

## **TESTIMONIOS RENDIDOS POR FUNCIONARIOS VINCULADOS A LA ENTIDAD HOSPITALARIA DEMANDADA - Valor probatorio. Valoración probatoria**

A propósito de los testimonios, la Procuraduría Judicial de la Nación señaló que debían tenerse como sospechosos aquellos que fueron rendidos por los médicos que tuvieron a su cargo la atención de Ciro Alfonso Guerrero en cada una de las oportunidades en las que ingresó al servicio de urgencias del ISS La Sala no comparte esta apreciación pues considera que estos testimonios no resultan sospechosos por el solo hecho de que provengan de funcionarios vinculados a la entidad demandada. Al contrario, estima que las declaraciones de los médicos son útiles y pertinentes para aclarar algunos de los conceptos y anotaciones que aparecen en la historia clínica y otros aspectos de carácter científico que revisten interés en el presente caso. Por ello, estos testimonios se tendrán como pruebas válidas, y serán apreciados en conjunto con los demás medios de prueba obrantes dentro del proceso

### **FALLA DEL SERVICIO - Responsabilidad médica / RESPONSABILIDAD MEDICA - No aplicación de la teoría de la falla presunta. Reiteración jurisprudencial / RESPONSABILIDAD MEDICA - Acreditación de los elementos que la configuran. El daño, la actividad médica y el nexo de causalidad entre ésta y aquél / RESPONSABILIDAD MEDICA - Importancia de la prueba indiciaria**

En cuanto a la imputación del daño, la Procuraduría General de la Nación y el Tribunal a-quo mencionaron que en materia de responsabilidad médica rige el criterio de la falla presunta del servicio, el cual permite trasladar la carga de la prueba de la diligencia y cuidado en la prestación del servicio médico a la entidad pública demandada, bajo el entendido de que ésta se encuentra en mejores condiciones que el paciente para demostrar que su actuación fue idónea, mientras que a éste le resulta en extremo difícil acreditar el hecho contrario. Al respecto, es importante recordar que de tiempo atrás la jurisprudencia del Consejo de Estado abandonó la teoría de la falla presunta para acoger la regla general que señala que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el proceso todos los elementos que la configuran, esto es, el daño, la actividad médica y el nexo de causalidad entre ésta y aquel, sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indiciaria. **NOTA DE RELATORIA:** Sobre responsabilidad médica y los elementos que la configuran, consultar sentencias de 31 de agosto de 2006, exp. 15772, y de 30 de julio de 2008, exp. 15726

### **FALLA MEDICA - Error en el diagnóstico / RESPONSABILIDAD MEDICA - Error en el diagnóstico / ERROR EN EL DIAGNOSTICO MEDICO - Presupuestos para su configuración**

Teniendo en cuenta que el ejercicio de la medicina no puede asimilarse a una operación matemática y que a los médicos no se les puede imponer el deber de acertar en el diagnóstico, la responsabilidad de la administración no resulta comprometida sólo porque se demuestre que el demandante sufrió un daño como consecuencia de un diagnóstico equivocado, pues es posible que pese a todos los esfuerzos del personal médico y al empleo de los recursos técnicos a su alcance, no logre establecerse la causa del mal, bien porque se trata de un caso científicamente dudoso o poco documentado, porque los síntomas no son específicos de una determinada patología o, por el contrario, son indicativos de

varias afecciones. (...) en los casos en los que se discute la responsabilidad de la administración por daños derivados de un error de valoración, la parte actora tiene la carga de demostrar que el servicio médico no se prestó adecuadamente porque, por ejemplo, el profesional de la salud omitió interrogar al paciente o a su acompañante sobre la evolución de los síntomas que lo aquejaban; no sometió al enfermo a una valoración física completa y seria; omitió utilizar oportunamente todos los recursos técnicos a su alcance para confirmar o descartar un determinado diagnóstico; dejó de hacerle el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, o simplemente, incurrió en un error inexcusable para un profesional de su especialidad. **NOTA DE RELATORIA:** Sobre error en el diagnóstico y su configuración, consultar sentencias de 10 de febrero de 2000, exp. 11878, y de 27 de abril de 2011, exp. 19846

### **ERROR EN EL DIAGNOSTICO - Importancia de la historia clínica / ERROR EN EL DIAGNOSTICO - Importancia de la prueba. Peritazgo y experticia**

El juez deberá hacer un análisis riguroso y completo de los medios a su alcance para establecer si hubo o no falla. En especial, deberá examinar la información consignada en la historia clínica con el fin de establecer qué acciones se llevaron a cabo para orientar el diagnóstico de la enfermedad. También deberá apelar, en la medida de lo posible, al concepto de peritos o expertos para aclarar aspectos de carácter científico que escapan a su conocimiento. No obstante, dada la complejidad de los factores que inciden en la exactitud del juicio, el juez tendrá que ser en extremo cuidadoso al momento de valorar esta prueba pues resulta relativamente fácil juzgar la conducta médica ex post. Por ello, la doctrina ha señalado que “el juez y los peritos deben ubicarse en la situación en que se encontraba el médico al momento de realizar dicho diagnóstico” **NOTA DE RELATORIA:** Consultar sentencias de 10 de febrero de 2000, exp. 11878, 27 de abril de 2011, exp. 19846 y de 10 de febrero de 2011, exp. 19040

### **FALLA DEL SERVICIO MEDICO POR ERROR EN EL DIAGNOSTICO - No se configuró porque el diagnóstico no se hizo a la ligera y de forma irresponsable**

Aunque la entidad demandada incurrió en una falla del servicio por error de diagnóstico al dejar de practicar los exámenes indicados para establecer la causa de los dolores de cabeza que aquejaban al joven **Ciro Alfonso Guerrero**, no es responsable, en virtud de esta omisión, de su fallecimiento porque no está demostrado directa o indiciariamente que estos dolores fueron provocados por la infección meningea. En otras palabras, no existe una relación causal entre la falla y el daño aducido en la demanda porque no puede afirmarse razonablemente que la realización de la conducta debida, esto es, la práctica de los exámenes, hubiera evitado el resultado fatal.(...) el médico no sólo tuvo en cuenta los síntomas descritos, sino que examinó físicamente al paciente, con lo cual pudo advertir que presentaba dolor en senos paranasales frontales y “roncus”.(...) esta conducta desplegada por el médico de turno, consistente en examinar físicamente al paciente y en ordenarle un examen diagnóstico, desvirtúa la falla del servicio por error de valoración propuesto por la parte actora pues está demostrado que la entidad demandada no actuó con desidia o negligencia sino que empleó los recursos a su alcance para tratar de identificar la patología que lo aquejaba.(...) en la medida en que no está demostrado que el diagnóstico dado por el médico de turno fue equivocado, no puede afirmarse que la entidad demandada incurrió en una falla del servicio por error de valoración, máxime si se tiene que cuenta que el paciente fue atendido oportunamente en el servicio de urgencias y que se desplegaron un conjunto de acciones encaminadas a determinar cuál era el mal

que lo aquejaba. Y si bien, al final el médico tomó la decisión de manejar el caso ambulatoriamente, creyendo que se trataba de una “sinusitis-bronquitis”, ello no configura una falla del servicio porque no hay ninguna prueba que indique que el caso merecía un manejo hospitalario.(...) es importante anotar que los médicos que comparecieron al proceso en calidad de testigos coincidieron en señalar que los síntomas que presentaba el paciente cuando ingresó por segunda vez al servicio de urgencias del ISS no sólo no mostraban ninguna relación con la afección que se diagnosticó en la primera oportunidad, sino que tampoco eran específicos de meningitis, por lo que razonablemente podían asociarse, como en efecto sucedió, a una enfermedad respiratoria

**FALLA DEL SERVICIO MEDICO POR ERROR EN EL DIAGNOSTICO - Error de juicio inexcusable. Error de valoración inexcusable / ERROR DE JUICIO INEXCUSABLE - No se configuró / ERROR DE VALORACION INEXCUSABLE - No se configuró**

La Sala no desconoce que, junto con los síntomas descritos, el paciente mostraba en ese momento otros indicativos de un serio compromiso neurológico (incapacidad para hablar y para caminar). No obstante, ello no es suficiente para afirmar que el médico encargado de la atención de urgencias del paciente la noche del 14 de mayo incurrió en un error de valoración inexcusable, porque no existe evidencia científica que permita controvertir lo dicho por los testigos expertos, en el sentido de que el caso no era de fácil diagnóstico porque los síntomas no indicaban de forma inequívoca la existencia de una infección meníngea. Se reitera que lo dicho por el Instituto de Medicina Legal en el sentido opuesto no es convincente pues parte de una premisa que contradice la información consignada, según la cual “el dolor de nuca fue constante en las 3 últimas consultas hasta cuando se le hospitaliza y fallece” (...) la conducta del médico no puede hacerse sin tomar en consideración toda la información consignada en la historia clínica ya que ella es fundamental para ubicarse en el contexto de los acontecimientos. En este caso, los peritos del Instituto de Medicina Legal llegaron a la conclusión de que el caso era de fácil diagnóstico partiendo de una premisa equivocada, que es aquella según la cual el paciente mostró rigidez nuchal desde el comienzo, sin prestar atención realmente a los registros de la historia clínica, que evidencian que eso no es cierto, y sin analizar de forma objetiva la situación en la que se encontraba el médico al momento de realizar el diagnóstico. Descartada la existencia del error de juicio inexcusable aducido por los demandantes con fundamento en que no existe evidencia cierta e incontrovertible que indique que el caso era de fácil diagnóstico o que los síntomas que el paciente presentaba la noche del 14 de mayo de 1995 indicaban, objetiva e inequívocamente, la existencia de una enfermedad meníngea, solo resta por analizar si el hecho de que los médicos no hubieran llegado en ese momento a un diagnóstico de meningoencefalitis es atribuible a una falla del servicio, es decir, si tal circunstancia se produjo porque la entidad demandada dejó de utilizar todos los recursos humanos, técnicos y científicos disponibles para identificar la patología.

**PERDIDA DE CHANCE U OPORTUNIDAD EN RECUPERAR LA SALUD - Muerte de paciente por error y demora en el diagnóstico / PERDIDA DE CHANCE U OPORTUNIDAD EN RECUPERAR LA SALUD - Diagnóstico inicial errado. Absceso facial interciliar / PERDIDA DE CHANCE U OPORTUNIDAD EN RECUPERAR LA SALUD - Diagnóstico posterior errado. sinusitis-bronquitis / PERDIDA DE CHANCE U OPORTUNIDAD EN RECUPERAR LA SALUD - Diagnóstico final. Meningitis bacteriana / PERDIDA DE CHANCE U OPORTUNIDAD EN RECUPERAR LA SALUD - Falla del servicio médico**

## **derivada del error y demora de diagnóstico que incidió en la oportunidad y efectividad del tratamiento**

La entidad demandada dejó de utilizar todos los recursos a su alcance para hacer un diagnóstico oportuno y adecuado de la patología padecida por el joven **Ciro Alfonso Guerrero Chacón**, lo cual a su vez, impidió iniciar prontamente el tratamiento indicado. Se insiste en que, pese a que el paciente fue atendido en el servicio de urgencias del ISS y que fue sometido a un conjunto de exámenes orientados hacia tal propósito, hubo un retardo excesivo e injustificado en el diagnóstico porque se dejaron de practicar oportunamente los procedimientos indicados por la ciencia médica para confirmar el cuadro clínico descrito por el médico general. Este hecho tiene gran relevancia a efectos de determinar si el daño puede serle razonablemente imputado a la entidad pues es evidente que la falta de un diagnóstico oportuno retardó la iniciación del tratamiento antibiótico, el cual solo comenzó a suministrarse a las 14:30 horas del 15 de mayo (ver supra párr. 12.9) y redujo, por tanto, su efectividad. Así, aunque no existe certeza absoluta de que una valoración oportuna por el especialista de medicina interna habría cambiado radicalmente el curso de los acontecimientos, máxime si se tiene en cuenta que cuando el paciente ingresó al centro asistencial en la noche del 14 de mayo ya mostraba un serio compromiso neurológico (ver supra párr. 12.4), es indudable, en opinión de la Sala, que la conducta omisiva de la entidad demandada disminuyó sus oportunidades de sobrevivir. En otras palabras, si bien no puede considerarse probada la relación de causalidad entre la actitud omisiva de la entidad demandada y la muerte del paciente, sí está claramente acreditada aquélla que existe entre dicha actitud y la frustración de su chance de sobrevivir. Esta distinción es fundamental, según lo dicho por la jurisprudencia, para “enervar cualquier observación relativa a la laxitud en la prueba de la causalidad”, ya que este elemento de la responsabilidad se encuentra totalmente acreditado respecto de un daño cierto y actual, que no es la muerte, sino la disminución de probabilidades de evitarla.

### **CONSEJO DE ESTADO**

#### **SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO**

#### **SECCION TERCERA**

#### **SUBSECCION B**

**Consejero ponente: DANILO ROJAS BETANCOURTH**

Bogotá D. C., treinta y uno (31) de mayo de dos mil trece (2013)

**Radicación número: 54001-2331-000-1997-12658-01(31724)**

**Actor: LUIS ALBERTO GUERRERO FERRER**

**Demandado: INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES**

**Referencia: REPARACION DIRECTA**

Corresponde a la Sala resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte demandada contra la sentencia de fecha 16 de diciembre de 2004, proferida por la Sala de Descongestión para los Tribunales Administrativos de Santander, Norte de Santander y Cesar, por medio de la cual se acogieron parcialmente las pretensiones de la demanda. La sentencia será modificada.

## SÍNTESIS DEL CASO

A las 4:50 horas del 16 de mayo de 1995 el joven **Ciro Alfonso Guerrero Chacón** falleció como consecuencia de una meningoencefalitis bacteriana que le fue diagnosticada a las 5:10 horas del día anterior mientras se encontraba hospitalizado en la clínica del Instituto de Seguros Sociales del municipio de Cúcuta. A su ingreso al centro asistencial, el cual se produjo a las 21:50 horas del 14 de mayo, el paciente recibió una impresión diagnóstica distinta, pues el médico de turno consideró que padecía de síndrome febril prolongado, por lo que le ordenó un conjunto de exámenes, una valoración por medicina interna y lo dejó en observación. Previo a este hecho, el joven Guerrero Chacón fue valorado en dos oportunidades distintas en el servicio de urgencias de la entidad, a donde ingresó con diferente sintomatología: la primera, el 1º de mayo de 1995, cuando se le diagnosticó un *“absceso facial interciliar”*; y la segunda, el 12 de mayo del mismo año, cuando los médicos dictaminaron que padecía de *“sinusitis-bronquitis”*.

## ANTECEDENTES

### I. Lo que se demanda

1. Mediante escrito presentado el 15 de mayo de 1997 ante el Tribunal Administrativo de Norte de Santander, los señores **Luis Alberto Guerrero Ferrer** y **María Rosario Chacón Rodríguez**, actuando en nombre propio y en representación de sus hijos menores de edad **Hugo Alberto** y **Eddy Belén Guerrero Chacón**, así como **Luis Jesús Guerrero Chacón**, interpusieron demanda de reparación directa con el fin de que se hicieran las siguientes declaraciones y condenas (f. 2-16 c. 1):

**PRIMERA:** *Que se declare que el INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL (sic) es civil y administrativamente responsable por los hechos y omisiones que en forma irregular cometieron médicos al*

*servicio del instituto, por falta de atención médico-asistencial adecuada y oportuna y, en consecuencia, se omitió darle tratamiento médico adecuado y temprano al paciente CIRO ALFONSO GUERRERO CHACÓN, quien murió el día 16 de mayo de 1995, en la ciudad de Cúcuta.*

**SEGUNDA:** *Que como consecuencia de la anterior declaración se condene al INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL (sic) al pago de los valores indemnizatorios por los perjuicios morales y materiales ocasionados directamente a sus padres (...) y a sus hermanos (...), ordenando pagar las sumas correspondientes a las anteriores personas. En cuanto a los daños materiales, se estiman en una suma determinada razonadamente en DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE (\$200.000.000,00), y respecto de los morales en los valores objetivados razonadamente, estimados en el valor que en pesos tengan cinco mil gramos de oro fino, conforme certificado expedido por el Banco de la República, al momento de quedar ejecutoriada la sentencia.*

**TERCERA:** *Que como consecuencia de la anterior declaración de condena se ordene al INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL (sic) al pago equivalente en pesos al valor que tengan dos (2) mil gramos oro a favor de LUIS ALBERTO GUERRERO FERRER y MARÍA ROSARIO CHACÓN RODRÍGUEZ (...), respectivamente, en su condición de padres del joven CIRO ALFONSO GUERRERO CHACÓN.*

*Igualmente, se ordene al INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL (sic) al pago del equivalente en pesos al valor que tengan mil gramos de oro fino al momento de quedar ejecutoriada la sentencia, a favor de LUIS JESÚS GUERRERO CHACÓN, en su condición de hermano del joven CIRO ALFONSO GUERRERO CHACÓN.*

*Igualmente, se ordene al INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL (sic) al pago del equivalente en pesos al valor que tengan mil gramos de oro fino al momento de quedar ejecutoriada la sentencia, a favor de HUGO ALBERTO GUERRERO CHACÓN, en su condición de hermano del joven CIRO ALFONSO GUERRERO CHACÓN.*

*Igualmente, se ordene al INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL (sic) al pago del equivalente en pesos al valor que tengan mil gramos de oro fino al momento de quedar ejecutoriada la sentencia, a favor de EDDY BELÉN GUERRERO CHACÓN, en su condición de hermana del joven CIRO ALFONSO GUERRERO CHACÓN.*

**CUARTA:** *Que al proferirse la sentencia y conforme lo indicado en el artículo 178 del Código Contencioso Administrativo se ajusten los valores de los perjuicios señalados en las anteriores condenas (...).*

**QUINTA:** *Que por tratarse de una suma líquida de dinero, se condene al INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL (sic), a pagar los intereses comerciales y moratorios, conforme a lo preceptuado en el artículo 177 del Código Contencioso Administrativo.*

**SEXTA:** *Que se dé cumplimiento a la sentencia dentro de los términos y precisiones legales, conforme lo indica el artículo 176 del Código Contencioso Administrativo.*

1.1. En respaldo de sus pretensiones, la parte actora adujo que la muerte del joven **Ciro Alfonso Guerrero Chacón**, ocurrida el 16 de mayo de 1995 a consecuencia de una meningoencefalitis bacteriana, es imputable al Instituto de Seguros Sociales porque la entidad omitió hacer un diagnóstico oportuno y adecuado de la enfermedad, lo cual impidió que el paciente recibiera un tratamiento oportuno y eficaz. Precisa que el joven ingresó el 1º de mayo y el 12 de mayo de 1995 al centro de atención básica del ISS en Cúcuta con síntomas claros de la enfermedad, pero que en ambas oportunidades los médicos dictaminaron que padecía de una dolencia distinta, por lo cual lo enviaron de regreso a su casa, en donde permaneció hasta el 14 de mayo siguiente, cuando su estado de salud se agravó y tuvo que ser hospitalizado tras confirmarse –tardíamente– que padecía de meningoencefalitis bacteriana.

## **II. Trámite procesal**

2. Surtida la notificación del auto admisorio de la demanda (f. 27 c. 1), el Instituto de Seguros Sociales (ISS) presentó **escrito de contestación** mediante el cual se opuso a las pretensiones de la demanda, aunque adujo atenerse a lo que resulte probado dentro del proceso (f. 29-30 c. 1).

3. Dentro del término para **alegar de conclusión en primera instancia**, la parte actora insistió en que la muerte del joven Guerrero Chacón es imputable a la entidad demandada a título de falla del servicio, porque ésta no hizo un diagnóstico preciso y acertado de su enfermedad, lo cual impidió que recibiera una atención especializada oportuna y eficaz (f. 145-146 c. 1).

4. La Procuraduría Judicial 23 para asuntos administrativos rindió concepto favorable a las pretensiones de la demanda, por considerar, de una parte, que las declaraciones rendidas bajo juramento por los médicos tratantes, en las cuales se

puso de presente que Ciro Alfonso Guerrero no fue víctima de una atención médica deficiente, resultaban sospechosas, en virtud del vínculo laboral existente entre ellos y la entidad demandada, además de que los testigos podían tener un interés directo en los resultados del proceso “*en razón de las acciones que eventualmente se puedan derivar*”. Y, de otra parte, que las conclusiones del dictamen de medicina legal eran “*categóricas y contundentes al señalar que el tratamiento dado a CIRO ALFONSO GUERRERO CHACÓN no fue acertado (...)*” (f. 149-158 c.1).

5. Surtido el trámite de rigor y practicadas las pruebas decretadas, la Sala de Descongestión para los Tribunales Administrativos de Santander, Norte de Santander y Cesar, profirió **sentencia de primera instancia** el 16 de diciembre de 2004, mediante la cual accedió a parcialmente las pretensiones de la demanda en los siguientes términos (f. 160-181 c. 2):

**PRIMERO:-** *Se declara responsable al INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES por la muerte de CIRO ALFONSO GUERRERO CHACÓN.*

**SEGUNDO:-** *Se condena al INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES a pagar por perjuicios morales el equivalente a cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de ejecutoria de la sentencia para LUIS ALBERTO GUERRERO FERRER y MARÍA ROSARIO CHACÓN RODRÍGUEZ, para cada uno de ellos; para HUGO ALBERTO GUERRERO CHACÓN y EDDY BELÉN GUERRERO CHACÓN cincuenta (50) salarios a cada uno de ellos.*

**TERCERO:-** *Se deniegan las demás pretensiones de la demanda. (...).*

5.1. Consideró el *a-quo* que en materia de responsabilidad médica debe aplicarse el criterio de falla presunta, así como un aligeramiento de las cargas probatorias con el fin de proteger los intereses de las víctimas y de superar “*la dificultad que suele presentarse en la demostración de la causalidad en materia médica (...)*”. Con todo, al analizar el dictamen de medicina legal, el Tribunal afirmó que la entidad demandada incurrió en una falla del servicio, debido a que erró en el diagnóstico que realizó de la patología padecida por el joven Ciro Alfonso Guerrero y a que omitió hacer un tratamiento y seguimiento adecuado de su enfermedad, todo lo cual contribuyó a su fallecimiento.

5.2. En el punto relativo a las condenas, el *a-quo* reconoció perjuicios morales a



favor de los padres y los hermanos menores de Ciro Alfonso Guerrero Chacón, pero denegó los que fueron solicitados a nombre de Luis Jesús Guerrero Chacón por considerar que este demandante no acreditó su parentesco con el fallecido a través del respectivo registro civil de nacimiento. Las pretensiones relacionadas con el lucro cesante también fueron desestimadas pues *“si bien se probó que el señor CIRO ALBERTO GERRERO (sic) CHACÓN estaba laborando y devengando un salario permanente por su actividad, no se allegó ninguna prueba que justificara lo pedido en la demanda, como consecuencia de la dependencia o ayuda económica de la familia de CIRO ALFONSO respecto a éste último (...).”*

6. Contra la decisión anterior, el Instituto de Seguros Sociales interpuso y sustentó oportunamente **recurso de apelación** con el propósito de que se revoque y en su lugar se denieguen las pretensiones de la demanda (f. 183-184 c. 2). Para el efecto adujo que no puede acogerse el criterio de falla presunta para atribuirle responsabilidad a la entidad demandada por la muerte del joven Ciro Guerrero Chacón, tal como lo hizo el Tribunal *a-quo*, pues *“en relación con la responsabilidad médica debe exigirse al juez un análisis exhaustivo y detallado del alcance del débito prestacional al que está obligado el médico, pues en tratándose del ejercicio de la medicina, siempre existe una buena dosis de aleatorio (sic) en relación con los resultados esperados (...).”* Agregó que en este caso los médicos ajustaron sus actuaciones a los postulados de la *lex artis* de manera que si se produjo un daño, éste no le es imputable a la entidad demandada.

7. Si bien el proceso ingresó al despacho para fallo el 9 de junio de 2006, goza de prelación en virtud de lo dispuesto en el artículo 7° de la Ley 1105 de 2006, que consagra: *“Sin perjuicio del trámite preferente que debe dar a las acciones instituidas por la Constitución Política, la jurisdicción de lo contencioso administrativo dará prelación al trámite y decisión de los procesos en los cuales sea parte una entidad en liquidación”*.

## CONSIDERACIONES

### I. Competencia

8. El Consejo de Estado es competente para conocer del asunto, en razón del recurso de apelación interpuesto por la parte demandada, en un proceso con

vocación de segunda instancia, en los términos del Decreto 597 de 1988, dado que la cuantía de la demanda, determinada por el valor de la mayor de las pretensiones, que corresponde a la indemnización por concepto de perjuicios materiales, supera la exigida por la norma para el efecto<sup>1</sup>.

## II. Validez de los medios de prueba

9. El acervo probatorio en este proceso está integrado por (i) los documentos traídos en original y copia auténtica por la parte actora, que corresponden a los registros civiles de nacimiento de los demandantes (f. 17-20 c. 1), al registro civil de defunción de Ciro Alfonso Guerrero y a la certificación laboral expedida por la empresa Ladrillera Casablanca (f. 23 c. 1); (ii) las pruebas decretadas por el Tribunal, que consisten en la historia clínica del occiso (f. 61-87 c. 1) y el resumen de la misma (107-108 c. 1), el dictamen rendido por el Instituto de Medicina Legal, seccional Norte de Santander (f. 116-122 c. 1), el escrito que lo acompaña (f. 123-128 c. 1) y el que lo adiciona (f. 131 c. 1); y varios testimonios (f. 53-59, 88-106 c. 1).

10. A propósito de los testimonios, la Procuraduría Judicial de la Nación señaló que debían tenerse como sospechosos aquellos que fueron rendidos por los médicos que tuvieron a su cargo la atención de Ciro Alfonso Guerrero en cada una de las oportunidades en las que ingresó al servicio de urgencias del ISS (ver *supra* párr. 4).

11. La Sala no comparte esta apreciación pues considera que estos testimonios no resultan sospechosos por el solo hecho de que provengan de funcionarios vinculados a la entidad demandada. Al contrario, estima que las declaraciones de los médicos son útiles y pertinentes para aclarar algunos de los conceptos y anotaciones que aparecen en la historia clínica y otros aspectos de carácter científico que revisten interés en el presente caso. Por ello, estos testimonios se

---

<sup>1</sup> Teniendo en cuenta que en el capítulo de estimación razonada la demanda solicitó que se reconocieran \$200 000 000 por perjuicios materiales, en la modalidad de lucro cesante, a favor de los padres y la hermana menor del joven Ciro Alfonso Guerrero, sin especificar cuánto le corresponde a cada uno, la pretensión mayor asciende a \$66 666 666 que es la suma que resulta de dividir ese monto entre tres, la cual supera la cuantía necesaria para que un proceso iniciado en 1997 fuera de doble instancia (\$13 460 000). Se aplica en este punto el numeral 10º del artículo en este punto el numeral 10 del artículo 2 del Decreto 597 de 1988 *“por el cual se suprime el recurso extraordinario de anulación, se amplía el de apelación y se dictan otras disposiciones”*, que modifica el artículo 132 del Código Contencioso Administrativo.

tendrán como pruebas válidas, y serán apreciados en conjunto con los demás medios de prueba obrantes dentro del proceso.

### III. Hechos probados

12. De conformidad con las pruebas válidamente aportadas al proceso, se tienen probados los siguientes hechos relevantes:

12.1. A las 21:50 horas del 1º de mayo de 1995, Ciro Alfonso Guerrero Chacón, de 22 años de edad, ingresó al servicio de urgencias del Instituto de Seguros Sociales en la ciudad de Cúcuta por presentar un dolor *“tipo picada en hemicráneo derecho”*, intenso, de más de 18 horas [la demás información consignada en la historia clínica es ilegible] (copia auténtica de la historia clínica –f. 74 c. 1–).

12.2. Al ser valorado por el médico, el paciente se encontraba en *“aceptables condiciones”*, hidratado, afebril, y presentaba una *“masa”* en el surco interciliar, por lo cual le diagnosticó un *“absceso facial (interciliar)”*, le ordenó tratamiento con antibióticos y analgésicos (dipirona, dicloxacilina y diclofenac) y lo dio de alta (copia auténtica de la historia clínica –f. 74 c. 1–; dictamen de medicina legal –f. 116 c. 1–; resumen de la historia clínica –f. 108 c. 1–).

12.3. A las 17:40 horas del 12 de mayo siguiente, el joven Guerrero Chacón reingresó al servicio de urgencias del I.S.S. con la siguiente sintomatología: *“dolor frontal y maxilar [ilegible] hace 1 mes en el trabajo, mareos y sudoración, rinorrea purulenta, tos, expectoración amarilla, aspecto pálido, enfermo, [ilegible], dolor a percusión en senos frontales paranasales y maxilares, [el resto es ilegible]”*. Esta vez, el médico diagnosticó *“sinusitis-bronquitis”*, ordenó la práctica de una radiografía de tórax y dispuso tratamiento antibiótico ambulatorio (copia auténtica de la historia clínica –f. 72 c. 1–; dictamen de medicina legal –f. 116 c. 1–; resumen de la historia clínica –f. 108 c. 1–).

12.4. El 14 de mayo de 1995, a las 20:45 horas, el paciente ingresó por tercera vez al servicio de urgencias de la entidad demandada en las siguientes condiciones: *“fiebre, pérdida del habla, no camina, [ilegible] desde hace +/- 15 días, viene presentando cefalea severa, fiebre, odinofagia (...), cefalea severa desde hace 3 meses (...), crítico, paciente en camilla y confuso, no es capaz de caminar, febril al tacto, orofaringe pequeñas placas en velo paladar, RsCs [ritmos*

cardiacos] *acelerados, abdomen blando, [ilegible], el paciente es incapaz de responder a las preguntas formuladas, hay hiporreflexia en MsIs [miembros inferiores] y superiores, sensibilidad disminuida*" (copia auténtica de la historia clínica –f. 76 c. 1–; testimonio del doctor Dulcey Francisco Barranco –f. 88-91 c.1–).

12.5. En esta oportunidad fue atendido por el doctor Dulcey Francisco Barranco, quien diagnosticó "*síndrome febril prolongado e hiperglicemia*", e inició tratamiento con suero fisiológico y medicamento antipirético (dipirona). Adicionalmente, ordenó la práctica de una radiografía de cráneo y de exámenes de laboratorio (glicemia, cuadro hemático, orina), los cuales se conocieron a las 22:45 horas del mismo día, cuando el médico registró que el paciente presentaba "*leve deiatosis (sic) de estructura craneana, más silla turca poco visible (...)*" y, en consecuencia, solicitó una valoración por medicina interna (copia auténtica de la historia clínica –f. 83 c. 1–; resumen de la historia clínica –f. 108 c. 1–; testimonio del doctor Dulcey Francisco Barranco –f. 88 c. 1–).

12.6. A las 23:40 horas el paciente fue examinado nuevamente por el doctor Barranco, sin que se registrara ninguna mejoría en su evolución. Durante las horas siguientes, permaneció "*en observación*", hasta las 5:10 horas del 15 de mayo cuando se dictaminó por el doctor Alfonso Peñaloza Wilches que padecía de meningoencefalitis con fundamento en los siguientes síntomas (copia auténtica de la historia clínica –f. 83 c. 1–; testimonio del doctor Alfonso Peñaloza –f. 95-96 c. 1–):

*1 mes de cefalea frontal y dolor maxilar.  
Dolor cervical: progresivos.  
Cuadro de una semana de fiebre, 15 días tomando líquidos, náusea,  
incapacidad para hablar desde ayer a las 4 p.m.  
Se encuentra letárgico, febril, taquicárdico (...).  
Abd. (sic) blando [ilegible].  
Rigidez nuchal, pupilas puntiformes.  
Hiperreflexivo, tendencia a clonus (sic).  
I.D. meningoencefalitis.*

12.7. El caso fue consultado telefónicamente con el médico internista, doctor Héctor Lucio Fossi, quien autorizó el "*ingreso a piso*" del paciente y dispuso una valoración por un especialista en neurología (copia auténtica de la historia clínica –f. 84 c. 1–; testimonio del doctor Héctor Lucio Fossi –f. 104-106 c. 1–). En el entre

tanto, el joven Guerrero continuó recibiendo tratamiento con dipirona, pero su estado de salud no mejoró; por el contrario, permaneció en malas condiciones generales, con fiebre y rigidez nuchal (copia auténtica de la historia clínica –f. 83 c. 1–).

12.8. A las 11:00 horas del 15 de mayo el paciente fue sometido a una punción lumbar, la cual fue practicada por el doctor Ramiro Calderón Tarazona. Durante el procedimiento, se extrajo una muestra de líquido cefalorraquídeo, que al ser analizada en el laboratorio, confirmó el diagnóstico de meningoencefalitis (copia auténtica de la historia clínica –f. 83 c. 1–; resumen de la historia clínica –f. 108 c. 1–; testimonio del doctor Ramiro Calderón Tarazona –f. 100-103 c. 1–).

12.9. A las 14:30 horas, se inició tratamiento con penicilina y cloranfenicol. No obstante, a las 4:50 horas del 16 de mayo de 1995, el joven Guerrero Chacón presentó paro cardio-respiratorio irreversible y falleció (copia auténtica de la historia clínica –f. 64 c. 1–; resumen de la historia clínica –f. 108 c. 1–). Los médicos establecieron que la causa de la muerte fue una “*meningoencefalitis bacteriana*” (original del registro civil de defunción –f. 21 c. 1–; copia auténtica de la historia clínica –f. 64 c. 1–).

12.10. Ciro Alfonso Guerrero Chacón nació el 4 de septiembre de 1972 (original del certificado de nacimiento expedido por el notario único de Villacaro, Norte de Santander –f. 18 c. 1–). Era hijo de Luis Alberto Guerrero y María del Rosario Chacón y hermano de Hugo Alberto y Eddy Belén Guerrero Chacón (copias auténticas de los respectivos registros civiles de nacimiento –f. 19 y 20 c. 1–).

12.11. Al momento de su muerte, el joven Ciro Alfonso Guerrero trabajaba como obrero en la empresa Ladrillera Casablanca, con una asignación mensual de \$238 466 (original de la certificación expedida por el sub-gerente administrativo y financiero de la empresa –f. 23 c. 1–).

#### **IV. Problema jurídico**

13. Pese a que buena parte de los argumentos del recurso de apelación estuvieron encaminados a cuestionar los fundamentos del régimen de responsabilidad de falla presunta en los casos que involucran la prestación de servicios de salud, la Sala encuentra que el problema jurídico en este caso

consiste en determinar si el Instituto de Seguros Sociales incurrió en una falla del servicio por no haber detectado oportunamente que el joven Ciro Alberto Guerrero Chacón padecía de meningitis bacteriana, y si tal circunstancia puede tenerse como causa eficiente y adecuada de su fallecimiento, ocurrido el 16 de mayo de 1995 en el municipio de Cúcuta.

## V. Análisis de la Sala

14. La Sala tiene acreditado el **daño**, el cual consiste en la muerte de Ciro Alfonso Guerrero Chacón ocurrida el 16 de mayo de 1995 a consecuencia de una “*meningoencefalitis bacteriana*” (ver *supra* párr. 12.9).

15. Así mismo, la demostración de las relaciones de parentesco existentes entre el occiso y los señores Luis Alberto Guerrero Ferrer, María Rosario Chacón Rodríguez, Hugo Alberto Guerrero Chacón y Eddy Belén Guerrero Chacón, permite inferir, conforme a las reglas de la experiencia, que todos ellos sufrieron dolor, aflicción y congoja por la muerte de su hijo y hermano.

16. En cuanto a la **imputación** del daño, la Procuraduría General de la Nación (f. 153 c. 1) y el Tribunal *a-quo* (f. 166 c. 2) mencionaron que en materia de responsabilidad médica rige el criterio de la falla presunta del servicio, el cual permite trasladar la carga de la prueba de la diligencia y cuidado en la prestación del servicio médico a la entidad pública demandada, bajo el entendido de que ésta se encuentra en mejores condiciones que el paciente para demostrar que su actuación fue idónea, mientras que a éste le resulta en extremo difícil acreditar el hecho contrario.

17. Al respecto, es importante recordar que de tiempo atrás la jurisprudencia del Consejo de Estado abandonó la teoría de la falla presunta para acoger la regla general que señala que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el proceso todos los elementos que la configuran, esto es, el daño, la actividad médica y el nexo de causalidad entre ésta y aquel<sup>2</sup>, sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados, cobrando particular

---

<sup>2</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias de 31 de agosto de 2006, exp. 15.772, C.P. Ruth Stella Correa Palacio; y de 30 de julio de 2008, exp. 15.726, C.P. Myriam Guerrero de Escobar, entre otras.

importancia la prueba indiciaria.

18. Ahora bien, teniendo en cuenta que el ejercicio de la medicina no puede asimilarse a una operación matemática y que a los médicos no se les puede imponer el deber de acertar en el diagnóstico<sup>3</sup>, la responsabilidad de la administración no resulta comprometida sólo porque se demuestre que el demandante sufrió un daño como consecuencia de un diagnóstico equivocado, pues es posible que pese a todos los esfuerzos del personal médico y al empleo de los recursos técnicos a su alcance, no logre establecerse la causa del mal, bien porque se trata de un caso científicamente dudoso o poco documentado, porque los síntomas no son específicos de una determinada patología o, por el contrario, son indicativos de varias afecciones.

19. En relación con la responsabilidad civil por error en el diagnóstico, la doctrina extranjera ha señalado que:

*Puede afirmarse que el diagnóstico es uno de los principales momentos de la actividad médica, pues a partir de sus resultados se elabora toda la actividad posterior conocida como tratamiento propiamente dicho. De allí que el diagnóstico se termina convirtiendo en un elemento determinante del acto médico, ya que del mismo depende el correcto tratamiento o terapéutica.*

*Cronológicamente el diagnóstico es el primer acto que debe realizar el profesional, para con posterioridad emprender el tratamiento adecuado. Por ello bien podría afirmarse que la actividad médica curativa comprende dos etapas. La primera constituida por el diagnóstico y la segunda por el tratamiento.*

*(...)*

*El diagnóstico, por su parte, puede descomponerse en dos tipos de actuaciones, distinción que tiene vital importancia al momento de analizar la culpa del profesional.*

*En una primera etapa, o fase previa, se realiza la exploración del paciente, esto es, el examen o reconocimiento del presunto enfermo. Aquí entran todo el conjunto de tareas que realiza el profesional y que comienzan con un simple interrogatorio, tanto del paciente como de quienes lo acompañan y que van hasta las pruebas y análisis más sofisticados, tales como palpación, auscultación, tomografía, radiografías, olfatación, etc. Aquí el*

---

<sup>3</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000, exp. 11.878, C.P. Alier Eduardo Hernández.

*profesional debe agotar en la medida de lo posible el conjunto de pruebas que lo lleven a un diagnóstico acertado. Tomar esta actividad a la ligera, olvidando prácticas elementales, es lo que en más de una oportunidad ha llevado a una condena por daños y perjuicios.*

*En una segunda etapa, una vez recolectados todos los datos obtenidos en el proceso anterior, corresponde el análisis de los mismos y su interpretación, “coordinándolos y relacionándolos entre sí, siendo también precisa su comparación y contraste con los diversos cuadros patológicos y conocidos por la ciencia médica; es decir, se trata en suma, una vez efectuadas las correspondientes valoraciones, de emitir un juicio”<sup>4</sup>.*

*Esta operación valorativa de todos los antecedentes es la que presenta los mayores inconvenientes al momento de juzgar la conducta médica, pues como en definitiva se trata de un juicio incierto, la culpa profesional debe valorarse con sumo cuidado, y siempre teniendo en cuenta que no estamos frente a una operación matemática<sup>5</sup>.*

20. Con fundamento en lo anterior, puede sostenerse que en los casos en los que se discute la responsabilidad de la administración por daños derivados de un error de valoración, la parte actora tiene la carga de demostrar que el servicio médico no se prestó adecuadamente porque, por ejemplo, el profesional de la salud omitió interrogar al paciente o a su acompañante sobre la evolución de los síntomas que lo aquejaban; no sometió al enfermo a una valoración física completa y seria<sup>6</sup>; omitió utilizar oportunamente todos los recursos técnicos a su alcance para confirmar o descartar un determinado diagnóstico<sup>7</sup>; dejó de hacerle el seguimiento

---

<sup>4</sup> [5] *Fernández Costales, Responsabilidad civil médica y hospitalaria*, p. 116.

<sup>5</sup> Roberto Vázquez Ferreyra, *Daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina*, editorial Hammurabi, 2ª edición, Buenos Aires, 2002, pp. 106-107.

<sup>6</sup> En la sentencia de 10 de febrero de 2000, la Sección Tercera del Consejo de Estado imputó responsabilidad a la Universidad Industrial de Santander por la muerte de un joven universitario, como consecuencia de un shock séptico causado por apendicitis aguda, tras encontrar demostrado que el paciente ingresó al servicio médico de la entidad, con un diagnóstico presuntivo de esta enfermedad que constaba en la historia clínica, y que el médico de turno, no solo omitió ordenar los exámenes necesarios para confirmarlo o descartarlo, sino que realizó una impresión diagnóstica distinta, sin siquiera haber examinado físicamente al paciente. Exp. 11.878, C.P. Alíer Eduardo Hernández.

<sup>7</sup> En la sentencia de 27 de abril de 2011, la Sala imputó responsabilidad al ISS por el daño a la salud de un menor de edad, afectado por un shock séptico en la vesícula, en el hígado y en el peritoneo, luego de constatar que éste ingresó a la unidad programática de la entidad con un fuerte dolor abdominal, y que los médicos le formularon un tratamiento desinflamatorio y analgésico, sin practicarle otros exámenes o pruebas adicionales, que confirmaran que la enfermedad que lo aquejaba en realidad no era de gravedad y que podía controlarse con tales medicamentos. Exp. 19.846, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.



que corresponde a la evolución de la enfermedad, o simplemente, incurrió en un error inexcusable para un profesional de su especialidad<sup>8</sup>.

21. Por su parte, el juez deberá hacer un análisis riguroso y completo de los medios a su alcance para establecer si hubo o no falla. En especial, deberá examinar la información consignada en la historia clínica con el fin de establecer qué acciones se llevaron a cabo para orientar el diagnóstico de la enfermedad. También deberá apelar, en la medida de lo posible, al concepto de peritos o expertos para aclarar aspectos de carácter científico que escapan a su conocimiento. No obstante, dada la complejidad de los factores que inciden en la exactitud del juicio, el juez tendrá que ser en extremo cuidadoso al momento de valorar esta prueba pues resulta relativamente fácil juzgar la conducta médica *ex post*. Por ello, la doctrina ha señalado que *“el juez y los peritos deben ubicarse en la situación en que se encontraba el médico al momento de realizar dicho diagnóstico”*<sup>9</sup>.

22. En similar sentido, la Sección Tercera del Consejo de Estado, en jurisprudencia que ahora se reitera, ha señalado que lo decisivo en estos casos no es establecer si el médico se equivocó, sino si realizó los procedimientos adecuados para llegar a un diagnóstico acertado:

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

*Al respecto, autores como Ataz López y Lorenzetti, citados por Vázquez Ferreyra, han expresado, refiriéndose a la responsabilidad civil de los médicos, que el error que exime de responsabilidad no ha de ser una anomalía en la conducta, sino una equivocación en el juicio, por lo que se hace necesario investigar si el galeno adoptó todas las previsiones aconsejadas por la ciencia para elaborar el diagnóstico.<sup>10</sup> Y dadas las limitaciones de la medicina, debe*

---

<sup>8</sup> Al respecto, la doctrina ha señalado que el error inexcusable no es cualquier error, sino aquél *“objetivamente injustificable para un profesional de su categoría o clase. En consecuencia, si el supuesto error es de apreciación subjetiva, por el carácter discutible del tema o materia, se juzgará que es excusable y, por tanto, no genera responsabilidad”*. Alberto Bueres, citado por Vázquez Ferreyra, *Op. Cit.*, p. 121.

<sup>9</sup> Roberto Vázquez Ferreyra, *Op. Cit.*, p. 124.

<sup>10</sup> [33] Ver VÁZQUEZ FERREYRA, Roberto, *Op. Cit.* p. 96, 97.

*aceptarse que, en muchos casos, habiendo claridad sobre la imputabilidad del daño a la acción u omisión de los profesionales que tuvieron a su cargo la atención del paciente, éste puede resultar obligado a soportarlo<sup>11</sup>.*

23. En el caso *sub-examine*, se discute si el ISS erró en el diagnóstico que hizo de la patología padecida por el joven *Ciro Alfonso Guerrero Chacón*, la cual calificó inicialmente como un *“absceso facial (interciliar)”*, luego como una sinusitis paranasal y por último como un síndrome febril prolongado, cuando en realidad se trataba de una meningitis bacteriana y, si tal circunstancia es producto de una falla del servicio.

24. Dado que la meningitis bacteriana está catalogada como una enfermedad grave y que algunos de sus síntomas son muy específicos, según se expondrá más adelante, la Sala se ocupará de determinar si la entidad demandada incurrió en un error inexcusable por haber ignorado o interpretado equivocadamente la sintomatología que presentaba el paciente en cada una de las oportunidades en las que fue valorado, o si dejó de practicar los procedimientos recomendados por la ciencia médica para obtener un diagnóstico acertado de la patología que lo aquejaba.

25. En el caso concreto, está demostrado que el joven *Guerrero Chacón* ingresó por primera vez al servicio de urgencias del ISS a las 21:55 horas del 1º de mayo de 1995. En la historia clínica se registró que estaba consciente, hidratado, afebril, y que presentaba dolor *“tipo picada”* de más de 18 horas en el hemicráneo derecho y una masa en el surco interciliar, por lo cual el médico de turno le diagnosticó un *“absceso facial (interciliar)”* y le ordenó tratamiento con antibióticos y analgésicos.

26. Esta sintomatología no es propia de la meningitis bacteriana. En efecto, de acuerdo con la información suministrada por el Instituto de Medicina Legal, esta enfermedad, la cual se define como un proceso inflamatorio producido por la infección de las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal, produce, en la mayoría de los casos y con independencia de su etiología, fiebre, cefalea,

---

<sup>11</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000, exp. 11.878, C.P. *Alier Eduardo Hernández*. En similar sentido, véanse las sentencias de 27 de abril de 2011, exp. 19.846, C.P. *Ruth Stella Correa Palacio* y de 10 de febrero de 2011, exp. 19.040, C.P. *Danilo Rojas Betancourth*.

fotofobia, crisis convulsivas, alteración del nivel de conciencia y rigidez del cuello y la espalda (f. 118 c. 1).

27. Por ello, no puede afirmarse que los médicos incurrieron en un error de diagnóstico el 1º de mayo de 1995, pues en dicha oportunidad el paciente no presentaba síntomas claros y específicos de la enfermedad. Se insiste que, aunque se quejaba de cefalea severa y tenía un absceso facial, estaba afebril y en “*aceptables condiciones*”, de manera que no existían razones para sospechar que padecía de meningitis bacteriana, tal como lo manifestó el doctor Ramiro Calderón Tarazona, quien tuvo a su cargo la práctica de la punción lumbar, en declaración rendida ante el *a-quo* (f. 101 c. 1):

*PREGUNTADO-. Revisando la historia clínica podemos constatar que el señor Ciro Alfonso Guerrero Chacón acudió a las urgencias del Instituto del Seguro Social en tres oportunidades (...). Dígale a este despacho examinando la historia clínica y la sintomatología presentada por este paciente en esa oportunidad, si era posible médicamente de manera precoz determinar la meningococcal bacteriana que le causó la muerte (...). CONTESTÓ-. En la primera consulta, el 1º de mayo de 1995, el paciente ingresa conciente (sic), con dolor en la mitad derecha de la cara, y con signos claros inflamatorios en la ceja derecha, por lo cual se le hace diagnóstico de absceso (sic) facial. Según esta nota, no hay ningún signo clínico que haga sospechar la meningococcal y según la medicación prescrita (dicloxacilina- diclofenacol - dipirona) se le dio el tratamiento adecuado.*

28. En similar sentido, se pronunció el médico Iván Darío Giraldo, quien valoró al paciente la tarde del 12 de mayo de 1995 (f. 97-99 c. 1):

*PREGUNTADO: Según la historia clínica el paciente CIRO ALFONSO GUERRERO ingresa por urgencias el 1º de mayo de 1995 y el 12 de mayo del mismo año, fecha en la cual usted lo valora, dígale a este despacho si el paciente presentaba la misma sintomatología. CONTESTÓ: Según la historia clínica, el 1º de mayo al paciente se le diagnostica un absceso facial (interciliar) y además con dolor tipo puntada en hemicráneo derecho, pero una evolución de 18 horas, el paciente no se incapacitó y se le dio tratamiento con dicloxacilina y diclofenato y el 12 de mayo, el día que yo lo ví, consulta por otra patología muy diferente y relata evolución de la enfermedad de un mes y del 1º al 12 no hay un mes de evolución, por lo que no concuerdan las patologías, son diferentes, por algo el 1º de mayo tiene un diagnóstico de absceso facial y 12 de mayo un diagnóstico de sinusitis bronquitis (...). PREGUNTADO: Diga entonces a este despacho si el servicio fue eficiente y se aplicaron*

*los medicamentos adecuados, ¿por qué el paciente en menos de dos días muere? CONTESTÓ: En medicina no todos los cuadros son exactamente iguales, hay muchos factores, primero el origen de la enfermedad, o sea la causa de la enfermedad, hay unas bacterias más agresivas que otras, hay gérmenes muy patogénicos y los cuadros clínicos pueden evolucionar de horas a días y no ser típicos de determinada enfermedad, como segundo factor viene el huésped, o sea el paciente, su medio de trabajo, su nutrición, sus defensas orgánicas, todo esto hace que el cuadro del paciente Ciro haya sido bizarro, o sea muy anormal, por lo que el primer diagnóstico es un absceso entre las cejas, que si yo no lo describo en la consulta del 12 es porque ya no existía, y ya el 12 de mayo en mi consulta ya al paciente se le sospecha una sinusitis o una bronquitis o las dos juntas y a las 52 horas después el paciente presenta manifestaciones neurológicas que no había presentado en las otras dos consultas, o sea pérdida del habla y dificultad para la marcha, y en cuanto al dolor de cabeza o la cefalea son muy diferentes la primera consulta que la segunda, porque el 1º de mayo es un dolor tipo puntaa (sic) en hemicráneo derecho y el 12 de mayo hay un dolor frontal y maxilar, es totalmente diferente (...).*

29. No obstante, si bien los síntomas no eran claros, el médico erró al no haber ordenado la práctica de exámenes que permitieran establecer las causas de la cefalea, concentrándose únicamente en el diagnóstico y tratamiento del absceso que el paciente presentaba en el surco interciliar, el cual, es importante mencionarlo, se define como una afección de tipo cutáneo<sup>12</sup>. Se reitera que si los síntomas no son conclusivos porque no están asociados a una afección específica, *“se incurre en falla del servicio cuando no se agotan los recursos científicos y técnicos al alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente”*<sup>13</sup>.

30. Ahora bien, una cosa es que la entidad demandada haya incurrido en una falla del servicio por no haber intentado establecer las causas de la cefalea y otra muy distinta es que, en virtud de esta omisión, sea responsable de la muerte del joven Ciro Alfonso Guerrero, pues para que tal circunstancia pueda afirmarse debe probarse que el daño y la falla están vinculados causalmente.

---

<sup>12</sup> El dictamen de medicina legal informa que el absceso facial interciliar que le fue diagnosticado al paciente el 1º de mayo de 1995, *“podía corresponder a una lesión dermatológica, de tipo acné sobreinfectado”* (f. 120 c. 1). Además, el dictamen informa que el tratamiento dado por el médico tratante fue *“acertado”*, lo cual se corrobora con el hecho de que el absceso no reapareció en las consultas posteriores.

<sup>13</sup> Jorge Mosset Iturraspe, *Responsabilidad Civil del Médico*, editorial Astrea, Buenos Aires, 1985, 1º reimpresión, pág. 125 y 126. Citado por Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 27 de abril de 2011, exp. 19.846, C.P. Ruth Stella Correa.

31. El material probatorio aportado al proceso sugiere que no existe ninguna relación entre la infección meníngea que ocasionó la muerte del demandante y el dolor de cabeza que lo aquejaba cuando ingresó por primera vez al servicio de urgencias del ISS. En efecto, de acuerdo con la literatura médica especializada que acompaña el dictamen de medicina legal (f. 124 c. 1), la meningitis bacteriana es una patología de evolución rápida y, en la mayoría de los casos, se asocia inicialmente con síntomas respiratorios y no precisamente con cefalea:

*Se han observado tres formas de comienzo. Aproximadamente, en el 25% de los pacientes la meningitis presenta un comienzo fulminante y los pacientes aparecen gravemente enfermos durante las primeras 24 horas, habitualmente sin antecedentes de infección del aparato respiratorio. En más del 50% de los casos, la meningitis evoluciona en el transcurso de 1 a 7 días y se asocia con síntomas respiratorios. Un 20% de los pacientes presenta sintomatología meníngea después de 1 a 3 semanas de síntomas respiratorios.*

*En los niños, el comienzo suele ser inespecífico. La fiebre y los vómitos son más frecuentes que la cefalea. Existe una elevada incidencia de crisis convulsivas, por lo que es más frecuente interpretar erróneamente dichas crisis como convulsiones febriles. Los signos clásicos de meningitis pueden ser mínimos en los pacientes ancianos y debilitados, en los que pueden aparecer febrícula y alteraciones en el estado mental sin cefalea ni rigidez de nuca<sup>14</sup>.*

32. En el caso concreto, el paciente no mostraba signos de una infección respiratoria ni otros síntomas específicos de meningitis cuando ingresó por primera vez al servicio de urgencias del ISS el 1º de mayo de 1995. Además, transcurrieron 15 días desde esta fecha y el momento en que se le diagnosticó la enfermedad (ver *supra* párr. 12. 6). Por ello, teniendo en cuenta que es poco probable que esta patología tarde más de siete días en evolucionar y que sus síntomas generalmente se asocian con afecciones respiratorias, es razonable concluir que el joven Guerrero Chacón no padecía de meningitis cuando hizo su primer ingreso al establecimiento hospitalario y, en consecuencia, que la cefalea que padecía encontraba su causa en una patología distinta.

33. En estas condiciones, se considera que, aunque la entidad demandada incurrió en una falla del servicio por error de diagnóstico al dejar de practicar los

---

<sup>14</sup> Donald D. Harter y Robert G. Peterdorf, *Meningitis bacteriana y absceso cerebral*, en (Harrison) "Principios de medicina interna", editorial interamericana McGraw-Hill, 12ª edición, pp. 2344-2348.

exámenes indicados para establecer la causa de los dolores de cabeza que aquejaban al joven Ciro Alfonso Guerrero, no es responsable, en virtud de esta omisión, de su fallecimiento porque no está demostrado directa o indiciariamente que estos dolores fueron provocados por la infección meníngea. En otras palabras, no existe una relación causal entre la falla y el daño aducido en la demanda porque no puede afirmarse razonablemente que la realización de la conducta debida, esto es, la práctica de los exámenes, hubiera evitado el resultado fatal.

34. En relación con los hechos ocurridos el 12 de mayo de 1995, está probado que el hoy occiso ingresó a las 17:40 horas al servicio de urgencias del ISS con la siguiente sintomatología: dolor frontal y maxilar, sudoración, rinorrea purulenta, tos con expectoración, aspecto pálido y enfermo. Allí fue valorado por el doctor Iván Darío Giraldo, médico cirujano, quien le diagnosticó “*sinusitis-bronquitis*”, le ordenó la práctica de una radiografía de tórax y le formuló tratamiento antibiótico ambulatorio.

35. Para llegar a este diagnóstico, el médico no sólo tuvo en cuenta los síntomas descritos, sino que examinó físicamente al paciente, con lo cual pudo advertir que presentaba dolor en senos paranasales frontales y “*roncus*”. Así quedó consignado en la historia clínica y en el testimonio que rindió ante el Tribunal *a quo* (f. 93 c. 1):

*Era un paciente que llega a urgencias conciente (sic), que relata que hace más o menos un mes presenta cuadro de tos con expectoración, mucu (sic) purulenta y rinorrea purulenta, pero el paciente consultó más por fiebre de unos tres días de evolución y dolor frontal del maxilar superior. Además, dice que en el trabajo presenta mareos y sudoración. El paciente en el examen de ese momento era afebril, está pálido y decaído, solo le encuentro al examen físico un dolor a la puñopercusión en senos paranasales frontales y maxilares superiores, y a la auscultación cardio-pulmonar le oigo roncus y abundante movilización de secreciones, por lo cual le envío una radiografía al tórax, siendo mi diagnóstico presuntivo una sinusitis y una bronquitis como focos infecciosos.*

36. A juicio de la Sala, esta conducta desplegada por el médico de turno, consistente en examinar físicamente al paciente y en ordenarle un examen diagnóstico, desvirtúa la falla del servicio por error de valoración propuesto por la parte actora pues está demostrado que la entidad demandada no actuó con

desidia o negligencia sino que empleó los recursos a su alcance para tratar de identificar la patología que lo aquejaba.

37. Ahora, en la medida en que no se conocen los resultados de la radiografía, la Sala no está en condiciones de determinar si el diagnóstico dado por el médico de turno fue o no equivocado, esto es, si el paciente efectivamente padecía de “sinusitis-bronquitis” cuando ingresó al servicio de urgencias del ISS el 12 de mayo de 1995 o si, como lo afirman los demandantes, para ese momento ya estaba enfermo de meningitis. De hecho, cualquiera de las dos hipótesis es factible, como quiera que, por un lado, el dictamen de medicina legal indica que esta enfermedad está asociada a síntomas respiratorios y, por el otro, los médicos que comparecieron al proceso en calidad de testigos afirman que es posible que la meningitis se hubiera presentado como complicación del cuadro respiratorio inicial. Al respecto, lo dicho por el doctor Iván Darío Giraldo (f. 98 c. 1):

*PREGUNTADO: Diga a este despacho a qué se debió entonces que el paciente llegara a presentar un cuadro meningoencefálico que en los inicios de la enfermedad usted no detectó? CONTESTÓ: Le pongo un ejemplo, si yo detecto una gonorrea y no la trato sé que el paciente se va a complicar, ahora, es muy diferente y las condiciones orgánicas inmunológicas de un paciente pueden ayudar o empeorar un cuadro, un paciente bien nutrido, con unas defensas orgánicas normales con un tratamiento como el que se le dio para la sinusitis no se complica, pero un paciente cuyo trabajo es duro, de pronto su alimentación no es la adecuada y está bajo de defensas, hasta una simple gripe en 48 horas le hace una meningitis, quiero decir con esto que no es normal que una sinusitis llegue a una meningitis, pero en pacientes desnutridos, con defensas bajas, esto puede ocurrir y ser mortal, con el agravante que la evolución de la enfermedad en un paciente de estos, así como no se detecta rápidamente, evoluciona rápido.*

38. En similar sentido, se pronunció el médico Jorge Omar Pabón, médico internista que conoció del caso (f. 93 c. 1):

*Ateniéndome a la historia clínica encuentro que la sintomatología y el cuadro clínico comprometían el sistema respiratorio, los senos paranasales y el estado general del paciente, en ausencia de signos específicos de compromiso meníngeo y con exámenes de laboratorio especialmente el cuadro hemático que era normal, datos que no apuntan de ninguna manera a la presencia de enfermedad meníngea, inflamatoria o infecciosa, la aparición de la enfermedad eventualmente pudo ocurrir como complicación del cuadro respiratorio (...).*

39. Por ello, en la medida en que no está demostrado que el diagnóstico dado por el médico de turno fue equivocado, no puede afirmarse que la entidad demandada incurrió en una falla del servicio por error de valoración, máxime si se tiene que cuenta que el paciente fue atendido oportunamente en el servicio de urgencias y que se desplegaron un conjunto de acciones encaminadas a determinar cuál era el mal que lo aquejaba. Y si bien, al final el médico tomó la decisión de manejar el caso ambulatoriamente, creyendo que se trataba de una “*sinusitis-bronquitis*”, ello no configura una falla del servicio porque no hay ninguna prueba que indique que el caso merecía un manejo hospitalario. Por el contrario, según lo dicho por el doctor Jorge Omar Pabón “*no había razón para hospitalizar al paciente, pues este tipo de enfermedad [sinusitis] es manejado ambulatoriamente con terapia antibiótica*” (f. 94 c. 1).

40. Por lo demás, es importante anotar que los médicos que comparecieron al proceso en calidad de testigos coincidieron en señalar que los síntomas que presentaba el paciente cuando ingresó por segunda vez al servicio de urgencias del ISS no sólo no mostraban ninguna relación con la afección que se diagnosticó en la primera oportunidad, sino que tampoco eran específicos de meningitis, por lo que razonablemente podían asociarse, como en efecto sucedió, a una enfermedad respiratoria<sup>15</sup>.

41. Ahora, la Sala no desconoce que el Instituto de Medicina Legal llegó a una conclusión distinta, al señalar que el diagnóstico sí fue erróneo porque el paciente presentaba uno de los síntomas específicos de la infección meníngea, cual es la rigidez nuchal, desde la primera consulta, por lo cual era necesario ordenar una valoración por neurología (f. 120, 131 c. 1). Sin embargo, considera que tal apreciación resulta equivocada porque contradice la información consignada en la historia clínica y los testimonios de los médicos tratantes, según los cuales la rigidez nuchal sólo se detectó cuando el paciente fue valorado por el doctor Alfonso Peñaloza en la madrugada del 15 de mayo de 1995 (ver *supra* párr. 12.6).

42. En suma, a juicio de la Sala, no puede afirmarse que la entidad demandada incurrió en un error de diagnóstico porque no está demostrado que el paciente ya sufría de meningitis cuando ingresó por segunda vez al servicio de urgencias del ISS. Pero, aún en el evento de que tal circunstancia se encontrara acreditada, de

---

<sup>15</sup> Al respecto, véanse los testimonios de los doctores Dulcey Francisco Barranco (f. 91 c. 1), Jorge Omar Pabón (f. 93 c. 1) y Ramiro Calderón Tarazona (f. 100 c. 1).



todas formas no podría sostenerse que el error es resultado de una falla del servicio porque está demostrado que el diagnóstico de “*sinusitis-bronquitis*” no se hizo a la ligera y de forma irresponsable, sino tomando en consideración la sintomatología descrita en la historia clínica y los resultados de la valoración física practicada al paciente. Además, el asunto era científicamente dudoso porque los síntomas que éste presentaba no indicaban objetivamente la existencia de una infección meningea.

43. En relación con los hechos ocurridos el 14 de mayo de 1995, también se discute si la entidad demandada incurrió en un error de juicio inexcusable por no haber advertido inmediatamente que el paciente sufría de meningitis, pese a que en esta oportunidad los síntomas eran claros. En este punto, las pruebas aportadas al proceso, son contradictorias entre sí.

44. Por una parte, el dictamen de medicina legal señala que “*el diagnóstico de meningitis bacteriana no es difícil, siempre que se tenga en cuenta la posibilidad de este trastorno*” (f. 118 c. 3), por lo que considera que cuando el paciente ingresó al servicio de urgencias del ISS la noche del 14 de mayo de 1995 había razones suficientes para sospechar que padecía de esta patología, de manera que los médicos debieron practicarle inmediatamente una punción lumbar.

45. En oposición a ello, los doctores Jorge Omar Pabón (f. 93 c. 1), Ramiro Calderón (f. 98 c. 1), Alfonso Peñaloza (f. 96 c. 1) y Héctor Lucio Fonssi (f. 105 c. 1) manifestaron que los síntomas no eran inequívocos. Por su parte, el médico Dulcey Francisco Barranco, quien estaba de turno en el servicio de urgencias la noche del 14 de mayo, señaló, además, que éstos podían asociarse a otras enfermedades, por lo cual, antes de someter al paciente a una punción lumbar, era necesario practicar un conjunto de exámenes para orientar mejor el diagnóstico (f. 88 c. 1):

*(...) el 14 de mayo de 1995 el paciente venía presentado encefálea (sic), fiebre, odinofagia, traía como antecedente importante, que obra de obrero (sic) en un tejear, encefalea de tres meses, todo esto es contado por la madre (...), un paciente confuso febril al tacto, orofaringe con pequeñas placas en velo del paladar, con ruidos cardíacos acelerados, con buena ventilación pulmonar, abdomen blanco (sic), no viceromegalea, paciente incapaz de responder a las preguntas formuladas, hay hiporreflexia, no se encuentra rigidez nuchal, hice una impresión diagnóstica de síndrome febril prolongado para estudio, se deja en observación inmediatamente se envía al laboratorio, ordenándole los siguientes exámenes, cuadro hemático con eritrosedimentación, además se le ordenan*

*exámenes de glicemia, hemoparásitos, antigenofebriles, más RX cráneo, esto fue lo que se hizo al paciente en el momento del ingreso a observación el Seguro Social (sic). Hay que anotar además que el paciente asistió a estos exámenes previa aplicación de liquidados (sic) parentales, es decir, son las glucosas, suero dextrosado, con el fin de hidratar y sostener las condiciones generales del paciente (...). PREGUNTADO: Una vez usted recibe al paciente en urgencias a las 9:50 de la noche y usted observa los síntomas que presenta y que ya describió en su declaración, cuáles fueron o cuál fue el diagnóstico que usted en ese momento determinó y cuáles fueron los medicamentos que utilizaron para contrarrestar ese cuadro clínico (...). CONTESTÓ: En ese momento al recibir al paciente se debía pensar en una gama de enfermedades que podían producir síndrome febril, desde la misma encefalopatía por sí misma, hasta enfermedades como fiebre tifoidea, dengue, influenza, malaria y hasta la misma brucelosis, estas enfermedades son las principales que se debían descartar, por eso se le pidieron los exámenes que anteriormente se mencionaron, además, como anteriormente se anotó tenía una encefalopatía, había que acudir a un examen simple de cráneo, en posiciones antero posterior y lateral para analizar algunas estructuras que podían guiar un poco el diagnóstico, como estructura básica sería la silla turca principalmente en estos casos, que es la que nos va a decir si había o no había hipertensión hidrocrania (sic) y así poderlas descartar, ya que no se pudo descartar por examen fundoscopia (fondo de ojo) para así poder guiar a los médicos que viniesen después en la rotación del turno, si se podían hacer más exámenes invasivos como es en estos casos y mirando la historia con retrospección, poder hacer un examen importante como es la punción lumbar ya que ese examen no es completamente inocuo, para practicarlo primero debe descartarse el papiledema (...).*

46. Lo único cierto en este caso es que cuando el paciente ingresó al servicio de urgencias la noche del 14 de mayo de 1995, mostraba varios síntomas, algunos de ellos característicos de la meningitis, tales como fiebre, cefalea e hiperreflexia (ver *supra* párr. 31), pero no presentaba rigidez nuchal, como equivocadamente lo afirmó el Instituto de Medicina Legal. Esto es importante, porque, según lo dicho por el médico Alfonso Peñaloza Wilches, la rigidez nuchal sí es un signo inequívoco de esta patología, ya que ella es indicativa de una inflamación de la meninges (f. 96 c. 1).

47. Ahora, la Sala no desconoce que, junto con los síntomas descritos, el paciente mostraba en ese momento otros indicativos de un serio compromiso neurológico (incapacidad para hablar y para caminar). No obstante, ello no es suficiente para afirmar que el médico encargado de la atención de urgencias del paciente la noche del 14 de mayo incurrió en un error de valoración inexcusable, porque no existe evidencia científica que permita controvertir lo dicho por los testigos

expertos, en el sentido de que el caso no era de fácil diagnóstico porque los síntomas no indicaban de forma inequívoca la existencia de una infección meníngea. Se reitera que lo dicho por el Instituto de Medicina Legal en el sentido opuesto no es convincente pues parte de una premisa que contradice la información consignada, según la cual *“el dolor de nuca fue constante en las 3 últimas consultas hasta cuando se le hospitaliza y fallece”* (f. 120 c. 1).

48. En este punto, conviene insistir en que para un perito o un profesional experto siempre será relativamente fácil juzgar la conducta del médico *ex post*, cuando ya dispone de todos los datos relevantes para interpretar correctamente los síntomas y establecer cuál era el diagnóstico acertado. Por eso la valoración de la conducta del médico no puede hacerse sin tomar en consideración toda la información consignada en la historia clínica ya que ella es fundamental para ubicarse en el contexto de los acontecimientos. En este caso, los peritos del Instituto de Medicina Legal llegaron a la conclusión de que el caso era de fácil diagnóstico partiendo de una premisa equivocada, que es aquella según la cual el paciente mostró rigidez nuchal desde el comienzo, sin prestar atención realmente a los registros de la historia clínica, que evidencian que eso no es cierto, y sin analizar de forma objetiva la situación en la que se encontraba el médico al momento de realizar el diagnóstico.

49. Descartada la existencia del error de juicio inexcusable aducido por los demandantes con fundamento en que no existe evidencia cierta e incontrovertible que indique que el caso era de fácil diagnóstico o que los síntomas que el paciente presentaba la noche del 14 de mayo de 1995 indicaban, objetiva e inequívocamente, la existencia de una enfermedad meníngea, solo resta por analizar si el hecho de que los médicos no hubieran llegado en ese momento a un diagnóstico de meningococcal meningitis es atribuible a una falla del servicio, es decir, si tal circunstancia se produjo porque la entidad demandada dejó de utilizar todos los recursos humanos, técnicos y científicos disponibles para identificar la patología.

50. En el caso concreto, está probado que el joven *Ciro Alfonso Guerrero* ingresó a las 21:50 horas al servicio de urgencias del ISS en las siguientes condiciones: *“fiebre, pérdida del habla, no camina, [ilegible] desde hace +/- 15 días, viene presentando cefalea severa, fiebre, odinofagia (...), crítico, paciente en camilla y confuso, no es capaz de caminar, febril al tacto, orofaringe pequeñas placas en velo paladar, RsCs [ritmos cardíacos] acelerados, abdomen blando, [ilegible], el*

*paciente es incapaz de responder a las preguntas formuladas, hay hiporreflexia en M/s [miembros inferiores] y superiores, sensibilidad disminuida”.*

51. En esta oportunidad, el paciente fue valorado por el doctor Dulcey Francisco Barranco, médico general, quien diagnosticó síndrome febril prolongado y lo dejó en observación, al tiempo que ordenó la práctica de un conjunto de exámenes (cuadro hemático, glicemia, radiografía de cráneo, antígenos febriles), y dispuso el inicio de tratamiento antipirético (dipirona) y el suministro de suero con el propósito de hidratarlo.

52. Los resultados de la radiografía de cráneo y de los exámenes de laboratorio se conocieron a las 22:45 del mismo día. Los primeros, según lo dicho por el doctor Barranco (f. 89 c. 1) y lo consignado en la historia clínica (f. 83 c. 1), mostraban que el paciente presentaba *“leve deiatistis (sic) de estructura craneana, más silla turca poco visible (...)”*. Los segundos, por su parte, indicaban que el número de leucocitos era de 7.500 y que la condición de la sangre no era normal debido a una *“neutropenia relativa”* (f. 89 c. 1). Todo ello, motivó al médico, según sus propias palabras, a *“buscarle una explicación a este resultado”* (f. 89 c. 1), por lo cual, solicitó una evaluación por medicina interna (f. 83 c. 1), la cual, a juicio de la Sala, no tenía otro propósito que el de descartar o confirmar el diagnóstico presuntivo de síndrome febril prolongado.

53. Esta evaluación, sin embargo, no se practicó inmediatamente ni de forma personal, sino que se hizo por vía telefónica pasadas las 5:10 horas del 15 de mayo de 1995, luego de que el doctor Alfonso Peñaloza Wilches, quien estaba de turno en urgencias a esa hora, examinó al paciente *Ciro Alfonso Guerrero* y encontró que éste presentaba, entre otros, los siguientes síntomas: rigidez nuchal, fiebre y aumento en los reflejos. Así lo relató *a-quo*, el doctor Héctor Lucio Fossi, médico internista al servicio del ISS (f. 105 c. 1):

*A mi me solicitaron un concepto sobre el caso telefónicamente, lo (sic) llamaron a las cinco de la mañana del día 15 de mayo, nosotros teníamos turno de disponibilidad para los casos de nuestra especialidad, medicina interna, según observo en la nota médica como de enfermería sobre el caso del paciente neurológico se ordena hospitalizar y hacer valoración por neurología, eso fue lo único que yo me enteré del paciente, por diagnóstico de meningoencefalitis (...). PREGUNTADO: Diga a este despacho si se acuerda qué le manifestó el doctor Peñaloza respecto del paciente para que lo llevaran a hacer la orden a que usted hace referencia.*

*CONTESTÓ: Se basó el Dr. Peñaloza en un paciente inconsciente, febril y con signos meníngeos, cuadro que encaja dentro de una meningoencefalitis, no entré ha (sic) analizar con el médico las posibles causas de la meningoencefalitis, por tal motivo ordené que fuera valorado por su especialista correspondiente, o sea, el neurólogo (...).*

54. La Sala desconoce las razones por las cuales la valoración por medicina interna no pudo hacerse personalmente o, en otras palabras, qué explica que no hubiera un profesional de esta especialidad presente físicamente en la institución hospitalaria. Así mismo, ignora por qué esta valoración no se practicó inmediatamente después de que el doctor Barranco la solicitó, sino luego de casi siete horas y por iniciativa de otro médico, el doctor Peñaloza. Lo único cierto es que, dada la gravedad del cuadro clínico que presentaba el joven Guerrero al momento de su ingreso, resultaba imperativo confirmar o descartar rápidamente el diagnóstico de síndrome febril prolongado con el fin de dar inicio oportuno al tratamiento adecuado.

55. No obstante, las pruebas aportadas al proceso demuestran que el paciente permaneció en observación desde las 22:45 horas del 14 de mayo de 1995 hasta las 5:10 horas del día siguiente a la espera de que un profesional especializado analizara los resultados de los exámenes que se le practicaron y que no pudieron ser suficientemente explicados por el médico general. Además, demuestran que el doctor Barranco no insistió en la práctica de la valoración por medicina interna, pese a que cuando examinó por última vez a *Ciro Alfonso Guerrero* a las 23:40 horas del 14 de mayo (*ver supra* párr. 12.6) pudo advertir que esta valoración no se había practicado y que, por esta razón, el diagnóstico presuntivo de síndrome febril prolongado continuaba sin confirmarse.

57. Esto demuestra, a juicio de la Sala, que la entidad demandada dejó de utilizar todos los recursos a su alcance para hacer un diagnóstico oportuno y adecuado de la patología padecida por el joven *Ciro Alfonso Guerrero Chacón*, lo cual a su vez, impidió iniciar prontamente el tratamiento indicado. Se insiste en que, pese a que el paciente fue atendido en el servicio de urgencias del ISS y que fue sometido a un conjunto de exámenes orientados hacia tal propósito, hubo un retardo excesivo e injustificado en el diagnóstico porque se dejaron de practicar oportunamente los procedimientos indicados por la ciencia médica para confirmar el cuadro clínico descrito por el médico general.

58. Este hecho tiene gran relevancia a efectos de determinar si el daño puede serle razonablemente imputado a la entidad pues es evidente que la falta de un diagnóstico oportuno retardó la iniciación del tratamiento antibiótico, el cual solo comenzó a suministrarse a las 14:30 horas del 15 de mayo (ver *supra* párr. 12.9) y redujo, por tanto, su efectividad.

59. Así, aunque no existe certeza absoluta de que una valoración oportuna por el especialista de medicina interna habría cambiado radicalmente el curso de los acontecimientos, máxime si se tiene en cuenta que cuando el paciente ingresó al centro asistencial en la noche del 14 de mayo ya mostraba un serio compromiso neurológico (ver *supra* párr. 12.4), es indudable, en opinión de la Sala, que la conducta omisiva de la entidad demandada disminuyó sus oportunidades de sobrevivir. En otras palabras, si bien no puede considerarse probada la relación de causalidad entre la actitud omisiva de la entidad demandada y la muerte del paciente, sí está claramente acreditada aquella que existe entre dicha actitud y la frustración de su *chance* de sobrevivir. Esta distinción es fundamental, según lo dicho por la jurisprudencia, para “*enervar cualquier observación relativa a la laxitud en la prueba de la causalidad*”<sup>16</sup>, ya que este elemento de la responsabilidad se encuentra totalmente acreditado respecto de un daño cierto y actual, que no es la muerte, sino la disminución de probabilidades de evitarla<sup>17</sup>.

60. Por las razones anotadas, se declarará la responsabilidad administrativa del Instituto de Seguros Sociales por la pérdida de oportunidad ocasionada a Ciro Alfonso Guerrero Chacón. Se advierte que lo anterior no implica el desconocimiento del principio de congruencia, en virtud del cual “*el juez en sus decisiones debe ceñirse estrictamente al petitum de la demanda o a las razones de defensa y las excepciones que invoque o alegue el demandado*”<sup>18</sup>, porque la *causa petendi* de la demanda no se relaciona exclusivamente con la muerte del joven Guerrero Chacón, sino también con la falla del servicio derivada del error de diagnóstico que incidió en la oportunidad y efectividad del tratamiento.

## VI. Perjuicios

---

<sup>16</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000, exp. 11.878, C.P. Alir Eduardo Hernández.

<sup>17</sup> Al respecto, Luis Felipe Giraldo Gómez, *La pérdida de la oportunidad en la responsabilidad civil*, Universidad Externado de Colombia, primera edición, Bogotá, 2011, pp. 172-267.

<sup>18</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 11 de agosto de 2010, exp. 18.593, C.P. Mauricio Fajardo Gómez.

61. El Tribunal *a-quo* reconoció el equivalente a cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes a favor de Luis Alberto Guerrero Ferrer y María Rosario Chacón Rodríguez; y de cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes, a favor de Hugo Alberto Guerrero Chacón y de Eddy Belén Guerrero Chacón.

62. Esta suma debe ser modificada en consideración a que el daño imputable a la entidad demandada en este caso no es la muerte del joven Ciro Alfonso Guerrero Chacón, sino la pérdida de la oportunidad de sobrevivir. En tal sentido, la indemnización que corresponde por concepto de perjuicios morales debe fijarse en consideración a la mayor o menor posibilidad que tenía el paciente de permanecer con vida de haber recibido un diagnóstico adecuado y oportuno. Al respecto, la jurisprudencia ha señalado que:

*Por cuanto tiene que ver con la cuantificación de la indemnización a la cual debe dar lugar el reconocimiento de la pérdida de una oportunidad, no está de más reiterar que lo resarcible por este concepto es esa oportunidad misma y no el total de la ganancia o provecho perdido o del detrimento que se pretendía evitar; el objeto de la indemnización es una probabilidad y la adecuada compensación por la pérdida de la misma se corresponde con la apreciación en dinero del porcentaje de posibilidades de que la oportunidad respectiva se hubiere concretado.*

*En consecuencia, tratándose de eventos en los cuales se accede a la reparación de la pérdida de un chance, lo indicado no puede ser el reconocimiento, en favor de la víctima, del valor total de la ventaja de la cual fue privado o del deterioro patrimonial que no pudo evitar a raíz del hecho del demandado, sino tener en cuenta que la oportunidad desaparecida tenía un valor y que es éste el que debe ser restablecido; ese valor, según antes se indicó, ha de resultar indiscutiblemente inferior a aquél que hubiere correspondido en caso de haberse demostrado el vínculo causal entre la pérdida del beneficio esperado por la víctima y el hecho de aquel a quien se imputa la correspondiente responsabilidad resarcitoria; es más, como también precedentemente se indicó, el monto de la indemnización por la pérdida de la oportunidad habrá de establecerse proporcionalmente respecto del provecho que finalmente anhelaba el afectado, en función de las mayores o menores probabilidades que tuviere de*

*haber alcanzado ese resultado en el evento de no haber mediado el hecho dañino*<sup>19</sup>.

63. Para establecer la cuantía de la indemnización de perjuicios derivados de una pérdida de oportunidad, el juez deberá tomar en consideración el daño efectivamente causado, lo cual implica valorar las posibilidades efectivamente frustradas por la conducta imputable a la administración<sup>20</sup>. Para el efecto, deberá recurrir a la estadística *“como herramienta que posibilita construir inferencias sobre la base del cálculo de las probabilidades que realmente tenía la víctima de conseguir el provecho esperado o de evitar la lesión a la postre padecida”*<sup>21</sup> y, en ausencia de ella, a otros elementos que permitan establecer con cierto nivel de objetividad las oportunidades que tenía realmente el paciente de sobrevivir, tales como su estado de presanidad, la mayor o menor mortalidad de la enfermedad, o el estado de la ciencia médica frente al caso investigado<sup>22</sup>.

64. En este caso, la Sala no dispone de información estadística que le permita determinar la cuantía del daño que por concepto de pérdida de oportunidad le fue irrogado a la parte demandante. No obstante, las pruebas aportadas al proceso, informan, de una parte, que cuando el paciente ingresó al servicio de urgencias del ISS la noche del 14 de mayo se encontraba en estado grave, y de otra, que la meningitis es una enfermedad de evolución tórpida y que tiene tasas de mortalidad elevadas<sup>23</sup>.

65. Con fundamento en lo anterior, se estima que en el caso concreto, el paciente sufrió una pérdida de oportunidad del 50%, por lo que se modificará el valor de las condenas reconocidas en la sentencia de primera instancia correspondiente a los perjuicios morales, las cuales quedarán así: cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes para cada uno de los padres de Ciro Alfonso Guerrero Chacón, los señores Luis Alberto Guerrero Ferrer y María Rosario Chacón Rodríguez; y veinticinco (25) salarios mínimos para cada uno de sus hermanos, los señores Hugo Alberto y Eddy Belén Guerrero Chacón.

---

<sup>19</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 11 de agosto de 2010, exp. 18.593, C.P. Mauricio Fajardo Gómez.

<sup>20</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 10 de junio de 2004, exp. 25.416, C.P. Ricardo Hoyos Duque.

<sup>21</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 11 de agosto de 2010, exp. 18.593, C.P. Mauricio Fajardo Gómez.

<sup>22</sup> Luis Felipe Giraldo Gómez, *Op. Cit.*, p. 250.

<sup>23</sup> Testimonio de Jorge Omar Pabón (f. 93 c. 1).



66. De otra parte, se confirmará la decisión de denegar la condena por perjuicios morales solicitada a nombre Luis Jesús Guerrero Chacón, así como la decisión de denegar la indemnización por lucro cesante pretendida en la demanda en consideración a que estos apartes de la sentencia no fueron apelados por la parte interesada.

## **VII. Costas**

67. No hay lugar a la imposición de costas, debido a que no se evidencia en el caso concreto actuación temeraria de ninguna de las partes, condición exigida por el artículo 55 de la Ley 446 de 1998 para que se proceda de esta forma.

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

## **RESUELVE**

**MODIFICAR** la sentencia de fecha 16 de diciembre de 2004, proferida por la Sala de Descongestión para los Tribunales Administrativos de Santander, Norte de Santander y Cesar, la cual quedará así:

**PRIMERO.-** Declarar administrativamente responsable al Instituto de Seguros Sociales por la pérdida de oportunidad causada a Ciro Alfonso Guerrero Chacón, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

**SEGUNDO.-** Condenar al Instituto de Seguros Sociales a pagar por concepto de perjuicios morales a favor de Luis Alberto Guerrero Ferrer y María Rosario Chacón Rodríguez lo equivalente a cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de ejecutoria de la sentencia, para cada uno de ellos; y a favor de Hugo Alberto Guerrero Chacón y Eddy Belén Guerrero Chacón lo equivalente a veinticinco (25) salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de ejecutoria de esta sentencia, para cada uno de ellos.

**TERCERO.- DENEGAR** las demás pretensiones de la demanda.

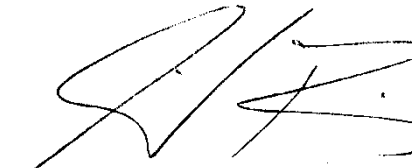
**CUARTO.-** Sin condena en costas.

**QUINTO.-** Cúmplase lo dispuesto en los artículos 176, 177 y 178 del Código Contencioso Administrativo.

**SEXTO.-** Para el cumplimiento de esta sentencia expídanse copias con destino a las partes, con las precisiones del artículo 115 del Código de Procedimiento Civil y con observancia de lo dispuesto en el artículo 37 del Decreto 359 de 22 de febrero de 1995.

En firme este proveído, devuélvase al Tribunal de origen para lo de su cargo.

**CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.**

  
**DANILO ROJAS BETANCOURT**  
Presidente

  
**STELLA CONTO DIAZ DEL CASTILLO**