insulina, el potasio baja, lo que puede llevar a una arritmia. Pero repito, es muy difícil en este escenario tener un diagnóstico acertado porque se juntaron varias cosas. Lo que sí es evidente, vuelvo y lo repito, es que la paciente egresa del Hospital **BB** Gasca con una hemoglobina de 11.5 g/dl, que es aceptable, y en el Hospital Raúl Orejuela, en horas de la tarde, tenía 6.7 g/dl. Eso habla de una hemorragia grave que amenaza la vida.*

**DESPACHO PREGUNTA:** Dr. Feijoo, cuando usted habla de hemorragia gastrointestinal, ¿esa patología está asociada a la precondición diabética o no necesariamente? **CONTESTA:** No necesariamente, su señoría. Por ejemplo, yo puedo tener unas hemorroides y presentar un sangrado digestivo, puedo tener una diverticulitis, que es una inflamación del colon, y puedo tener un sangrado digestivo. Puedo tener una úlcera gástrica sangrante, que también lo explique, o un infarto intestinal que también puede causar hemorragia. Son muchas las causas y no hay una en específico. **DESPACHO PREGUNTA:** Cuando usted menciona que por los resultados de laboratorio se puede establecer que esa condición grave, que pudo llevar a la muerte, probablemente se generó con posterioridad al egreso, ¿hay alguna otra forma de establecer la existencia de esa hemorragia diferente a las pruebas de laboratorio? **CONTESTA:** En urgencias, y que sea rápido, doctora. Con el hemograma basta para ver la caída de la hemoglobina. La hemoglobina por debajo de 7 es una emergencia médica,



es una línea severa que compromete la vida del paciente. En ese momento, el hemograma del Hospital **BB** mostraba 11.5 g/dl, que es aceptable para una paciente de la edad de doña Antías Cadena. La gran caída de la hemoglobina es lo que explica el sangrado, teniendo en cuenta lo que está en la historia clínica. Un examen para detectar hemorragia digestiva puede ser una endoscopia o una colonoscopia. Pero, en el ámbito en el que llegó la paciente al Hospital Raúl Orejuela, había un rango de tres horas. Necesito el cirujano, programar quirófano, el equipo, la auxiliar y el anesthesiólogo. Con la caída de la hemoglobina y la clínica de la paciente, creo que era suficiente para diagnosticar un choque hipovolémico producido por el sangrado. **PREGUNTA:** Doctor, perdóneme que insista, pero es que en la demanda, y usted entenderá que somos legos, se hace mucho énfasis en el evento en que la paciente, siendo diabética, y usted lo ha mencionado, no se le hiciera desde el inicio una glucometría para establecer el índice de glicemia. Mi pregunta es: ¿el deceso, según la historia clínica, debido a la hemorragia gastrointestinal, está asociado a la condición diabética o pudo haberse presentado el tema de la hemorragia independientemente de su condición? **CONTESTA:** Que pueda haber una asociación podría ser, pero no se puede demostrar. Y repito, hay condiciones médicas que no están ligadas a la diabetes, que son anatómicas, que son de cuidado colónico, que son gástricas o del intestino delgado, que pueden reventar, sangrar y presentarse con clínica, dolor abdominal, y la hemorragia que evidentemente pasó. En este momento, con la historia clínica que se tiene, se tenían dos condiciones: la cetoacidosis diabética, probablemente, y la hemorragia digestiva. Ambas pueden ser causa de deceso, pero un paciente que fallece por un cuadro de cetoacidosis diabética muere por la acidosis, muere por el estado hiperosmolar, que lleva a hipoperfusión y edema cerebral; o sea, el paciente tiene daño neurológico o el paciente hace una arritmia, repito, y puede fallecer por esa causa. Mientras que, en un paciente que está sangrando, la hemorragia por se puede llevar al choque y ocasionar la muerte. Y en este caso podrían estar asociadas. Repito, en este caso en especial, revisando las historias clínicas, no podría asegurar o descartarlo, pues no fui el médico tratante. Y evidentemente, la hemorragia digestiva está ocasionando un deterioro clínico en este caso, que probablemente lleva al deceso. Lo de la glucometría, obviamente, de hecho hago una acotación aquí: cuando yo tengo un paciente que está inestable por otra causa, y lo vimos en la historia clínica de la señora Antías, se dispara la hipertensión arterial, y ella creo que llegó a tener 211/110 de tensión arterial, que es una tensión arterial elevada, y las glucometrías altas. Pero estas también pueden estar alteradas por el estrés fisiológico del paciente, es decir, por una condición médica urgente como el dolor simple. El dolor abdominal que tenía en ese momento puede llevar incluso a la elevación de la glucometría y a la elevación de la tensión arterial por reflejo a ese estado en el que está el paciente, claro que sí. No se desconoce que la glucometría es un elemento muy importante en la estabilización de un paciente diabético, pero yo asociar en este momento una hemorragia digestiva como tal al estado hiperglucémico que tenía la paciente no podría hacerlo en un 100 %, pero tampoco se puede descartar. No se conocía, no recuerdo en la historia clínica haber leído que la paciente Antías tuviera una colonoscopia previa, una endoscopia previa en la que se hubiera diagnosticado un estado médico previo que antecediera a esto.



También se escuchó el testimonio de la “funcionaria del Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses” que realizó la experticia. La perito se refirió al análisis médico del caso de la señora **ACC**, así (Minutos 11:43 - 1:13:30 audiencia del 20 de octubre de 2022. Samai tribunal, índice 89):

*Revisado el caso, se trata de una mujer de 63 años que al inicio estaba aparentemente en buenas condiciones; sin embargo, es muy importante tener en cuenta el antecedente de hipertensión y diabetes. La diabetes es una enfermedad sistémica; es decir, afecta todo el organismo, y el dolor abdominal puede ser la primera manifestación de su descompensación. Entonces, indiscutiblemente, si tengo un dolor abdominal con antecedente de diabetes, lo primero que hay que hacer es tener en cuenta ese antecedente, buscar la causa del dolor abdominal y no limitarse a administrar analgésicos. Adicionalmente, con un antecedente tan importante como la diabetes, era prioritario realizar la glucometría; es decir, medir la glucosa en sangre para ver si estaba o no dentro de los valores normales. Cuando la paciente reconsulta el 29 de diciembre de 2012 con más síntomas, como el de fiebre, que nos habla de una infección, y los pacientes diabéticos tienen mucha tendencia a desarrollar infecciones y a que estas se compliquen. La misma infección puede hacer que la glucosa se eleve, lo que puede agravar el cuadro hasta llevar a un coma diabético. Sin embargo, no se hace nuevamente en esa segunda consulta la glucometría y, a pesar de los leucocitos elevados que indicaban una infección bacteriana en una paciente diabética, se decide manejo ambulatorio y se envía a casa. Definitivamente, este no es el manejo esperado para esta persona. Luego, cuando la paciente acude al Hospital Raúl Orejuela Bueno, llega descompensada, con niveles de azúcar en sangre muy altos. Se identifica que su nivel de hemoglobina está muy bajo, que está sangrando, y se toman todas las medidas para hacer la remisión. En ese orden de ideas, se concluye que, teniendo en cuenta todo lo anterior, la atención en salud brindada el 27 y el 29 de diciembre de 2012 en el Hospital **BB** Gasca no fue adecuada ni se ajustó a la atención esperada para el caso en específico. La atención deficiente brindada en ese hospital llevó a que la paciente falleciera. Lastimosamente, no se hizo necropsia médico-legal que nos pudiera llevar a saber específicamente dónde estuvo la falla, pero ya cursaba una falla sistémica. Con todo lo anterior, se concluye que sí hay un nexo de causalidad médica entre la atención prestada el 27 y 29 de diciembre de 2012 en el Hospital **BB** Gasca y la muerte de la paciente. **Pregunta:** En el dictamen pericial se dice que a la paciente se le debieron realizar unos exámenes de laboratorio desde su ingreso a la entidad médica, especialmente en el Hospital **BB** Gasca. Entre esos exámenes se encuentra el de glicemia en sangre. Díganos, doctora, ¿por qué era importante en este caso la práctica de este examen? **Contestó:** Definitivamente, una persona con antecedente de diabetes —que insisto, es una enfermedad que compromete todo el organismo, no solamente se trata de tener azúcar en sangre— puede referir dolor como el primer síntoma de una descompensación de esa diabetes. Entonces, lo primero que hay que hacer en estos pacientes es revisar si su glicemia es adecuada, puesto que, si no se maneja en ese momento, el cuadro se agravará progresivamente. Si se origina en una infección urinaria, como evidentemente pasó y se comprobó, la misma infección hará que la glucosa se eleve, descompensando más el organismo, facilitando la colonización por la bacteria, y comprometiendo el sistema nervioso central, lo que puede llevar a un coma y a la muerte (...) **Pregunta:** O sea, ¿que la prueba de glicemia era orientadora para saber qué tratamiento seguir? **Contestó:** Definitivamente, sí. Era una prueba supremamente importante para poder tomar decisiones respecto al diagnóstico y el manejo que se debía continuar (...). **Pregunta:** Dice usted, doctora, en su dictamen y ahora en la audiencia, que a la señora Cadena Caicedo, el día 29 de diciembre, se le realizaron unos exámenes en el Hospital*



**BB Gasca** donde nuevamente se omitió el examen de glucometría. De acuerdo con esos exámenes, se detectó una infección urinaria. Díganos, ¿era pertinente disponer su salida de la institución con esos antecedentes médicos y con la infección detectada? **Contestó:** Evidentemente, de acuerdo al parcial de orina y al hemograma, donde se tenían unos glóbulos blancos demasiado elevados, lo que indica una infección generalizada en el organismo, esta paciente no debía haberse manejado de manera ambulatoria. La recomendación, con los antecedentes de diabetes y la infección, era mandatorio dejarla en observación para determinar si se podía manejar allí o si debía ser remitida a un hospital de mayor nivel (...). **Pregunta:** Conforme a la sintomatología que presentaba la paciente, ¿tenía criterios para una remisión a un centro asistencial de mayor complejidad, teniendo en cuenta su evolución y los hallazgos de laboratorio del día 29 de diciembre de 2012? **Contestó:** De acuerdo con el caso clínico, sí. Tenemos una paciente de 63 años con antecedentes importantes de diabetes, una infección urinaria y leucocitos altos. Lo que procedía en ese momento, para el nivel en el que estaba, era dejarla hospitalizada para observación y, ya con la glucometría que no se realizó, definir si se podía hacer el manejo allí o si requería un traslado a un nivel superior. Eso fue lo que no se hizo en ese momento. Entonces, tenía criterios para ser observada y definir su traslado, pero no debía dársele manejo ambulatorio (...). **Pregunta:** En el dictamen se indicó que la paciente, el día 29 de diciembre de 2012, tenía una hemoglobina de 11. ¿Qué indicaba este resultado? **Contestó:** Indica que la paciente tenía una hemoglobina dentro de parámetros aceptables. Con ese resultado no se podía hablar de una hemorragia. Lo que mostraba el hemograma eran leucocitos altos, lo que indicaba una infección generalizada de mucha importancia (...). **Pregunta:** Si no hay una necropsia, se desconoce la causa exacta de la muerte. Entonces, ¿por qué se puede determinar que existe un nexo de causalidad entre la muerte de la paciente y la atención brindada en el Hospital **BB Gasca**? **Contestó:** Porque, indiscutiblemente, la señora, cuando llega inicialmente, está en buenas condiciones generales. Sin embargo, en el momento de ser atendida en el Hospital Raúl Orejuela Bueno, llega totalmente descompensada, con sangrado, hemoglobina baja, glicemia muy alta y signos que hablan de una septicemia, lo que llevó a que se descompensara por completo su organismo y falleciera.

Finalmente, se cuenta con lo dicho por los señores Ana Italia Lasprilla Verdugo y Arquimes Torres Rodríguez, quienes, por su cercanía y amistad con los demandantes, dieron cuenta de los perjuicios morales y materiales que la muerte de la señora **ACC** les generó. Asimismo, afirmaron que la atención que se le brindó a la paciente no fue correcta y que ello conllevó a la configuración del daño que hoy se demanda (minutos 22:10-32:19 y 1:02:45-1:08:40 audiencia de 5 de agosto de 2021, Samai tribunal índice 89).

5.4. Así las cosas, relacionado el material probatorio obrante en el expediente, la Sala procederá a abordar los puntos de estudio planteados en el problema jurídico. En este sentido, se analizará si, en la atención brindada a la señora **ACC** los días 27 y 29 de diciembre de 2012, la E.S.E. **BB Gasca** incurrió en una falla en el servicio médico al omitir exámenes diagnósticos esenciales y ordenar su alta pese a sus antecedentes clínicos. Asimismo, se evaluará si esta omisión tiene un nexo causal directo con el fallecimiento de la



paciente o si, por el contrario, la falta de pruebas concluyentes sobre la causa de muerte y las condiciones clínicas posteriores descartan dicha relación.

### **5.5. La responsabilidad de la E.S.E. BB Gasca**

La jurisprudencia actual de esta Corporación ha sostenido que, por regla general, el título de imputación aplicable en asuntos médico-sanitarios es el de falla probada del servicio, lo que implica que el demandante, además de acreditar el daño, debe necesariamente probar la falla del acto médico (el desconocimiento de la *lex artis*) y el nexo causal entre este y el daño, sin perjuicio de que el juez pueda, de acuerdo con las circunstancias, optar por un régimen de responsabilidad objetiva.

Se debe precisar que, en oportunidades anteriores, esta Subsección ha reconocido la dificultad probatoria en punto al nexo causal que suelen tener los demandantes en este tipo de casos, dado el especialísimo carácter técnico inherente a los procedimientos médicos asistenciales:

*Ahora bien, no pueden perderse de vista las dificultades que caracterizan la actividad probatoria en procesos como el que mediante el presente pronunciamiento se decide, habida cuenta de que la actividad médica entraña conocimientos técnicos y científicos de difícil constatación que, en determinados supuestos, le impiden al juez tener plena certeza sobre el nexo de causalidad existente entre un específico procedimiento médico y el resultado que al mismo se le pretende imputar. No obstante, la dificultad que conlleva el análisis de las pruebas en materia médica no faculta al juez para presumir la existencia del aludido nexo causal.*

*Empero, también se ha sostenido y así se reitera que, en aplicación del principio de libertad probatoria, el juez de la causa puede recurrir a cualquier medio demostrativo que le resulte útil para formar su convencimiento en relación con la existencia y las particularidades de los presupuestos fácticos relevantes para resolver de fondo la litis, mecanismos acreditativos entre los cuales el artículo 175 del Código de Procedimiento Civil consagra el indicio como uno de los que válidamente puede apreciar el operador judicial con el propósito de formar su íntima convicción (...)<sup>13</sup>.*

En este orden de ideas, si bien el régimen aplicable a los eventos en los cuales se discute la responsabilidad patrimonial del Estado por las actividades médico-sanitarias es, de manera general, el de la falla probada del servicio, la especial naturaleza de la actividad en estudio le permite al juez de la causa acudir a diversos medios probatorios, por ejemplo, la prueba indiciaria para formar su convencimiento acerca de la existencia del nexo de causalidad, sin que por ello se pueda afirmar que dicha relación causal se presume.

---

<sup>13</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 27 de abril de 2011, expediente 19.192, M.P. Mauricio Fajardo Gómez, reiterado en sentencia del 25 de octubre de 2019, expediente 44.169.



En el presente asunto, la responsabilidad patrimonial que se le imputa a la E.S.E. Hospital **BB** Gasca se originó en el daño alegado por la parte actora como consecuencia del fallecimiento de la señora **ACC**, ocurrido el 29 de diciembre de 2012. Esta responsabilidad se atribuye a una presunta falla en el servicio médico, consistente en la omisión de realizar exámenes diagnósticos esenciales, como una glucometría, y en el manejo clínico insuficiente a pesar de los antecedentes de diabetes e hipertensión de la paciente, lo que habría impedido un diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado de su condición.

Con las historias clínicas allegadas al proceso se probó que el 27 de diciembre de 2012 la señora **ACC** ingresó a la E.S.E. Hospital **BB** Gasca con dolor abdominal, crisis hipertensiva y antecedentes de diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial y sobrepeso. Esta atención se limitó a la administración de analgésicos y antihipertensivos y, posteriormente, se dispuso su alta, sin la observación adecuada y toma de exámenes diagnósticos.

El 29 de diciembre, la paciente reingresó con fiebre alta, malestar general y dolor abdominal, síntomas que sugerían un proceso infeccioso grave. Aunque se ordenaron algunos exámenes paraclínicos, los resultados mostraron una infección urinaria con leucocitosis marcada y una hemoglobina normal de 11.5 g/dl. A pesar del hallazgo infeccioso y el antecedente de diabetes mellitus tipo II, no se le realizó una glucometría, prueba fundamental para determinar su estado metabólico. Sin tener en consideración sus comorbilidades y del cuadro clínico, se le dio de alta con manejo ambulatorio.

Horas después de ser dada de alta, la paciente ingresó en estado crítico al Hospital Raúl Orejuela Bueno con síntomas de hemorragia digestiva, niveles elevados de glucosa (464 mg/dl), anemia severa (hemoglobina de 6.7 g/dl) y cetoacidosis diabética. Aunque recibió atención inmediata, su condición se deterioró rápidamente, presentó un paro cardiorrespiratorio y falleció ese mismo día.

Ahora bien, con el peritaje rendido por el Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses y con el testimonio de la funcionaria que lo realizó, es dable concluir que la atención médica prestada a la señora **ACC** en el Hospital **BB** Gasca, los días 27 y 29 de diciembre de 2012, no cumplió con los estándares esperados ni con las normas de atención requeridas para un caso con sus antecedentes médicos.



En primer lugar, la omisión de la glucometría en ambas consultas, a pesar del conocido antecedente de diabetes mellitus tipo II, se constituye como una falta relevante. La diabetes es una enfermedad sistémica que puede manifestarse a través de síntomas inespecíficos, como el dolor abdominal, el cual fue el motivo inicial de consulta. La cetoacidosis diabética, una complicación grave de esta patología, requiere diagnóstico temprano mediante la medición de la glucosa en sangre. No obstante, los médicos omitieron este examen esencial, lo que impidió una evaluación adecuada del estado metabólico de la paciente. Como lo señala la perito, este examen habría sido orientador para el diagnóstico y la toma de decisiones sobre el manejo clínico.

En segundo lugar, la deficiencia en la historia clínica y el examen físico afectó gravemente la capacidad de los médicos para identificar la gravedad del cuadro clínico. No se documentó un interrogatorio completo ni un examen detallado de la enfermedad actual. La falta de hallazgos precisos impidió plantear una hipótesis diagnóstica sólida que permitiera orientar los exámenes y el tratamiento adecuado, todo lo cual llevó a que la paciente fuera dada de alta con manejo ambulatorio en ambas ocasiones, sin un seguimiento adecuado de su condición.

Asimismo, se observa que, en la segunda consulta, los resultados de los exámenes paraclínicos fueron interpretados de manera inadecuada. Los niveles elevados de leucocitos y la presencia de bacterias en el análisis de orina indicaban una infección bacteriana severa, lo cual debía considerarse un signo de alarma en una paciente diabética. Sin embargo, el equipo médico decidió, nuevamente, un manejo ambulatorio sin hospitalización ni observación. Según la experta, la decisión de no dejar a la paciente en observación ni considerar una remisión a un centro de mayor complejidad fue una omisión que comprometió su vida.

Por otra parte, el cuadro clínico que presentó la paciente en el Hospital Raúl Orejuela Bueno evidencia la gravedad de las condiciones no diagnosticadas ni tratadas previamente. La paciente ingresó con sepsis, cetoacidosis diabética y una hemorragia digestiva que se manifestó de forma aguda. La caída abrupta de hemoglobina, de 11.5 g/dl a 6.7 g/dl, confirmada por los resultados de laboratorio, junto con una glicemia de 464 mg/dl, demuestran un estado crítico que se desarrolló en cuestión de horas tras el alta hospitalaria. Si bien los médicos de ese hospital implementaron las medidas necesarias, la paciente ya presentaba un compromiso sistémico avanzado que no pudo ser revertido.



Sobre el particular, es importante destacar que en el peritaje y en su testimonio la experta explica que la hemorragia digestiva no se manifestó durante la estancia de la paciente en el Hospital **BB** Gasca, pues presentaba unos niveles de hemoglobina estable, lo que impide atribuir directamente la omisión de diagnóstico de esta condición al personal médico. Sin embargo, la perito subraya que la atención médica fue inadecuada al no contemplar los riesgos asociados a la diabetes y al no realizar los exámenes necesarios para evaluar el estado metabólico de la paciente. La cetoacidosis diabética, ignorada en ambas consultas, fue una complicación crítica que contribuyó al fallecimiento.

Por todo lo anterior, la perito concluye que existió una relación de causalidad médica entre la atención brindada los días 27 y 29 de diciembre de 2012 en el Hospital **BB** Gasca y la muerte de la paciente. Las omisiones en la evaluación diagnóstica, el manejo inadecuado del cuadro clínico y la falta de hospitalización comprometieron la evolución de la enfermedad, derivando en un desenlace fatal. El hecho de que no se hubiera realizado una necropsia impide saber con precisión cuál de las condiciones tuvo mayor incidencia en la muerte, pero las pruebas evidencian que el manejo inicial erróneo fue determinante en el deterioro irreversible del estado de salud de la paciente.

En contraste, se cuenta con las pruebas rendidas por el médico Javier Fernando Feijoo Hidalgo, tanto el informe técnico como su testimonio concluyen que la atención prestada a la señora **ACC** en el Hospital **BB** Gasca fue adecuada, porque no presentó signos claros que permitieran prever la gravedad del desenlace posterior, especialmente en lo referente a la hemorragia digestiva. Ambas pruebas sostienen que la hemoglobina de la paciente durante su estancia inicial era de 11.5 g/dl, un valor aceptable, y que no se detectaron síntomas evidentes de hemorragia, como rectorragia o signos de irritación peritoneal. Por ello, el manejo ambulatorio, en ese contexto clínico, era justificable.

Se hizo énfasis en que la hemorragia se manifestó de manera súbita horas después, en el Hospital Raúl Orejuela Bueno, evidenciada por una disminución significativa de hemoglobina (de 11.5 g/dl a 6.7 g/dl) y un sangrado rectal, lo cual se plantea como un evento crítico que no se presentó durante la atención en el primer hospital, motivo por el cual se descarta una relación directa entre dicha hemorragia y la atención recibida.



Sin embargo, se deja de lado un aspecto fundamental que, como se vio, también contribuyó al desenlace fatal: el estado metabólico comprometido de la paciente debido a su diabetes mellitus. En estas pruebas, el médico reconoce que no se le realizó la prueba de glucometría, lo cual resultaba indispensable en una paciente con estos antecedentes y sintomatología. La cetoacidosis diabética, diagnosticada en el segundo hospital con una glucosa de 464 mg/dl, es una condición metabólica y sistemática que, al no haberse identificado oportunamente, agravó su estado general y disminuyó su capacidad de respuesta al episodio hemorrágico.

El testimonio y el concepto del médico Feijoo plantea que ambas condiciones, la hemorragia y cetoacidosis diabética, pudieron estar asociadas y contribuir de manera determinante al fallecimiento de la paciente, pero el enfoque de las pruebas trata de justificar la atención prestada, argumentando que no existían señales evidentes de hemorragia en el momento del egreso. En contraste, se minimiza la omisión de la glucometría y la falta de hospitalización para observación, pese a que eran medidas fundamentales en una paciente con antecedentes de diabetes, hipertensión, sobrepeso y un cuadro clínico sugestivo de infección.

En conclusión, las pruebas indican que la hemorragia digestiva severa, que fue una de las causas del fallecimiento de la paciente, se manifestó después de la atención inicial prestada en el Hospital **BB** Gasca. Al momento de su ingreso el 27 de diciembre de 2012, y durante la segunda consulta el 29 de diciembre, la paciente no presentó síntomas evidentes de sangrado digestivo como rectorragia, hematemesis o signos de anemia aguda. De hecho, la hemoglobina registrada estaba dentro de los límites aceptables para su edad y condición. Este hecho, además de la ausencia de hallazgos físicos que sugirieran sangrado, impide atribuir una falla directa al hospital por no haber identificado y tratado esa condición durante su atención inicial.

No obstante, el análisis pericial señala que la falta de control adecuado de la condición metabólica de la paciente, en particular el antecedente de diabetes, fue un elemento crítico que contribuyó al desenlace fatal. La omisión en la práctica de una glucometría, tanto en la primera como en la segunda consulta, resultó en la no detección de una posible hiperglucemia que, al no ser controlada, desencadenó una cetoacidosis diabética. Esta complicación metabólica, que se caracteriza por niveles elevados de glucosa, desbalance electrolítico y acidosis, es una condición grave que afecta múltiples órganos y aumenta significativamente el riesgo de muerte.



La cetoacidosis fue confirmada durante la última atención médica en el Hospital Raúl Orejuela Bueno, donde la paciente ingresó con niveles de glucosa extremadamente elevados (464 mg/dl). La falta de manejo oportuno de esta condición en el hospital inicial redujo las probabilidades de recuperación, afectando la capacidad del organismo de responder a otras complicaciones como la hemorragia que posteriormente se presentó.

Por tanto, aunque la hemorragia no pudo ser anticipada ni diagnosticada durante la primera atención, la deficiencia en el control metabólico sí constituye una falla médica relevante, ya que una adecuada monitorización y tratamiento de la glicemia pudo haber evitado o disminuido la gravedad de la cetoacidosis diabética, mejorando así las posibilidades de supervivencia de la paciente.

Tratándose de asuntos en los que se debate la defectuosa prestación del servicio médico, el daño no siempre consiste en la lesión física, la secuela fisiológica o la muerte del paciente, sino que también puede ocurrir que se le prive del suministro del tratamiento o cuidado disponible que mayor beneficio le pueda reportar o le otorgue las mayores posibilidades de supervivencia.

En este último evento, aunque tampoco existe certeza de que aunque se hubiera actuado con diligencia, el paciente se salvaría, lo cierto es que si el centro hospitalario hubiera obrado de conformidad, es decir, con la pericia y el cuidado necesarios, no le habría hecho perder el chance o la oportunidad de sobrevivir<sup>14</sup>.

En el presente asunto se demostró que las faltas cometidas por la E.S.E. Hospital **BB** Gasca, especialmente, la omisión de un control adecuado de glicemia y el manejo ambulatorio pese a los antecedentes de diabetes y signos de infección, estuvieron causalmente relacionadas con el deterioro clínico de la señora **ACC**. Sin embargo, resulta incierto si, aun con un traslado oportuno a un centro de mayor nivel, la paciente habría sobrevivido, dado que cursaba con dos patologías graves: una cetoacidosis diabética, originada por la falta de control de su condición metabólica, y una hemorragia digestiva que surgió de manera súbita horas después de su egreso del hospital, de ahí que la Sala

---

<sup>14</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 7 de julio de 2011. Exp. 20.139. M.P. Mauricio Fajardo Gómez y sentencia del 11 de agosto de 2010, expediente No. 18593. M.P. Enrique Gil Botero. Posición reiterada por esta Subsección en sentencia del 12 de diciembre de 2022, expediente 59776. M.P. José Roberto SÁCHICA Méndez y sentencia del 17 de febrero de 2023, expediente 50926.



considera que el fundamento de la responsabilidad en este caso debe ser el de la pérdida de oportunidad.

Sobre el particular, se advierte que en la demanda sólo se pidió el reconocimiento de perjuicios inmateriales derivados de la muerte de la señora **ACC**, y que uno de los fundamentos aducidos en el escrito para la declaratoria de la responsabilidad fue el de la pérdida de oportunidad, de ahí que la modificación de la sentencia en este aspecto no implique una variación en la *causa petendi*.

Así, pues, para la Sala es claro que en este caso la señora **ACC** perdió una oportunidad de sobrevivir, bajo el entendido de que existía un chance de recuperación, que podía materializarse o no, pero que se extinguió con su muerte, la cual estuvo determinada por las fallas a las que se hizo referencia, relevantes respecto del resultado final.

## **6. Indemnización por la pérdida de oportunidad de sobrevivir de la señora ACC**

En la sentencia del 5 de abril de 2017<sup>15</sup>, se fijaron los *“parámetros para cuantificar la indemnización por pérdida de oportunidad en casos de responsabilidad médica”*. En esta providencia, se explicó que el daño a indemnizar es el truncamiento de la expectativa legítima, de ahí que *“su estimación no solo será menor a la que procedería si se indemnizara el perjuicio final, es decir, la muerte o la afectación a la integridad física o psicológica, sino proporcional al porcentaje de posibilidades que tenía la víctima de sobrevivir o de mejorar sus condiciones de salud”*.

También se dijo que, dicha indemnización *“se cuantificará en términos porcentuales, teniendo en cuenta que está ubicada en un espacio oscilante entre dos umbrales, esto es, inferior al 100% y superior al 0%, ya que por tratarse de una probabilidad no podría ser igual o equivalente a ninguno de los dos extremos, máxime si se tiene en cuenta que en materia médica incluso los índices de probabilidad más débiles siguen representando intereses valiosos para el paciente y sus seres queridos, en consideración a la fungibilidad de la vida y el anhelo por prolongarla”*.

Para efectos de fijar el porcentaje de la expectativa legítima truncada, se sostuvo que, por regla general, debía establecerse a través de los diferentes medios de prueba y, a falta de estos, se podría declarar en abstracto la condena o acudir a

---

<sup>15</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia de 5 de abril de 2017, exp. 25706, M.P. Ramiro Pazos Guerrero.



criterios de equidad<sup>16</sup>. Si en últimas no es “*posible fijar científica y técnicamente el porcentaje de probabilidades, la cuantificación (...) se determinará, excepcionalmente, (...) en un 50%, el cual se aplicará para la liquidación de los perjuicios*”.

Así las cosas, como en el expediente no milita prueba que permita establecer el porcentaje de la expectativa legítima truncada, y dado que existen factores que inciden de manera directa la merma del mismo, la Sala concluye que las posibilidades de sobrevivencia de la señora **ACC** eran del 50%. En ese orden de ideas, la Sala reconocerá las siguientes indemnizaciones:

Nombre	Parentesco	Indemnización
<b>TIH</b>	Cónyuge	50 SMLMV
Edwar Ibarbo Cadena	Hijo	50 SMLMV
Willington Ibarbo Cadena	Hijo	50 SMLMV
Eberth Ibarbo Cadena	Hijo	50 SMLMV
Luis Alfonso Ibarbo Cadena	Hijo	50 SMLMV
Teódulo Ibarbo Cadena	Hijo	50 SMLMV
Zonia Ibarbo Cadena	Hija	50 SMLMV
Anayive Ibarbo Cadena	Hija	50 SMLMV
Hillary Ibarbo Rosero	Nieta	25 SMLMV
Angie Katherine Ibarbo Quiñones	Nieta	25 SMLMV
Mary Julieth Ibarbo Quiñones	Nieta	25 SMLMV
Luis Eduardo Ibarbo Quiñones	Nieto	25 SMLMV
Eberth Santiago Ibarbo Caicedo	Nieto	25 SMLMV
Aldair Ibarbo Castillo	Nieto	25 SMLMV
Alan Camilo Ibarbo Posada	Nieto	25 SMLMV
Isabella Ortiz Ibarbo	Nieta	25 SMLMV
Keiler Santiago Ortiz Ibarbo	Nieto	25 SMLMV
Yilmar Andrés Amaya Ibarbo	Nieto	25 SMLMV

## 7. Del llamamiento en garantía

La orden de reembolso efectuada por el *a quo* en contra de la Previsora S.A., como llamada en garantía de la E.S.E. **BB** Gasca, será confirmada, pues se trata de un punto que la interesada no cuestionó en su apelación.

## 8. Condena en costas

El artículo 188 del C.P.A.C.A. consagra que “*la sentencia dispondrá sobre la condena en costas, cuya liquidación y ejecución se regirán por las normas del Código de Procedimiento Civil*”.

<sup>16</sup> Sobre la aplicación de la equidad como fundamento para cuantificar el perjuicio por la pérdida de oportunidad, ver: Consejo de Estado, Sala Plena de Sección Tercera, sentencia de 12 de julio de 2012, rad. 15,024, M.P. Danilo Rojas Betancourth.



De esta manera, con independencia de la buena fe con que las partes hubieran obrado en el presente recurso, por regla general, debe ser condenado en costas el extremo vencido o al que se le resuelve desfavorablemente el recurso, con apego a los dictados del artículo 365 del Código General del Proceso.

Como consecuencia, dado que el recurso de apelación prosperó parcialmente en favor del extremo recurrente, en la medida en que parte de sus argumentos de defensa fueron recogidos y derivaron en la reducción de la indemnización por pérdida de oportunidad, la Sala se abstendrá de condenar en costas por la segunda instancia<sup>17</sup>.

### **FALLA:**

**PRIMERO: MODIFICAR** la sentencia del 15 de febrero de 2023, proferida por el Tribunal Administrativo del Valle del Cauca, la cual quedará así:

*PRIMERO: DECLARAR al Hospital **BB** Gasca ESE responsable por la pérdida de oportunidad de sobrevivida de la señora **ACC**.*

*SEGUNDO: CONDENAR al Hospital **BB** Gasca ESE a pagar indemnización de perjuicios morales así:*

*Para **TIH** (esposo): 50 SMMLV a la fecha de ejecutoria de esta sentencia.*

*Para Edwar Ibarbo Cadena, Willington Ibarbo Cadena, Eberth Ibarbo Cadena, Luis Alfonso Ibarbo Cadena, Teódulo Ibarbo Cadena, Zonia Ibarbo Cadena, Anayive Ibarbo Cadena (hijos): 50 SMMLV a la fecha de ejecutoria de esta sentencia, para cada uno de ellos.*

*Para Hillary Ibarbo Rosero, Angie Katerine Ibarbo Quiñones, Mary Julieth Ibarbo Quiñones, Luis Eduardo Ibarbo Quiñones, Eberth Santiago Ibarbo Caicedo, Aldair Ibarbo Castillo, Alan Camilo Ibarbo Posada, Isabella Ortiz Ibarbo, Keiler Santiago Ortiz Ibarbo, Yilmar Andrés Amaya Ibarbo (nietos): 25 SMMLV a la fecha de ejecutoria de esta sentencia, para cada uno de ellos.*

*TERCERO: AFECTAR la póliza No. 1002643 de responsabilidad civil, vigencia 20 de junio de 2013 a 20 de junio de 2014, amparo daños extrapatrimoniales. Una vez el Hospital **BB** Gasca ESE pague el deducible de este amparo. La Previsora girará el dinero directamente a los beneficiarios. El Hospital **BB** Gasca ESE asumirá la condena que exceda este amparo.*

*CUARTO: NEGAR las demás pretensiones de la demanda.*

*QUINTO: CONDENAR en costas por la primera instancia al Hospital **BB** Gasca ESE.*

---

<sup>17</sup> De conformidad con lo dispuesto en el numeral 5) del artículo 365 del C.G.P. “5. En caso de que prospere parcialmente la demanda, el juez podrá abstenerse de condenar en costas o pronunciar condena parcial, expresando los fundamentos de su decisión”.



Radicación Número: 76001-23-33-000-2015-00389 (69893)  
Actor: **TIH** y otros Demandado: E.S.E.  
Hospital Benjamín Barney y otros Referencia: Acción  
de reparación directa

**SEGUNDO:** Sin condena en costas por la segunda instancia

**TERCERO:** Ejecutoriada la presente providencia, por Secretaría **DEVOLVER** el expediente al Tribunal de origen.

Se deja constancia de que esta providencia fue aprobada por la Sala en la fecha de su encabezado y que se suscribe en forma electrónica mediante el aplicativo SAMAI, de manera que el certificado digital que arroja el sistema permite validar la integridad y autenticidad del presente documento en el enlace <https://relatoria.consejodeestado.gov.co:8080/Vistas/documentos/evalidador.aspx>

### **NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

*Firmado electrónicamente*  
**MARÍA ADRIANA MARÍN**

*Firmado electrónicamente*  
**FERNANDO ALEXEI PARDO FLÓREZ**

*Firmado electrónicamente*  
**JOSÉ ROBERTO SÁCHICA MÉNDEZ**

VF