

RESPONSABILIDAD DEL ESTADO - Servicio de salud / SERVICIO DE SALUD - Responsabilidad del estado / PRESTACION DEL SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL - Evolución jurisprudencial / PRINCIPIO DE LA CARGA DINAMICA DE LA PRUEBA - Prestación del servicio médico asistencial / PRINCIPIO DE LAS CARGAS PROBATORIAS DINAMICAS - Prestación del servicio médico asistencial / INVERSION DE LA CARGA DE LA PRUEBA - Excepción. Prestación del servicio médico asistencial / PRINCIPIO DE LA EQUIDAD - Carga de la prueba. Servicio médico asistencial

Se concluye que la demostración de la falla en la prestación del servicio médico asistencial será carga de la parte demandante, a menos que aquélla resulte extraordinariamente difícil o prácticamente imposible y dicha carga se torne, entonces, excesiva. Sólo en este evento y de manera excepcional, será procedente la inversión del deber probatorio, previa la inaplicación del artículo 177 del Código de Procedimiento Civil -que obligaría a la parte actora a probar siempre el incumplimiento por el demandado de su deber de prestar debidamente el servicio mencionado-, por resultar la regla en él contenida, en el caso concreto, contraria a la equidad, prevista en el artículo 230 de la Constitución Política como criterio auxiliar de la actividad judicial. Nota de Relatoría: Ver sentencia del 10 de febrero de 2.000, dentro del expediente 11.878; Sobre Teoría de la falla probada del servicio, obligación de medios y no de resultados sentencia del 24 de octubre de 1990. Expediente 5902. Actora: María Helena Ayala de Pulido; en sentencia de 30 de julio de 1992, se adoptó la tesis de la falla del servicio presunta.

FALLA DEL SERVICIO MEDICO - Relación de causalidad. Prueba / RELACION DE CAUSALIDAD - Falla del servicio médico

Así las cosas, no cabe duda de que si bien puede afirmarse que la caída de la camilla sufrida por el paciente se debió a una falla en la prestación del servicio a cargo del hospital demandado, en cuanto, dada la condición de aquél, el personal de la sección de urgencias debió tomar las precauciones necesarias para que ello no sucediera, se estableció dentro del proceso que dicha falla no tuvo relación de causalidad con su muerte, por lo cual se torna inocua en el análisis de la responsabilidad. En efecto, como lo precisó esta Sala en la sentencia del 14 de junio de 2001, citada en el acápite inicial de estas consideraciones, únicamente aquellas fallas a las que pueda atribuirse la producción del daño resultan relevantes para la demostración de la responsabilidad. Por lo demás, debe observarse que, contrario a lo expresado por uno de los testigos, no hay constancia de que se hubieran practicado al paciente radiografías que hubieran evidenciado la existencia de “fracturas” en el cráneo. Este resultado no consta en ninguno de los exámenes que obran en el proceso. Sí se anotó en la historia clínica que el señor Vélez sufrió una caída, que tuvo un “trauma” en el cráneo, que presentó una herida frontal y un hematoma en el párpado del ojo izquierdo - no una hemorragia grave, como se afirma en la demanda- y que, en la escanografía cerebral, se observó una contusión frontal producida posiblemente por golpe reciente. Sin embargo, como se ha advertido, estas circunstancias, valoradas por los médicos y patólogos forenses del Instituto Nacional de Medicina Legal, fueron consideradas irrelevantes respecto de la causación de la muerte del señor Fernando Vélez. La misma se produjo, en efecto, conforme a las conclusiones de aquéllos, como consecuencia del desarrollo propio de la enfermedad del paciente, que revestía mucha gravedad y generó consecuencias que, en el caso concreto, resultaron imposibles de controlar, según lo expresado anteriormente, y si bien hubo una “lesión cerebral severa”, ella no se generó por la caída mencionada, como se expresa en la demanda (ver literal b. del acápite de fundamentos fácticos), sino por el accidente cardiovascular a que dio lugar la

crisis hipertensiva. Adicionalmente, no existe indicio alguno de que el contenido de la historia clínica, con fundamento en la cual se rindió el informe técnico aludido, hubiera sido modificado por la parte demandada con posterioridad a los hechos. En ese sentido, las afirmaciones del apelante resultan irresponsables y temerarias.

CONSEJO DE ESTADO

SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO

SECCION TERCERA

Consejero ponente: ALIER EDUARDO HERNANDEZ ENRIQUEZ

Bogotá, D.C., veintidós (22) de abril de dos mil cuatro (2004)

Radicación número: 76001-23-31-000-1992-8245-01(14080)

Actor: FANNY DE LA PAVA VASQUEZ Y OTROS

Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE -EVARISTO GARCIA-

Procede la Sala a resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte actora contra la sentencia proferida el 16 de mayo de 1997, por el Tribunal Administrativo de Valle del Cauca, Sección Segunda, mediante la cual se resolvió negar las pretensiones de la demanda.

ANTECEDENTES:

1. LO QUE SE DEMANDA.

En ejercicio de la acción de reparación directa y mediante escrito presentado el 19 de junio de 1992, a través de apoderado (folios 19 a 39), las señoras Fanny De la Pava Vásquez -obrando en nombre propio y en representación de sus hijos menores de edad David Fernando y Daniel Vélez De la Pava- y Lesbia Vélez, solicitaron que se declarara la responsabilidad del Departamento del Valle del Cauca y del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García”, por los perjuicios materiales y morales sufridos como consecuencia de la muerte de Fernando Vélez, esposo de la primera, padre de los dos menores y hermano de la última, ocurrida el 11 de julio de 1991.

Solicitaron, en consecuencia, que se condenara a las entidades demandadas a pagar, por concepto de perjuicios morales, la suma de dinero equivalente al valor

de mil gramos de oro, para cada uno de los demandantes, salvo para la señora Lesbia Vélez, cuya pretensión se tasó en la suma equivalente al valor de quinientos gramos del mismo metal. Adicionalmente, pidieron que se condenara a dichas entidades a pagarles a la señora Fanny De la Pava y a sus hijos, el lucro cesante causado, que fue calculado en \$20.851.560.00.

2. FUNDAMENTOS FÁCTICOS.

Sustentó la parte actora sus pretensiones en los siguientes hechos:

Fernando Vélez era empleado del Departamento del Valle del Cauca.

a. El 24 de junio de 1991, fue llevado a Urgencias del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García, “al parecer por deficiencias graves en el cerebro y circulación sanguínea”. Ingresó a las 6:30 horas y fue “sondeado (sic) por la uretra, causándole hemorragia severa”. Aproximadamente a las 9:30 a.m., “el médico de planta... ordenó a FANNY DE LA PAVA VÁSQUEZ dirigirse al 5º piso del complejo a averiguar si su marido tenía derecho a ser atendido por pensionados (sic)”. Cuando ésta volvió, quince minutos después, “se percató que (sic) a FERNANDO le habían dejado caer de la camilla, las auxiliares de enfermería, caída que le ocasionó lesión cerebral severa..., sin embargo, FERNANDO aún estaba consciente y gritaba por el dolor de cabeza producido por el golpe, se le produjo un hematoma muy agudo en la frente lado izquierdo, todo ese lado quedó amoratado, casi negro, el ojo del mismo lado con hemorragia grave...”.

b. El paciente fue trasladado “a un nivel seguido a la sala de urgencias y allí permaneció hasta el día 25 de junio de 1991, más o menos hasta las 14:00 horas...”. La demora para trasladarlo “a pensionados” se debió a que el médico encargado de dar la orden, un “nefrólogo” afiliado a SEMEDE, servicio médico contratado por la Gobernación que se disolvió esa misma semana, no pudo ser localizado. Este médico sólo apareció el 25 de junio, de manera que “durante dos días FERNANDO VÉLEZ estuvo en urgencias”.

c. Los médicos del Hospital Universitario “no prestaron servicio oportuno y eficiente a este paciente al negarse a dar la orden de traslado a pensionados (sic), “porque no les correspondía”, cuando la salud es a cargo del Estado y el Hospital Universitario es Beneficencia Pública, además, si el traslado a pensionados (sic) se hubiese ordenado a tiempo no hubiese generado (sic) el deceso de FERNANDO VÉLEZ...”.

d. En el Hospital “Evaristo García” no le pudieron “controlar la presión sanguínea” al paciente; por ello, su esposa “tuvo que contratar un médico particular del mismo Hospital Universitario”. En efecto, “el médico de SEMEDE no le pudo controlar el pulso (presión), pero el médico particular sí en dos días se lo estabilizó, el tratante de SEMEDE le hizo cambiar la medicina y este cambio originó su muerte”.

e. Durante los últimos ocho días, Fernando Vélez “no hablaba, el cambio de fórmula le afectó la función de la palabra y hasta su deceso no la pudo utilizar. Periódicamente fue perdiendo su control y conocimiento hasta llegar a la inconciencia y su muerte, murió en estado comatoso”.

Finalmente, expresó, a manera de conclusión:

“...No se requiere mayor esfuerzo para establecer que la muerte de FERNANDO VÉLEZ fue causa directa de la ineficiencia e ineficacia de la prestación el servicio médico a este paciente por parte del Hospital Universitario..., omisión del personal médico y paramédico del mismo al no tratarlo en forma oportuna y rápida en especialidad de pensionados a donde tenía derecho por ser un empleado público al servicio del... Departamento del Valle del Cauca...”.

Posteriormente, manifestó que “...las omisiones continuadas” del personal y los medicamentos suministrados del Hospital “agravaron” el estado de salud del paciente, y precisó que las fallas consistieron en: a) Tenerlo por dos días en un sector no apto para tratamiento especializado; b) Haber permitido que se cayera de la camilla, por falta de cuidados elementales; c) El suministro de medicina no apta para su enfermedad.

3. CONTESTACION DE LA DEMANDA.

Admitida la demanda, el auto respectivo, del 3 de julio de 1992, fue notificado a los representantes de las entidades demandadas. Dentro del término de ejecutoria, fue recurrido en reposición por la apoderada del Departamento del Valle del Cauca, y, por auto del 23 de octubre del mismo año, el Tribunal decidió revocarlo parcialmente, respecto de la vinculación al proceso a dicha entidad territorial. Se decidió, en efecto, rechazar la demanda formulada en su contra (folios 64 a 78).

Posteriormente, dentro del término de fijación en lista, el apoderado del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” le dio contestación a la demanda (folios 127 a 143). Se opuso a las pretensiones formuladas y expresó que, con fundamento en las anotaciones de la historia clínica, que aportó en copia auténtica, se concluye que el paciente ingresó con un cuadro de hipertensión arterial y crisis hipertensiva, que le generó un accidente cerebrovascular hemorrágico. Agregó que no fue posible intervenirle quirúrgicamente, porque no se pudo estabilizar la presión arterial, y expresó que si bien recibió atención adecuada, murió como consecuencia de su grave estado de salud.

De otra parte, aceptó que el paciente se cayó de la camilla, pero indicó que ello se produjo por la imprudencia de aquél, “quien encontrándose solo, al tener

sensación de orinar, quiso pararse...”, sin pedir la ayuda de la enfermera. Además, afirmó que la caída le produjo al paciente un hematoma en el lado izquierdo de su frente, lo que le generó dolor de cabeza, pero no es cierto que, como consecuencia de ella, hubiera sufrido hemorragia grave en el ojo izquierdo.

También aceptó que “al paciente se le contrató un médico particular”, pero expresó que eso “no excluye la intervención de apoyo para el tratamiento que en un momento dado, al realizar los controles, pueden dar los médicos al servicio del hospital...”, y afirmó que “en nada influyó que el paciente hubiese estado o no permanentemente en el área de pensionados”, y que no es cierto que un cambio de medicamento causado la muerte del paciente, dado que ésta “se debió a las condiciones críticas del mismo, que la medicina, a pesar del tratamiento que se le dio..., no pudo controlar, pues... no es una ciencia exacta ni puede garantizar éticamente los resultados de un tratamiento”.

4. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN.

Practicadas las pruebas decretadas y fracasada la audiencia de conciliación, se corrió traslado a las partes para que alegaran de conclusión, y al agente del Ministerio Público para que rindiera concepto. Dentro del término respectivo, intervinieron aquéllas (folios 145 a 147, 227 a 228 y 237 a 246 del cuaderno principal, y folios 1 a 4 del cuaderno 3).

El apoderado de la parte actora reiteró los argumentos planteados en la demanda y consideró, además, que de los testimonios practicados se desprende que “antes de su ingreso al Centro Hospitalario”, Fernando Vélez “no presentaba ningún hematoma o escoriación en su parte externa o epidermis”, el cual apareció después, producto de una caída de la camilla que sufrió aquél en la sala de urgencias. Así, dijo, se probó que la falta de cuidado necesario del paciente “conllevó a un proceso irreversible de agravamiento de la salud..., que conllevó finalmente su deceso”. En efecto, esta caída “le produjo hematomas severos en su cabeza”, y debe tenerse en cuenta lo expresado por algunos declarantes, en el sentido de que, en las radiografías que le fueron practicadas, se evidenció una fractura de cráneo. Explicó que estas radiografías “que las tuvo en su mano FANNY DE LA PAVA VÁSQUEZ no aparecieron en la actividad de la parte demandada y entonces no se desvirtuó esta circunstancia y al no ser desvirtuada tampoco desaparece”. Concluyó, así, que “la caída de la camilla de FERNANDO

VÉLEZ fue la consecuencia (sic) del deceso, porque agravó su ya desmejorada y delicada situación de hipo o hipertensión arterial”.

También el apoderado de la demandada reiteró algunos argumentos expuestos en la primera parte del proceso. Adicionalmente, manifestó que no es cierto que, como consecuencia de la caída de la camilla, el paciente hubiera sufrido una fractura craneana. En efecto, agregó, de la historia clínica se deduce que “el trauma sufrido en el cráneo fue de una intensidad leve pues solamente se rompió la piel causándole herida frontal”. Llamó la atención, al respecto, sobre el hecho de que la camilla tiene una altura de 1 metro.

De otra parte, manifestó que, de los testimonios practicados, se desprende claramente que, al momento de ingresar al Hospital, el paciente se encontraba en estado de gravedad, y, además, que no era cuidadoso en el manejo de su enfermedad, dado que “a los 35 años de edad poseía gran peso”. De igual manera, el diagnóstico allí efectuado da cuenta del carácter crítico de su situación, que no pudo ser controlada médicamente, y de las pruebas practicadas se deduce que “el compromiso cerebral que tenía... NO FUE PRODUCTO DE UNA CAÍDA DE LA CAMILLA SINO DE SU CUADRO HIMPERTENSIVO (sic) SEVERO”.

5. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA:

Mediante sentencia del 16 de mayo de 1997, el Tribunal Administrativo del Valle del Cauca, Sección Segunda, decidió negar las pretensiones de la demanda (folios 278 a 296).

Luego de citar, *in extenso*, los testimonios recibidos dentro del proceso, consideró demostrado, con fundamento en ellos, que Fernando Vélez padecía de hipertensión y que, antes de su muerte, había presentado crisis menores. Además, que su última crisis fue tratada en el Hospital “Evaristo García”, “en donde recibió el trato normal que se presta en ese centro asistencial a los usuarios del servicio de salud”.

Afirmó que si bien algunos testigos “sustentan la hipótesis de que la causa de la muerte fue la caída de la camilla que efectivamente sufrió cuando se encontraba en la sala de urgencias”, con fundamento en la prueba pericial que fue decretada

de oficio, antes de fallar, se concluye que ese hecho resultó irrelevante respecto del resultado final, dado que la causa de la muerte fue el edema cerebral secundario al hematoma intraparenquimatoso cerebral, producido por el accidente cerebrovascular hemorrágico que se generó, a su vez, como consecuencia de la hipertensión arterial crónica sufrida por el paciente.

Precisó, finalmente, que “[n]o es a base de testimonios como puede establecerse la causa real de la muerte de Fernando Vélez, sino a través de la prueba técnica...”, y agregó:

“Es preciso creer a tales expertos, dado que el cargo que desempeñan hace presumir que se trata de personas idóneas y honestas. Pero, si llegara a rechazarse su dictamen, no podría darse por establecido que la causa de la muerte fue la referida caída, pues no existe en el expediente ningún elemento de orden científico que así lo indique y sólo se haya (sic) la versión de parientes y amigos del occiso que sólo en el plano de las hipótesis lo afirman.

Además, como los demandantes han cuestionado la atención que el occiso recibió..., no está por demás decir que la historia clínica que ninguna parte impugnó oportunamente y que todos reclamaron como prueba, demuestra lo contrario; que es corroborado por algunos testigos que se refieren al trato normal que reciben los pacientes en el aludido hospital”.

6. RECURSO DE APELACIÓN Y ACTUACIÓN EN SEGUNDA INSTANCIA:

Apeló la parte actora la decisión de primera instancia, insistiendo en los argumentos planteados en otras etapas procesales, especialmente en relación con la aceptación, por parte de la entidad demandada, del hecho referido a la caída sufrida por la víctima, desde la camilla en que se encontraba cuando era atendido en el servicio de Urgencias (folios 309 a 314).

Consideró que el dictamen del Instituto de Medicina Legal, en el cual se funda la sentencia apelada, fue rendido con base en la lectura de la historia clínica elaborada en el Hospital Evaristo García, a la cual “desde luego le aparecen los visos de parcialidad por circunstancias indiciarias de que una vez contestada la demanda se pudo haber modificado el contenido del historial...”.

Afirmó, además, que “apareció una circunstancia desconocida en el proceso la cual fue que al exhumar los restos de FERNANDO VÉLEZ claramente se notó las fisuras de su cráneo...”, lo cual confirma “la teoría de que la caída de la camilla afectó su cabeza y condujo inevitablemente a su deceso...”. Indicó que

si bien le solicitó al Tribunal que practicara una inspección ocular a dichos restos, esa Corporación rechazó su petición, por extemporánea. Finalmente, agregó:

“...En gracia de discusión podríamos aceptar los planteamientos del Tribunal cuando negó la práctica de esta inspección, según reza la norma, pero entonces la misma demandada admite la omisión por parte del servicio de enfermería de Urgencias del Hospital Universitario del Valle, omisión que es objetiva y que compensa o equilibra las causas reales del fallecimiento de Fernando Vélez; la jurisprudencia de lo Contencioso Administrativo creó la figura de la compensación de culpas que en este caso es sin lugar a dudas es (sic) la enfermedad con que ingresó el paciente a Urgencias y la otra el accidente producido por **OMISIÓN** del servicio auxiliar de enfermería que genera concretamente el daño antijurídico objetivo al tenor del artículo 90 de la Constitución Nacional y que es susceptible de indemnización dentro de los parámetros probados en la litis”.

El recurso fue concedido el 18 de julio de 1997 y admitido el 24 de noviembre siguiente. Corrido el traslado a las partes para alegar, y al representante del Ministerio Público para rendir concepto, aquéllas y éste guardaron silencio (folios 301, 315 317 y 319).

Mediante auto del 28 de agosto de 2003, la Sala separó del conocimiento del proceso al doctor Ramiro Saavedra Becerra, quien manifestó previamente su impedimento, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 150, numeral 2, del C. de P. C. (folios 320 y 321 a 324).

CONSIDERACIONES:

1. OBSERVACIONES INICIALES SOBRE LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO POR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD:

En relación con este tema y con el fin de aclarar algunos aspectos planteados en el proceso acerca del régimen de responsabilidad aplicable al caso concreto, se considera pertinente citar algunos apartes del fallo proferido el 10 de febrero de 2.000, dentro del expediente 11.878. Manifestó la Sala en aquella oportunidad:

“El problema de la responsabilidad por la prestación del servicio médico asistencial fue resuelto por esta Sala, durante mucho tiempo, con apoyo en la teoría de la falla del servicio probada, partiendo de la base de que se trataba de una obligación de medios y no de resultados. Esta postura, sin embargo, comenzó a cuestionarse en algunos fallos¹, hasta llegar a la unificación de criterios en torno al tema, con la expedición de la sentencia de 30 de julio de

¹ Ver, entre otros, Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección III, 24 de octubre de 1990. Expediente 5902. Actora: María Helena Ayala de Pulido.

1992, con ponencia del Magistrado Daniel Suárez Hernández², donde se adoptó la tesis de la falla del servicio presunta.³ Expresó la Sala en esa oportunidad:

“...Por norma general corresponde al actor la demostración de los hechos y cargos relacionados en la demanda. Sin embargo, con mucha frecuencia se presentan situaciones que le hacen excesivamente difícil, cuando no imposible, las comprobaciones respectivas, tal el caso de las intervenciones médicas, especialmente quirúrgicas, que por su propia naturaleza, por su exclusividad, por la privacidad de las mismas, por encontrarse en juego intereses personales e institucionales, etc., en un momento dado se constituyen en barreras infranqueables para el paciente, para el ciudadano común obligado procesalmente a probar aspectos científicos o técnicas profesionales sobre los cuales se edifican los cargos que por imprudencia, negligencia o impericia formula... contra una institución encargada de brindar servicios médicos u hospitalarios.

Sin duda, resultaría más beneficioso para la administración de justicia en general..., si en lugar de someter al paciente... a la demostración de las fallas en los servicios y técnicas científicas prestadas por especialistas, fueren éstos los que por encontrarse en las mejores condiciones de conocimiento técnico y real por cuanto ejecutaron la respectiva conducta profesional, quienes satisficieran directamente las inquietudes y cuestionamientos que contra sus procedimientos se formulan...”.

En relación con esta posición, reiterada por la jurisprudencia de esta Sala a partir de la expedición del fallo citado, se considera necesario precisar que, si bien tiene origen en el llamado principio de las cargas probatorias dinámicas -cuya aplicación, aunque no tiene sustento en nuestra legislación procesal, puede decirse que encuentra asidero suficiente en las normas constitucionales que relieves el principio de equidad- ha resultado planteada en términos tan definitivos que se ha puesto en peligro su propio fundamento. En efecto, el planteamiento ha llevado a aplicar, en todos los casos de daño causado en desarrollo de la prestación del servicio médico asistencial, la teoría de la falla del servicio presunta, exigiéndosele siempre a las entidades públicas demandadas la prueba de que dicho servicio fue prestado debidamente, para poder exonerarse de responsabilidad.

Resulta, sin embargo, que no todos los hechos y circunstancias relevantes para establecer si las entidades públicas obraron debidamente tienen implicaciones técnicas o científicas. Habrá que valorar, en cada caso, si éstas se encuentran presentes o no. Así, habrá situaciones en las que, sin duda, es el paciente quien se encuentra en mejor posición para demostrar ciertos hechos relacionados con la actuación de la entidad respectiva. Allí está, precisamente, la explicación del dinamismo de las cargas, cuya aplicación se hace imposible ante el recurso obligado a la teoría de la falla del servicio presunta, donde simplemente se produce la inversión permanente del deber probatorio.

(...)”.

Así las cosas, se concluye que la demostración de la falla en la prestación del servicio médico asistencial será carga de la parte demandante, a menos que

² Expediente 6897.

³ De esta evolución da cuenta el fallo expedido por la misma Corporación el 24 de agosto de 1992. Expediente 6754. Actor Henry Enrique Saltarín Monroy.

aquella resulte extraordinariamente difícil o prácticamente imposible y dicha carga se torne, entonces, excesiva. Sólo en este evento y de manera excepcional, será procedente la inversión del deber probatorio, previa la inaplicación del artículo 177 del Código de Procedimiento Civil -que obligaría a la parte actora a probar siempre el incumplimiento por el demandado de su deber de prestar debidamente el servicio mencionado-, por resultar la regla en él contenida, en el caso concreto, contraria a la equidad, prevista en el artículo 230 de la Constitución Política como criterio auxiliar de la actividad judicial.⁴

Ahora bien, observaciones similares a las anteriores, que se refieren a las dificultades que ofrece para el demandante la demostración de la falla del servicio, se han hecho respecto de la prueba de la relación de causalidad existente entre el hecho de la entidad demandada y el daño del cual resultan los perjuicios cuya indemnización se reclama. En efecto, también en ello están involucrados elementos de carácter científico, cuya comprensión y demostración resulta, en ocasiones, muy difícil para el actor. Refiriéndose a este tema, la Sala expuso lo siguiente, en sentencia del 14 de junio de 2001 (expediente 11.901):

“Por esta razón, se ha planteado un cierto aligeramiento de la carga probatoria del demandante, a quien, conforme a lo dispuesto en el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil, corresponde demostrar los supuestos de hecho del artículo 90 de la Constitución Política, que sirve de fundamento a sus pretensiones.

Así, en sentencia del 3 de mayo de 1999, esta Sala manifestó:

“En consideración al grado de dificultad que representa para el actor la prueba de la relación de causalidad entre la acción del agente y el daño en los casos en que esté comprometida la responsabilidad profesional, no sólo por la complejidad de los conocimientos científicos y tecnológicos en ella involucrados sino también por la carencia de los materiales y documentos que prueben dicha relación causal, se afirma que cuando sea imposible esperar certeza o exactitud en esa materia “el juez puede contentarse con la probabilidad de su existencia” (Cfr. Ricardo De Ángel Yagüez. Algunas previsiones sobre el futuro de la responsabilidad civil (con especial atención a la reparación del daño), Ed. Civitas S.A., Madrid, 1995, p. 77), es decir, que la relación de causalidad queda probada “cuando los elementos de juicio suministrados conducen a un grado suficiente de probabilidad.” (ibídem, p. 77). Al respecto ha dicho la doctrina:

“En términos generales, y en relación con el ‘grado de probabilidad preponderante’, puede admitirse que el juez no considere como probado un hecho más que cuando está convencido de su realidad. En efecto, un acontecimiento puede ser la causa cierta, probable o simplemente posible de un determinado resultado. El juez puede fundar su decisión sobre los hechos que, aun sin estar

⁴ Sobre la aplicación de la equidad como criterio auxiliar de la actividad judicial, que permite la corrección de la ley para evitar una consecuencia injusta no prevista por el legislador, ver sentencias de la Corte Constitucional C-1547 de 2000 y SU-837 de 2002.

establecidos de manera irrefutable, aparecen como los más verosímiles, es decir, los que presentan un grado de probabilidad predominante. No basta que un hecho pueda ser considerado sólo como una hipótesis posible. Entre los elementos de hecho alegados, el juez debe tener en cuenta los que le parecen más probables. Esto significa sobre todo que quien hace valer su derecho fundándose en la relación de causalidad natural entre un suceso y un daño, no está obligado a demostrar esa relación con exactitud científica. Basta con que el juez, en el caso en que por la naturaleza de las cosas no cabe la prueba directa, llegue a la convicción de que existe una 'probabilidad' determinante". (Ibídem, p. 78, 79)...".⁵

En sentencia del 7 de octubre de 1999, la Sala expresó que, "...aceptada la dificultad que suele presentarse en la demostración directa de la causalidad en materia médica, puede probarse indirectamente -indiciariamente- ..."⁶. Y en el mismo sentido, precisó posteriormente lo siguiente:

"...de acuerdo con los criterios jurisprudenciales reseñados, la causalidad debe ser siempre probada por la parte demandante y sólo es posible darla por acreditada con la probabilidad de su existencia, cuando la complejidad de los conocimientos científicos y tecnológicos involucrados o la carencia de los materiales y documentos que prueben dicha relación impidan obtener la prueba que demuestre con certeza su existencia".⁷

Se observa, conforme a lo anterior, que, tratándose de la relación de causalidad, no se plantea la inversión -ni siquiera eventual- del deber probatorio, que sigue estando, en todos los casos, en cabeza del demandante. No se encuentra razón suficiente para aplicar, en tales situaciones, el citado principio de las cargas probatorias dinámicas. Se acepta, sin embargo, que la demostración de la causalidad se realice de manera indiciaria, siempre que, dadas las circunstancias del caso, resulte muy difícil -si no imposible- para el demandante, la prueba directa de los hechos que permiten estructurar ese elemento de la obligación de indemnizar.

En la valoración de estos indicios tendrá especial relevancia el examen de la conducta de las partes, especialmente de la parte demandada, sin que pueda exigírsele, sin embargo, que demuestre, en todos los casos, cuál fue la causa del daño, para establecer que la misma es ajena a su intervención. En efecto, dadas las limitaciones de la ciencia médica, debe aceptarse que, en muchas ocasiones, la causa de la muerte o el empeoramiento del paciente permanece oculta, aun para los propios médicos.

Por lo demás, dicha valoración debe efectuarse de manera cuidadosa, teniendo en cuenta que -salvo en casos excepcionales, como el de la cirugía estética y el de la obstetricia, entre otros, que han dado lugar a la aplicación de regímenes de responsabilidad más exigentes para el demandado- los médicos actúan sobre personas que presentan alteraciones de la salud, lo que implica el desarrollo de diversos procesos en sus organismos, que tienen una evolución propia y, sin duda, en mayor o menor grado, inciden por sí mismos en la modificación o agravación de su estado, al margen de la intervención de aquéllos. Al respecto, considera la Sala acertadas las siguientes observaciones formuladas por el profesor Alberto Bueres:

⁵ Expediente 11.169.

⁶ Expediente 12.655.

⁷ Sentencia del 22 de marzo de 2001, expediente 13.284.

“...creemos que el mero contacto físico o material entre el actuar profesional y el resultado, no siempre ha de ser decisivo para tener por configurada la relación causal, pues en la actividad médica el daño no es, de suyo, en todos los casos, revelador de culpa o de causalidad jurídica (adecuada). En rigor, a partir de la evidencia de que el enfermo acude al médico por lo común con su salud desmejorada, a veces resulta difícil afirmar que existe un daño y, en otras oportunidades, los tropiezos se localizan en el establecer si ciertamente el daño (existente) obedece al actuar médico o si deriva de la evolución natural propia del enfermo (Ataz López, Los médicos y la responsabilidad civil, Edit. Montecorvo, Madrid, 1985, p. 340. Sobre las causas concurrentes y la concausa, y la factibilidad de interrupción del nexo causal, ver Mosset Iturraspe, Responsabilidad Civil del médico, Edit. Astrea, Buenos Aires, 1979, p. 267 a 269).

Esta última afirmación nos conduce de la mano a reiterar que en tema de responsabilidad galénica, el contacto físico entre un profesional y un paciente que experimenta daños, no permite indefectiblemente imputar estos daños al susodicho profesional, pues las pruebas aportadas al proceso, con suma frecuencia, suscitan dudas acerca de si el obrar médico fue en verdad el que ocasionó los perjuicios... Frente al daño médico, es muy común que las constancias procesales pongan de manifiesto que el perjuicio pudo ocurrir por el hecho del profesional o por una o varias causas ajenas derivadas fortuitamente del propio estado de salud del enfermo -amén de los supuestos de hecho (o culpa) de éste último-...”⁸

(...)”.

Solo resta advertir -como también lo hizo la Sala en el fallo que acaba de citarse- que el análisis de la causalidad debe preceder siempre al de la existencia de la falla del servicio, en los casos en que ésta se requiere para estructurar la responsabilidad de la entidad demandada. En efecto, sólo aquellas fallas a las que pueda atribuirse la producción del daño tendrán relevancia para la demostración de dicha responsabilidad, de manera que la inversión del orden en el estudio de los elementos citados puede dar lugar a que la falla inicialmente probada resulte inocua, o a valorar indebidamente los resultados del examen de la conducta, teniendo por demostrado lo que no lo está.⁹

⁸ BUERES, Alberto J. Responsabilidad civil de los médicos, Edit. Hammurabi, Buenos Aires, 1992, p. 312, 313.

⁹ Teniendo en cuenta observaciones similares, la Sala ha hecho afirmaciones como estas, en fallos anteriores:

“Lo que interesa para los efectos de resarcimiento, y naturalmente, de la estructuración de la responsabilidad es, ante todo, la posibilidad de imputación o reconducción del evento dañoso al patrimonio de quien se califica preliminarmente responsable; esto ha de aparecer acreditado cabalmente, para no descender inoficiosamente al análisis culpabilístico” (sentencia del 7 de octubre de 1999, expediente 12.655).

“Ni aun en el evento de que se hubiera probado una falla del servicio habría lugar a declarar la responsabilidad del Estado mientras el vínculo causal no hubiera sido establecido, al menos como probable” (Sentencia del 22 de marzo de 2001, expediente 12.843).

Y debe insistirse en que la presunción de la causalidad será siempre improcedente; aceptarla implicaría incurrir en una evidente contradicción, en la medida en que supondría la aplicación, tratándose de la responsabilidad por la prestación del servicio médico asistencial, de un régimen más gravoso para el demandado inclusive que el objetivo, dado que si bien en éste la falla del servicio no constituye un elemento estructural de la obligación de indemnizar, el nexo causal está siempre presente y la carga de su demostración corresponde al demandante, en todos los casos.

2. EL CASO CONCRETO:

Con fundamento en las pruebas practicadas legalmente dentro del proceso, se tiene lo siguiente:

Está demostrado que el señor Fernando Vélez murió en la ciudad de Cali el 12 de julio de 1991. Lo anterior consta en la copia auténtica del registro civil de la defunción, donde se anotó, además, como causa del deceso: "EDEMA CEREBRAL" (folio 4). Así, está probado el daño del cual se derivan los perjuicios cuya reparación solicitan los demandantes.

Por otra parte, con base en las copias y los certificados de los registros civiles de nacimiento y matrimonio aportados al proceso (folios 5 a 12), se encuentra probada también la relación de parentesco existente entre los actores y el señor Fernando Vélez. En efecto, está debidamente acreditado que éste último estaba casado con Luz Fanny De la Pava Vásquez, que era el padre de Daniel y David Fernando Vélez De la Pava, y que era hermano de Lesbia Vélez, por ser ambos hijos de Valeria Vélez.

No obstante lo anterior, advierte la Sala que no se estableció en el proceso la existencia de una relación de causalidad entre la conducta de la entidad demandada y la muerte del señor Fernando Vélez. Por el contrario, se demostró que ésta se debió al desarrollo mismo de su enfermedad, que no pudo ser controlada por aquélla, a pesar de haber prestado con diligencia y pericia el servicio médico asistencial a su cargo.

Al respecto, obra en el expediente la orden de hospitalización del señor Fernando Vélez, dirigida a SEMEDE -servicio al cual se encontraba afiliado (folio 31 del c.

2)- y emitida por el médico Álvaro Holguín del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García, el 25 de junio de 1991, así como la solicitud formulada a aquella entidad por otro médico del mismo hospital, en el sentido de asignar urgentemente un neurocirujano para hospitalizar al paciente en pensionados. Allí mismo se anotó que el paciente era atendido en esa fecha en urgencias por el servicio de sala general de neurocirugía y medicina interna, y que el diagnóstico efectuado era el siguiente: “Hematoma intracerebral. Posible malformación A.V. HTA” (folios 17 y 18).

Adicionalmente, fue aportada por la parte demandada copia auténtica de la historia clínica elaborada en el Hospital Universitario del Valle “Evaristo García”, donde constan los siguientes hechos (folios 81 a 126):

a. El señor Fernando Vélez ingresó al hospital el 24 de junio de 1991, a las 9:30 a.m. En la hoja correspondiente se anotó:

“EA - Paciente con historia de HTA (hipertensión arterial) de vieja data, con manejo por artensol 80 mg./día y... Según familiar hoy se levanta con signos de malestar general y luego presenta debilidad del brazo izq. y cefalea súbita con un episodio de vómito. Lo traen al HUV porque no se puede sostener. Se cae por el lado izq.

AP (+) HTA desde hace 5 años.
(+) igual episodio desde hace 5 años (# 2)”.

Del examen físico resultan importantes estas anotaciones:

“SNC (sistema nervioso central)...
pares V, VI, VII periférico? - IX comprometida izq.
Ojos desviados a la derecha.
Hemiparesia izq.

Sensibilidad disminuida en el lado izq.

(...)

Idx. HTA a) Crisis hipertensiva.

b) ACV (accidente cerebrovascular) hemorrágico secundario a 1.

Cx: CAT - LAB. V. ...”. (Se subraya).

b. El mismo día, a las 9:30 p.m., evaluó al paciente un neurocirujano asistencial, quien hizo las siguientes anotaciones:

“Hoy al levantarse episodio súbito de debilidad en hemicuerpo izq. y desviación de la comisura labial derecha ... La esposa es enfática en decir que no tuvo cefalea.

Hipertenso mal tratado de 8 años de evolución. Hace 8 años episodio de hemiparesia derecha del cual se recuperó sin secuelas y hace 7 años le repitió en el mismo lado. Hace 5 1/2 años episodio de hemiparesia izq., del cual se recuperó.

Al ex.: somnoliento por sedación. PIPR,

... HEMIPARESIA IZQ.

TAC: área hipodensa temporal derecha parece infarto antiguo. Hematoma ganglio basal derecho.

IDX 1) Accidente cerebrovascular hemorrágico

a) Hipertensivo.

b) M.A.V. (malformación arteriovenosa) rota.

2) Transformación hemorrágica de infarto.

P/ Manejo médico". (Se subraya).

Se hizo también, el 24 de junio de 1991, una escanografía cerebral, en la que se observó (folio 99):

"Desviación de estructuras de la línea media hacia el lado izq. y colapso parcial del ventrículo lateral der. por presencia de un hematoma intraparenquimatoso que compromete núcleo lenticular y asciende a la unión paraventricular del lado der. midiendo 5x3.6 cms. Hay edema difuso consecuente.

Por su localización es muy probable la etiología hipertensiva.

Se ve además contusión g subgaleal frontal izq. posiblemente por golpe sufrido recientemente". (Se subraya).

c. En los días siguientes, se dejó constancia en la historia del tratamiento aplicado al paciente, y se indicó que éste estuvo sedado, dormido, en regulares condiciones y que respondía burdamente a los estímulos dolorosos. También se anotó que presentaba "contracción fuerte en el "MIS" (miembro superior izquierdo). El 25 de junio, además, se dejó constancia de la presencia de "signo equimótico de trauma frontal izq.". y el día 28 siguiente se anotó: "Iguales condiciones neurológicas. Sufrió trauma de cráneo en urgencias por caída de camilla".

El 30 de junio se hizo constar que el paciente presentaba "Lateralización I. Se sospecha reactiva del hematoma".

d. El 1º de julio se practicó una escanografía cerebral, en la cual se observó (folio 100):

"El hematoma parenquimatoso muestra ligeros signos de resolución. El edema persiste y produce colapso del cuerpo del ventrículo lat. con efecto de masa. No hay colecciones epi ni subdurales y el edema de cuero cabelludo ha disminuido".

El 2 de julio se hizo constar que el paciente presentaba “hipo persistente”, “herida frontal más o menos supurativa” y flebitis en miembro superior izquierdo.

El 5 de julio presentó crisis convulsiva, y el 6 de julio su estado neurológico continuó igual y tuvo hemorragia intestinal. El mismo día se anotó que el paciente presentaba aumento severo de tensión arterial, que no había mejorado con el tratamiento aplicado, y que tenía “vómito pertinaz con puntos de sangre”. Por la noche, el médico hizo constar que fue llamado porque el paciente estaba “profundo” y anotó que, en su opinión, la somnolencia era efecto del fenobarbital, y ordenó otra droga.

También el 6 de julio se hizo constar que la esposa del señor Fernando Vélez quería que un internista particular manejara el caso, y se resumió en la siguiente forma la situación del paciente en ese momento:

“Problemas actuales:

1. Curva TA supremamente hipertenso...

Recibe...

2. Empeoramiento de su estado neurológico, estupor profundo.

3. (...)

4. (...)

Análisis: 1. Hipertenso crónico que será difícil manejarlo mientras curse con hipertensión endocraneana.

Presenta hematoma intraparenq. más edema cerebral.

Plan: aumentar...

2. Posible úlcera de stress: inicio...

3. Se descartará desequilibrio... y No-K

4. Fiebre: posiblemente...; sin embargo, se descartará infeccioso...”. (Se subraya).

Ese día, además, se le practicó una radiografía de tórax, en la que se observó “silueta cardiaca con aumento de ventrículo izq”, y se indicó que había “poco grado de inspiración”, por lo cual los campos pulmonares aparecían pequeños (folio 98).

e. Posteriormente, se indicó que el estado neurológico continuó igual, y el 9 de julio se hizo constar que el paciente entró en “coma superficial”. El 10 de julio, se anotó que se le dio soporte nutricional, que permaneció en cama, con oxígeno, estuporoso o en estado comatoso, y, finalmente, el 11 de julio, se indicó que el paciente falleció a las 6:45 a.m..

A folios 101 a 104 obran, debidamente firmadas, las hojas correspondientes a las órdenes médicas impartidas, en relación con los tratamientos aplicados al paciente desde su ingreso al hospital, y a folios 105 a 125 aparecen las hojas de control de droga y las notas de enfermería. En éstas se alude varias veces a la herida frontal y a las curaciones de la misma, y se mencionada la existencia de un “hematoma en ojo izquierdo por caída de la camilla”, o de “equimosis en párpado izquierdo” o “en ojo izquierdo”.

De otra parte, obran en el proceso los informes técnicos rendidos por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - Regional Sur, el 15 de abril de 1995 y el 9 de febrero de 1996 (folios 61 a 66 del cuaderno 2).

En el primero se ofrecen las siguientes explicaciones respecto de la hipertensión arterial:

“...La hipertensión arterial es un estado en el que la presión sanguínea normal (100-140/60-80) está por encima de las cifras consideradas como “normales”. Ocasionalmente hay “disparos” de aumento de la presión arterial, ya sea en una persona normotensa o hipertensa, llamados “crisis hipertensivas”. Estas crisis hipertensivas se dividen según su severidad en “emergencias hipertensivas y urgencias hipertensivas”, siendo las emergencias las de mayor compromiso orgánico, pudiendo ocasionar ACCIDENTES CEREBROVASCULARES HEMORRÁGICOS, donde la presión dentro de las arterias cerebrales es tan grande que puede romperlas y causar hemorragias dentro del cerebro, condición grave para la persona. La hipertensión arterial en un 80% de los casos es idiopática o esencial, es decir, no se conoce su causa y su manejo consiste en formular drogas hipotensoras y retirar los factores de riesgo (tabaquismo, alcohol, estrés, sobrepeso, etc.), lo que regularmente controla la hipertensión a valores normales y su manejo es, en la mayoría de los casos, tratamiento de por vida; el 20% restante se conoce como hipertensión secundaria, debido frecuentemente a malformaciones arteriales, renales o a tumores; el diagnóstico de hipertensión se basa principalmente en una historia clínica buena y completa y al estudio cardiovascular y renal del paciente para intentar aclarar la causa de la hipertensión y dar el tratamiento acorde al caso en particular”. (Se subraya).

El segundo fue rendido con fundamento en la evaluación de la historia clínica antes mencionada, de la cual se resaltan varios apartes. Entre otras observaciones, se indica que “...La evolución del paciente desde su ingreso es tórpida, con tendencia al empeoramiento progresivo”, que “debido a su cuadro convulsivo permanece sedado por los anticonvulsivos (fenobarbital, fenergan)”, y que, a partir del 6 de julio de 1991, presenta “empeoramiento del estado neurológico” y entra en estado de “estupor profundo”, hasta el 11 de julio siguiente, cuando fallece.

Se alude a los diagnósticos de ingreso (“1. Crisis hipertensiva; 2. Accidente cerebrovascular hemorrágico secundario a la crisis hipertensiva”) y de egreso (“1. Hipertensión arterial crónica; 2. Hematoma intraparenquimatoso cerebral; 3. Edema cerebral, y 4. Úlceras de stress”) y se consignan, por último, estas conclusiones:

“A. El tratamiento dado por el HUV al paciente Fernando Vélez fue adecuado.

B. Fallece por edema cerebral secundario a hematoma intraparenquimatoso cerebral por accidente cerebrovascular hemorrágico debido a hipertensión arterial crónica.

C. La muerte no ocurrió por caída de la camilla”. (Se subraya).

Finalmente, obran en el proceso las declaraciones rendidas por varias personas amigas o familiares del señor Fernando Vélez, quienes manifestaron haberlo visitado en el hospital y afirmaron que notaron la existencia de un hematoma en la frente de éste y que fueron informados de que había sufrido una caída de la camilla. Afirmaron también, varias de ellas, que el señor Vélez sufría de presión alta y que tomaba drogas para controlarla, y aludieron a algunos aspectos de su evolución mientras estuvo hospitalizado en el Hospital Universitario “Evaristo García”. Dos de los declarantes manifestaron ser dueños de la casa en la que vivía Vélez con su familia, y relataron que ayudaron a su esposa a llevarlo al hospital, indicando que no se podía mover, que tenía un lado del cuerpo paralizado y, además, que era una persona “robusta”, por lo cual fue muy difícil trasladarlo.

El testigo Álvaro Enrique Cortés, al ser interrogado sobre si Fernando Vélez sufrió fracturas craneanas como consecuencia de la caída de la camilla, manifestó no tener conocimiento sobre eso (folio 11 del c. 2), y Aldemar Vélez García, tío de la víctima, expresó, en cambio, que “...en las cosas (sic) que le sacaron se le veía una fractura” y que “el hematoma en la cabeza era la fractura. Era una fractura craneana” Agregó que “[e]l médico que lo vio dijo que tenía una fractura”, pero que “eso no se lo muestran a uno” (folio 20 del c. 2), y, posteriormente, interrogado al respecto, indicó que, cuando preparaban el cadáver, las enfermeras comentaron que Fernando Vélez tenía una fractura, y explicó que a éste le tomaron varias radiografías, pero que él no las vio. (folio 21 del c. 2).

Se concluye, con fundamento en las pruebas mencionadas, que el señor Fernando Vélez ingresó al Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” el 24 de junio de 1991, por haber sufrido una crisis hipertensiva, como consecuencia de la cual tuvo un accidente cerebrovascular hemorrágico. Esta situación, como lo observan los expertos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, se produce porque la presión dentro de las arterias es tan grande que causa su ruptura y genera la consecuente hemorragia dentro del cerebro, lo que supone una “condición grave para la persona”. Como signos externos, en el caso del señor Vélez, se presentó inmediatamente una hemiparesia izquierda, y once días después, una crisis convulsiva.

En los exámenes practicados, y concretamente en las escanografías cerebrales, se observó un “hematoma intraparenquimatoso” y un “edema difuso consecuente”, que, por su localización, tenía la hipertensión como causa “muy probable”.

Debe anotarse, además, que, conforme a la historia clínica, el paciente fue calificado como “[h]ipertenso mal tratado de 8 años de evolución”, que había presentado tres episodios anteriores de hemiparesia, de los que se había recuperado sin secuelas.

Ahora bien, está demostrado que el señor Vélez recibió atención médica inmediata -primero en la sección de urgencias del hospital, y luego en la de pensionados-, consistente en el suministro de medicamentos, con el fin de controlarle la presión arterial; sin embargo, ello no fue posible. Su evolución fue difícil, su estado neurológico empeoró y entró en estado comatoso el 9 de julio de 1991, hasta el día 11 siguiente, cuando murió.

Está probado, como lo expresa el apelante, que el día de su ingreso al Hospital, mientras se encontraba en la sección de urgencias, el paciente sufrió una caída de la camilla, como consecuencia de la cual se produjo una herida en la frente y un hematoma en el ojo o en el párpado izquierdo. En la primera escanografía practicada el 24 de junio de 1991, se advirtió, además, sobre la existencia de una “contusión subgaleal frontal izq. posiblemente por golpe sufrido recientemente”. Entiende el recurrente que este hecho constituyó una falla “del servicio de enfermería de Urgencias del Hospital del Valle”, y concluye que la misma “compensa o equilibra las causas reales del fallecimiento de Fernando Vélez”, por

lo cual solicita que se declare la existencia, en el caso concreto, de una “compensación de culpas” (sic).

No obstante lo anterior, los expertos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en el segundo informe técnico rendido dentro del proceso, concluyeron que la causa de la muerte del señor Vélez fue el “edema cerebral secundario a hematoma intraparenquimatoso cerebral por accidente cerebrovascular hemorrágico debido a hipertensión arterial crónica”, y expresaron, claramente, que aquélla “no ocurrió por caída de la camilla”.

Así las cosas, no cabe duda de que si bien puede afirmarse que la caída de la camilla sufrida por el paciente se debió a una falla en la prestación del servicio a cargo del hospital demandado, en cuanto, dada la condición de aquél, el personal de la sección de urgencias debió tomar las precauciones necesarias para que ello no sucediera, se estableció dentro del proceso que dicha falla no tuvo relación de causalidad con su muerte, por lo cual se torna inocua en el análisis de la responsabilidad. En efecto, como lo precisó esta Sala en la sentencia del 14 de junio de 2001, citada en el acápite inicial de estas consideraciones, únicamente aquellas fallas a las que pueda atribuirse la producción del daño resultan relevantes para la demostración de la responsabilidad.

Por lo demás, debe observarse que, contrario a lo expresado por uno de los testigos, no hay constancia de que se hubieran practicado al paciente radiografías que hubieran evidenciado la existencia de “fracturas” en el cráneo. Este resultado no consta en ninguno de los exámenes que obran en el proceso. Sí se anotó en la historia clínica que el señor Vélez sufrió una caída, que tuvo un “trauma” en el cráneo, que presentó una herida frontal y un hematoma en el párpado del ojo izquierdo -no una hemorragia grave, como se afirma en la demanda- y que, en la escanografía cerebral, se observó una contusión frontal producida posiblemente por golpe reciente. Sin embargo, como se ha advertido, estas circunstancias, valoradas por los médicos y patólogos forenses del Instituto Nacional de Medicina Legal, fueron consideradas irrelevantes respecto de la causación de la muerte del señor Fernando Vélez. La misma se produjo, en efecto, conforme a las conclusiones de aquéllos, como consecuencia del desarrollo propio de la enfermedad del paciente, que revestía mucha gravedad y generó consecuencias que, en el caso concreto, resultaron imposibles de controlar, según lo expresado anteriormente, y si bien hubo una “lesión cerebral severa”, ella no se generó por la

caída mencionada, como se expresa en la demanda (ver literal b. del acápite de fundamentos fácticos), sino por el accidente cardiovascular a que dio lugar la crisis hipertensiva.

Adicionalmente, no existe indicio alguno de que el contenido de la historia clínica, con fundamento en la cual se rindió el informe técnico aludido, hubiera sido modificado por la parte demandada con posterioridad a los hechos. En ese sentido, las afirmaciones del apelante resultan irresponsables y temerarias.

La Sala considera necesario agregar que no se demostraron en el proceso otros hechos alegados por la parte actora en la demanda, como constitutivos de falla del servicio o indicativos de su existencia, tales como la circunstancia de que el señor Vélez hubiera sido “sondeado (sic) por la uretra, causándole hemorragia severa” el día de su ingreso al hospital, el suministro de una medicina que le causara la pérdida del habla y posteriormente la muerte y la intervención exitosa de un médico de SEMEDE que estabilizara “el pulso” (sic) de aquél en dos días. En relación con esto último, se acreditó, por el contrario, que la hipertensión del paciente no pudo ser controlada en ningún momento durante su período de hospitalización.

Por último, no se acreditó que la permanencia del señor Fernando Vélez en la sección de urgencias del hospital, durante dos días, hubiera implicado una prestación deficiente del servicio médico; por el contrario, de la historia clínica se desprende claramente que, desde el día de su ingreso, aquél fue valorado por un neurocirujano asistencial, recibió los medicamentos apropiados, y que inmediatamente se le practicó una escanografía cerebral, con los resultados antes mencionados, y los expertos del Instituto Nacional de Medicina Legal fueron claros al concluir que el tratamiento aplicado en el Hospital Universitario del Valle “fue adecuado”.

Conforme a lo anterior, se impone confirmar el fallo apelado, por el cual se negaron las pretensiones de la demanda.

En mérito de lo expuesto, el Consejo de Estado, en Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

FALLA:

CONFÍRMASE la sentencia proferida por el Tribunal Administrativo del Valle del Cauca, Sección Segunda, el 16 de mayo de 1997, por la cual se negaron las pretensiones de la demanda.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.

ALIER E. HERNÁNDEZ ENRÍQUEZ

MARÍA ELENA GIRALDO GÓMEZ

RICARDO HOYOS DUQUE

GERMÁN RODRÍGUEZ VILLAMIZAR