

**CONSEJO DE ESTADO**  
**SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO**  
**SECCIÓN TERCERA**  
**SUBSECCIÓN B**

**Consejera Ponente: STELLA CONTO DÍAZ DEL CASTILLO**

**Bogotá D. C.** treinta y uno (31) de agosto de dos mil quince (2015)  
**Radicación** 1300123300019961115802 (32728)  
**Proceso:** Acción de reparación directa  
**Actor:** Matilde Soto y otros  
**Demandado:** Instituto de Seguros Sociales/ Ministerio de Salud

Procede la Sala a resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte demandada contra la sentencia proferida el 6 de septiembre de 2005 por el Tribunal Administrativo de Bolívar por medio de la cual se accedió a las pretensiones, así:

*Primero: Declárase administrativamente responsable al Instituto de Seguro Social-ISS de la muerte del señor Clemente Ortiz Pinedo.*

*Segundo: Como consecuencia de lo anterior, se condena al Instituto de Seguro Social- ISS a pagar por concepto de perjuicios morales la suma equivalente a cien salarios mínimos mensuales legales vigentes, es decir, la suma de treinta y ocho millones ciento cincuenta mil pesos (\$38.150.000), para cada uno de los demandantes: Matilde Francisca Soto y Galvis David Ortiz Soto; y por concepto de perjuicios materiales para la señora Matilde*



*Francisca Soto la suma de cuarenta y cuatro millones quinientos cincuenta y cuatro mil cuatrocientos sesenta pesos (\$44.554.460).*

*Tercero: Se dará cumplimiento a esta sentencia en la forma prevista en los artículos 176 y 177 del Código Contencioso Administrativo.*

*Cuarto: Una vez en firme esta sentencia expídase la primera copia que presta mérito ejecutivo.*

## **I. ANTECEDENTES**

### **1. Pretensiones**

El 17 de mayo de 1996, en ejercicio de la acción de reparación directa prevista en el artículo 86 del Código Contencioso Administrativo, por intermedio de apoderado judicial, los señores Matilde Francisca Soto y Galvis David Ortiz Soto presentaron demanda contra el Instituto de Seguros Sociales y el Ministerio de Salud para reclamar la indemnización por los perjuicios ocasionados, a causa de las lesiones y posterior muerte del señor Clemente Manuel Ortiz Pinedo.

La parte demandante solicitó las siguientes declaraciones y condenas:

*1-Que la Nación por medio del Ministerio de la Salud es responsable de las lesiones y de la muerte del señor Clemente Ortiz Pinedo, quien por culpa de unos irresponsables médicos afiliados al Instituto de los Seguros Sociales (I.S.S) falleciera en esta ciudad el día 17 del mes de febrero de 1996, después de haber quedado paralítico y sumergido en una silla de ruedas por un tiempo determinado.*

*2. Que como consecuencia de la anterior declaratoria, se ordene que la Nación-Ministerio de la Salud e Instituto de los Seguros Sociales de Bolívar, debe pagar a los señores Matilde Francisca Soto y Galvis David Ortiz Soto (mujer e hijo), todos los daños y perjuicios causados con ocasión a(sic) las lesiones (invalidez) y posterior muerte del señor Clemente Manuel Ortiz*



*Pinedo, por parte de unos irresponsables médicos del Instituto de los Seguros Sociales, quienes vilmente acabaron con su vida.*

Se destaca, por lo demás, que aunque la parte actora no pormenorizó el valor de las pretensiones, en el acápite de estimación de la cuantía, la señaló en doscientos millones de pesos (\$200.000.000).

## **2. Fundamentos de hecho**

Como fundamento de las pretensiones, adujo, en síntesis, los siguientes fundamentos fácticos:

- 1) El día 9 de marzo de 1995, el señor Clemente Ortiz Pinedo acudió a la Clínica Henrique de la Vega del Instituto de los Seguros Sociales, con el fin de que se le realizara una prostatectomía. Durante la intervención, el paciente escuchó al personal médico comentar que por un error no se le administró la anestesia requerida (marcaína), sino una ampolla de aminoifilina, razón por la cual el paciente en un principio no sintió los efectos anestésicos. Al darse cuenta del error, la anesthesióloga le administró la marcaína. El citado error fue reconocido por los médicos tratantes y el ISS.
- 2) Aunque en un principio no se reportaron complicaciones, el señor Clemente Ortiz Pinedo comenzó a padecer alteraciones de orden neurológico, hasta el punto de presentar paraplejía y perder el control de esfínteres, con el lógico deterioro en la calidad de vida que ello supone. Por esta razón, al señor Ortiz Pinedo tuvo que permanecer hospitalizado durante más de seis meses en el Hospital Henrique de la Vega.
- 3) El señor Clemente Ortiz Pinedo falleció el día 17 de abril de 1996.
- 4) El señor Clemente Ortiz Soto estaba afiliado al Instituto de los Seguros Sociales.



- 5) El seguro Social negó el reconocimiento del pago del auxilio funerario a Geverson Ortiz Soto, hijo del fallecido. El ISS argumentó para ello que el referido auxilio había sido retirado el 6 de septiembre de 1995.
- 6) El señor Clemente Ortiz Pinedo era compañero estable de la señora Matilde Soto y padre de seis hijos a saber: Geverson Manuel, Gilfred de Jesús, Gledier José, Gliceth del Pilar, Genidis Arafet y Galvis David Ortiz Soto, quienes dependían económicamente de su esposo y padre.
- 7) Previa investigación de los hechos, la Defensoría del Pueblo, determinó que la muerte del señor Ortiz Pinedo se produjo debido a una falla de los médicos tratantes.

### **3. Contestación**

#### **3.1. Instituto de Seguros Sociales**

El ISS se opuso a todas y cada una de las pretensiones. Fundamentó su postura en que los daños alegados no tienen relación causal con la actuación del Instituto. Añadió, por otra parte, que la relación fáctica contenida en la demanda debe ser probada, que se atiene a dicha prueba y que el concepto de la Defensoría del Pueblo carece de valor vinculante, por cuanto dicha entidad no tiene dentro de sus funciones hacer declaraciones de responsabilidad.

#### **3.2. Ministerio de Salud**

El Ministerio de Salud se opuso a que se declare la responsabilidad en su contra pues, al margen de lo ocurrido con ocasión de la operación realizada al señor Ortiz Pinedo, la entidad no tuvo ninguna intervención en el procedimiento, ni tiene dentro de sus funciones la prestación directa del servicio de Salud Asistencial. Por las referidas razones, propuso las



excepciones de inexistencia de la obligación y falta de legitimación en la causa por pasiva.

Respecto de la primera sostuvo:

*El Ministerio de Salud es un organismo perteneciente a la Rama Ejecutiva del poder público, cuyas funciones se encuentran expresamente consagradas en las leyes 10 de 1990, 60 y 100 de 1993 y en los Decretos 1050 de 1968 y 1292 de 1994, advirtiéndose que en ninguna de las mencionadas normas se le ha asignado la de prestar servicios asistenciales, razón por la cual no existe motivo para derivar en su contra responsabilidad en la falla de un servicio que no prestó; además, tal y como lo expresa el demandante (...).*

*No estando obligado el Ministerio de Salud a prestar servicios médico-asistenciales y no siendo las personas que atendieron al paciente funcionarios vinculados directa ni indirectamente al Ministerio, éste no está obligado a responder por faltas o fallas que no cometió, razón por la cual puede afirmarse que no existe obligación para el Ministerio de Salud de indemnizar.*

En cuanto respecta a la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva, puso de manifiesto que en el caso concreto no existen razones para predicar responsabilidad directa o indirecta del Ministerio, dado que la acción que originó el daño no fue ejecutada por agentes de la entidad, ni por persona alguna sometida a su custodia o vigilancia.

Y respecto de la excepción de incompetencia de la justicia administrativa para conocer de los asuntos en los que es parte el I.S.S por ser Empresa Industrial y Comercial del Estado recordó que, según la jurisprudencia de esta Corporación<sup>1</sup>, la jurisdicción competente para esta clase de controversias es la ordinaria.

#### **4. Intervención del Ministerio Público**

---

<sup>1</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia de 1993, Expediente No.9061. C.P. Daniel Suárez Hernández.



El Ministerio Público solicitó la declaratoria de nulidad de lo actuado, a partir de la entrada en vigencia de la Ley 712 de 2001, basado en que corresponde a la jurisdicción ordinaria en sus especialidades laboral y de seguridad social conocer sobre las controversias referentes al sistema de seguridad social integral.

## **5. Nulidad y conflicto de competencia**

Mediante auto de 10 de febrero de 2003, el Tribunal Administrativo de Bolívar declaró la nulidad de lo actuado a partir de la entrada en vigencia de la Ley 712 de 2001 y remitió el expediente para su reparto entre los juzgados laborales.

Mediante auto fechado el 19 de mayo de 2003, el Juzgado Octavo Laboral del Circuito de Cartagena asumió el conocimiento del caso y, el 19 de marzo de 2004, declaró la nulidad de lo actuado desde la antedicha providencia, al tiempo que remitió el expediente al Consejo Superior de la Judicatura, para que dirimiera el conflicto de competencia.

El 16 de julio de 2004 la Sala Jurisdiccional Disciplinaria del Consejo Superior de la Judicatura dirimió el conflicto, en el sentido de determinar la competencia de esta jurisdicción.

## **6. Sentencia recurrida**

El Tribunal Administrativo de Bolívar declaró la responsabilidad del I.S.S por los daños causados al señor Clemente Manuel Ortiz Pinedo, al paso que declaró que, dado que el Ministerio de Salud no tuvo intervención en los hechos que generaron el daño alegado, no puede ser objeto de declaración semejante, ni de condena de ninguna índole.

Como fundamento de la declaración de responsabilidad el *a quo* empezó por señalar que la forma de imputación aplicable a las controversias sobre



responsabilidad médica, es la falla presunta. Puntualizó, además, que en el caso concreto, la certeza sobre el daño, dada la irregularidad que comporta la administración de la aminofilina en lugar de marcaína, está fuera de controversia y fue reconocida, incluso, por el personal que intervino en la cirugía. Así mismo, hay plena certeza sobre los daños y la relación de causalidad entre las perturbaciones neurológicas y la administración accidental de aminofilina, mientras que el nexo con la muerte del paciente puede considerarse como la explicación más probable de lo ocurrido, de modo que la prueba de que la falla cardíaca obedeció a otra causa corresponde a la parte demandada. Por lo demás, señaló, a modo de indicio, que la situación del paciente desencadenó un cuadro de estrés, circunstancia que puede estar relacionada causalmente con su muerte, por cuanto, como es de conocimiento, se trata de una circunstancia que incrementa el riesgo cardiovascular.

En lo que respecta al monto y la discriminación de las condenas, el *a quo*, ordenó al I.S.S pagar a cada uno de los demandantes, por concepto de perjuicios morales la suma de 100 smlmv, y \$22.501.468 a la señora Matilde Soto, cónyuge del paciente, a título de daños materiales, en la modalidad de lucro cesante, calculada sobre el 75% del salario mínimo mensual, habida cuenta que el fallecido destinaría aproximadamente el 25% de sus ingresos a cubrir sus gastos personales.

## **7. Recurso de apelación**

El Instituto de Seguros Sociales impugnó el fallo. Considera que el *a quo* extrapoló la presunción de la falla en el servicio, hasta el punto de aceptar sin pruebas la causalidad, entre la equivocación en la administración de la aminofilina y la parálisis y posterior muerte del señor Clemente Ortiz Pinedo.

Resaltó que, contrariamente a lo asumido por el tribunal de primera instancia, la Jurisprudencia contencioso-administrativa ha exigido reiteradamente la acreditación positiva del nexo causal, requisito que en el *sublite* no se satisfizo. Sobre este último punto expone que, después de la



intervención quirúrgica, se celebró una junta médica en la que se concluyó que no existían pruebas sobre los efectos de la interacción de la aminofilina y la marcaína, administradas del modo en que se hizo con el paciente. Más aún, resaltó cómo, en esa ocasión, se solicitó información sobre este particular a la empresa farmacéutica Sandoz Colombiana S.A, sin haberse obtenido respuesta.

### **8. Rechazo de la apelación, reposición y queja**

El Tribunal Administrativo de Bolívar rechazó el recurso de apelación por razones de cuantía, en términos de la Ley 954 de 2005, en consideración a que la referida ley estipula que los Tribunales Administrativos conocerán en primera instancia de los procesos cuya cuantía exceda los 500 salarios mínimos, lo que para la época de promulgación de la antedicha ley tenía un valor aproximado de \$ 190.750.000 pesos.

Ahora bien, resaltó el Tribunal que en el caso concreto la cuantía se estima en \$100.000.000, puesto que, aunque la parte demandante la estimó en \$200.000.000 no discriminó el valor exigido por cada demandante, siendo que la parte pasiva está integrada por dos sujetos. Sostuvo entonces el tribunal que corresponde al juez repartir proporcionalmente la cuantía, de modo que se entiende que se reclaman sendas indemnizaciones por la mitad del monto total pedido. Suma esta muy inferior valor fijado para que las controversias tengan vocación de segunda instancia, por lo que, en concepto del tribunal, no era procedente la apelación.

El auto fue apelado. La parte demandada insistió en que la pretensión señalada en la demanda tiene un valor superior al exigido legalmente, siendo, por lo tanto, procedente el recurso de apelación. El *a quo* mantuvo el auto mediante el cual se repuso el recurso de apelación, para lo cual expuso las mismas razones que en la providencia impugnada.

La parte demandada presentó, entonces, recurso de queja. Expresó que la cuantía señalada en la demanda -\$200.0000.000- excede lo que la Ley 954 de 2005 exige para que un proceso tenga vocación de segunda instancia.



Además de lo anterior, señaló que para la fecha de la presentación de la demanda la cuantía exigida para acceder a segunda instancia era de \$13.460.000, cifra evidentemente inferior a la señalada en el libelo.

El día 24 de mayo de 2006, esta Sección declaró mal denegado el recurso de apelación, en razón de que conforme con lo dispuesto por la Ley 954 de 2005, tienen vocación de segunda instancia los procesos cuya cuantía exceda los 500 salarios mínimos que, para la fecha de presentación de la demanda equivalían a \$71.062,500, cifra notoriamente inferior a los \$100.000.000 referidos por el tribunal.

## **II. CONSIDERACIONES DE LA SALA**

### **1. Jurisdicción y competencia**

Corresponde a la Sala decidir el recurso de apelación interpuesto por la parte demandada contra la sentencia proferida el 6 de septiembre de 2005, por el Tribunal Administrativo de Bolívar, por cuanto, la pretensión mayor, referida en la demanda, excede la cuantía mínima exigida para que proceda la doble instancia ante esta Corporación, según se declaró en auto de 24 de mayo de 2006.

### **2. Problema jurídico**

Corresponde a la Sala establecer si el Instituto de los Seguros Sociales debe responder por los perjuicios sufridos por los demandantes como consecuencia de la administración accidental de amniofilina durante la operación de prostatectomía realizada en marzo de 1995 a su compañero y padre. Para ello se deberá establecer, en primer lugar, cuáles son los daños; en segundo lugar, si existe relación de causalidad entre los mismos y la atención médica prestada al señor Clemente Ortiz Pinedo. En caso de que resulte probada dicha causalidad se deberá determinar si los daños ocurridos después de la operación deben considerarse concreción del



riesgo propio de la intervención y, por lo tanto, comprendidos dentro de las cargas que razonablemente debió asumir el paciente o si, por el contrario, superan el ámbito de las mismas y, consecuentemente, han de ser imputadas a la entidad demandada.

La Sala aclara, por lo demás, que, en la medida en que ninguna de las partes controvertió lo relativo a la legitimación en la causa del Ministerio de Salud, en este punto la Sala se limitará a advertir que las partes se habrán de estar a lo resuelto.

### **3. Análisis del caso**

#### **3.1 Hechos y circunstancias acreditados**

3.1.1. Consta que la señora Matilde Soto era compañera estable del señor Clemente Ortiz Pinedo, con quien procreó seis hijos, entre ellos, el señor Galvis David Ortiz Soto, único de los hijos demandantes en este asunto. La convivencia marital prolongada está acreditada por la declaración de la señora Dinora Miranda Barrios ante el Tribunal Administrativo de Bolívar (f. 271, c 1.), así como por los registros civiles de nacimiento de Geverson Manuel, Gilfred de Jesús, Galvis David, Gledier José, Glyceth del Pilar, Genidis Arafet y Jeimer David Ortiz Soto (f. 21 a 27, c.1)

3.1.2. Se sabe que al señor Clemente Ortiz Pinedo le fue realizada una operación de prostatectomía el día 7 de marzo de 1995 y que en el curso de la operación, la médica Zulma Moreno Egel inyectó accidentalmente la droga aminoifilina por el canal raquimedular del paciente, en lugar de la anestesia prescrita (marcaina). Al percatarse de la equivocación administró la dosis y el medicamento indicado, antes nombrado, esperando contrarrestar el efecto vasoconstricción de la aminofilina. El equipo médico continuó la operación con normalidad.

Lo relativo a la administración accidental de la marcaina está fuera de controversia. Por una parte, la misma entidad demandada lo reconoce



(aunque niegue su relación de causalidad con los daños sufridos), por otra, aparece claramente probado en varias partes del acervo probatorio.

A este respecto es importante resaltar que quienes intervinieron en la cirugía son los primeros en reconocer que efectivamente, se inyectó una dosis de aminofilina por equivocación. Así, por ejemplo, en la comunicación enviada por la dra. Moreno Egel a la subgerente de la Clínica Henrique de la Vega, la anestesióloga da cuenta de lo sucedido –se destaca-:

*El paciente presentaba cifras tensionales ligeramente elevadas, pero variables. Seleccioné anestesia subaracnoidea, para evitar la anestesia general por su antecedente hipertensivo, como anestésico local a aplicar, la marcaína (bupivacaina) isobárica.*

*Al practicar la asepsia de la espalda y encontrándome con guantes quirúrgicos solicité el anestésico a la rotadora de la sala, la cual me presentó ya destapada, la ampolla idéntica a la solicitada (tamaño, color, tipo de letra y transparencia del líquido) por lo cual procedí a aplicar, como siempre, confiada en lo correcto del procedimiento.*

*Posteriormente, y en vista de no constatar los signos rutinarios de bloqueo sensitivo-motor alguno, procedí a averiguar la fecha de expiración de la marcaína utilizada, con la desagradable sorpresa de que la ampolla ofrecida no había sido la solicitada y correspondía, por el contrario, a una ampolla de aminofilina, cuya presentación farmacológica y embalsamamiento es muy semejante a la de la marcaína sin preservativo solicitada por mí. Cuestión que me es extraña toda vez que no es usual que esta clase de drogas se mantengan en el sitio de las drogas anestésicas. Ante esta eventualidad, con la intención de subsanar en algo el accidente indeseable ocurrido, procedí a inyectar el medicamento correcto, con la intención de producir vasodilatación en el sitio de aplicación anterior **y contrarrestar el posible efecto adverso de la aminofilina de vasoconstricción, que podría dejar secuelas permanentes al paciente.***

*Se procedió a la intervención respectiva, no presentándose inconveniente alguno (f.48, c. 1).*



La misma anestesióloga declaró, en sentido similar, ante el *a quo*:

Preguntado: Sírvase decir al despacho si usted conoció al señor Clemente Ortiz Pinedo. En caso afirmativo, sírvase decirnos todo lo relacionado a la intervención quirúrgica a la que fue sometido en el I.S.S y su muerte.

*Contestó: Sí lo conocí. Él estaba programado para una cirugía de prostatectomía, que es resección de la próstata, en el mes de marzo de 1995, iba a ser intervenido por el Dr. Carlos Ballestas, tenía como datos importantes que era un señor de unos 62 años, hipertenso crónico con tratamiento con artensol y se encontraba un poco hipertenso ese día de la cirugía. Yo era la anestesióloga en asignada para realizarle la anestesia a este paciente. Seleccione como procedimiento anestesia subaracnoidea y como anestésico el medicamento marcaíma pesada; esta técnica anestésica se efectúa aplicando un anestésico local (marcaína pesada) en el espacio subaracnoideo y produce de esta manera un bloqueo de la sensibilidad y la motricidad a nivel más o menos del sitio donde se efectúa. Generalmente se hace a nivel del espacio L2, L3 de la columna lumbar; para ello se utiliza una técnica aséptica, es decir sin contaminación, de la siguiente manera: se monitoriza al paciente y se observan sus signos vitales, tensión arterial, frecuencia cardíaca y se coloca al paciente en decúbito lateral o sentado, se hace asepsia del área de la espalda, la persona que lo va a aplicar se coloca guantes estériles, usando un equipo que también debe estar estéril y procede a instilar el anestésico en el espacio anteriormente dicho. Este procedimiento es necesario realizarlo con una ayudante de cirugía que le suministre al médico anestesiólogo los medicamentos, las jeringuillas y las agujas necesarias para tal procedimiento, ya que este no puede tocar nada que no esté estéril. En este caso yo me encontraba en un equipo conformado por el doctor Carlos Ballestas, quien iba a realizar la cirugía. Una vez seleccionada la técnica a realizar al paciente para la anestesia, observé que se encontraba un poco hipertenso con cifras que variaban rápidamente por lo que pensé que podría estar en estado de tensión por la cirugía. Colocamos al paciente de medio lado y procedí a solicitarle al auxiliar de quirófano me acercara todos los implementos, entre ellos, la marcaína pesada, la cual se encontraba sobre la máquina de anestesia del quirófano. Realicé mi técnica aséptica colocándome los guantes estériles, solicité a la auxiliar el anestésico local*



*para hacer una infiltración en la piel y una vez hecho esto procedía a hacer una punción hasta llegar al espacio subaracnoideo lo cual comprobé con la salida de líquido céfalorraquídeo por pequeñas gotas claras y transparentes que fluían a través de la aguja. Solicité entonces a mi auxiliar que me pasara la marcaína pesada que yo había puesto sobre la máquina de anestesia; ella rompiendo la ampolleta me la acercó y sustraje el contenido creyendo que su contenido era la marcaína pesada que estaba en la máquina de anestesia y que yo le había pedido me suministrara. Desafortunadamente, se trataba de otro medicamento que por su presentación, tamaño de la ampolleta, inscripción, color del frasco y del líquido se parecía mucho al de la marcaína pesada y al estar, además, el frasco un poco oculto entre sus dedos, procedí a aspirar el contenido y aplicarlo al paciente. Una vez terminado este procedimiento el paciente fue colocado boca arriba, se procedió a lavarlo en el área de la cirugía y al terminar este le pregunté si sentía sensación de adormecimiento en las piernas, a lo cual me contestó que no; le pregunté que si podía moverlas y moviéndolas me dijo que sí; esto me hizo pensar que había habido un error en la aplicación de la técnica y comencé a repasar mentalmente todo el acto anestésico que yo había efectuado, no encontrando ninguna explicación sino únicamente que la marcaína pesada estuviera vencida y por lo tanto no hubiera hecho el efecto esperado puesto que la técnica había sido efectuada con todo rigor. Procedí a mirar en la ampolleta que había utilizado la fecha de expiración del producto, con la no grata sorpresa de que observar que se trataba de otro medicamento que se encontraba en medio de las drogas anestésicas y correspondía a la aminofilina. Le comenté esta situación inmediatamente a la auxiliar, la cual también expresó su sorpresa y eso fue notado por el paciente. Después de unos minutos de meditar las consecuencias que este hecho pudiera ocasionar al señor Ortiz y **sabiendo de la vasoconstricción que podría ocasionar el medicamento equivocado en el sistema nervioso periférico del paciente, decidí aplicar nuevamente la marcaína pesada apropiada, la cual por su efecto contrario vasodilatador evitaría la irritación y mayor daño al paciente**, por lo cual efectué nuevamente la técnica con el medicamento apropiado. Posteriormente sí se notaron los signos y síntomas del bloqueo producido por el anestésico y se inició el acto operatorio el cual se realizó sin ningún otro contratiempo (f. 138, c. 1).*



A su vez, la auxiliar de enfermería Leyla Vega Yañes manifestó a la subgerente de Clínica Henrique de la Vega:

*El día 7 de marzo de 1995 a las 3:45 pm, me encontraba realizando mis actividades como rotadora en el quirófano #5, donde se realizaba una cirugía, cuando se procedía al cierre de piel, sin haber finalizado ésta fui solicitada por la doctora Zulma Moreno para que le rotara en la Sala No. 4, o sea que debía atender simultáneamente en dos (2) quirófanos, situación ésta que se nos tienen prohibido, por los riesgos de error que esto conlleva.*

*Atendí la orden de la dra. Moreno que sabía que no había finalizado la cirugía anterior ya que ella fue quien dio la anestesia.*

*Me trasladé a las Sala #4 donde se encontraba el paciente Clemente Ortiz para ser intervenido de prostatectomía.*

*La doctora Zulma Moreno envasa en la jeringa 3cc de la ampolla que le presenté. Ella en ningún momento cercioró del medicamento que estaba envasando si es o no el correcto (sic).*

*La doctora Moreno aplica el medicamento que contiene la jeringa en el espacio raquídeo y luego procede al lavado quirúrgico del área donde se va a practicar la cirugía. El paciente manifiesta que está sintiendo, que la anestesia no le ha pegado.*

*La doctora Zulma Monero pregunta qué anestésico le había presentado, nos fuimos a la mesa de anestesia y fue cuando nos dimos cuenta del error, se le aplicó al paciente aminofilina por marcaína. La doctora Moreno comunica al paciente que se le va a anestesiarse nuevamente porque nos equivocamos, le coloqué una droga equivocada. Se practica la nueva anestesia raquídea con marcaína simple 3 cc, y se realiza la cirugía sin complicaciones (...)" (f. 46, c. 1).*

Igualmente, en el acta de la junta médica celebrada el día 12 de septiembre de 1995 en la Clínica Henrique de la Vega, se lee que el Dr. Guillermo García, neurocirujano del I.S.S expresó:



*Este es un caso que no vale la pena si se trata de concluir algo legal en ésta reunión; ya el error se cometió, lo importante es tener un criterio al respecto, sin dejar de desconocer (sic) culpas. **Tenemos que anuar (sic) el concepto de lo que se administró al paciente es dañino o no, porque indiscutiblemente hubo un error (f. 50, c. 2).***

3.1.3. Se sabe que el señor Clemente Ortiz Pinedo empezó a presentar complicaciones de orden neurológico aproximadamente 48 horas después del procedimiento quirúrgico. Dentro de estas complicaciones cabe mencionar la paraplejía y problemas de control de esfínteres, circunstancias que, por lo demás, le causaron una notoria perturbación psíquica. Está acreditado, por lo demás, que la gravedad de los padecimientos sufridos por el señor Clemente Ortiz Pinedo ameritaron su hospitalización, hasta el momento mismo de su muerte, ocurrida el día 17 de febrero de 1996 en el Hospital Enrique de la Vega de la ciudad de Cartagena, a causa de un infarto cardiaco.

El hecho de la manifestación de las complicaciones durante el posoperatorio, está acreditado por diversos elementos del acervo probatorio. Así, por ejemplo, a folio 300 del cuaderno 3 obra un resumen de historia clínica que da cuenta de las complicaciones neurológicas y sus implicaciones urológicas, así como de la pronta aparición de los síntomas, 48 horas después de la operación. En el referido documento se lee –se destaca–:

*Cartagena, 3 de octubre de 1995.*

*Paciente de 61 años de edad, hipertenso crónico en tratamiento con propanolol, quien el 7 de marzo de 1995, se le practicó prostatectomía con anestesia conductiva raquídea. Presentándose accidente durante el acto anestésico inyectándosele animofilina subaracnoidea. Inmediatamente se le aplicó lo marcaína, efectúandosele procedimiento quirúrgico sin complicaciones.*

***Cuarenta y ocho horas después el paciente presenta imposibilidad para mover las piernas. Se valoró por neurología encontrándose paraplejía flácida con nivel sensitivo T10.***



*Se le aplicó megadosis de esteroides y se inició fisioterapia con buena respuesta, presentando actualmente paraparesia espástica 3/5, nivel sensitivo igual y vejiga neurogénica, por lo cual se considera pertinente estudio urodinámico.*

*Dr. Jairo Pareja Ángel  
Neurólogo*

Así mismo obra un acta de junta médica de neurología suscrita el día 4 de octubre de 1995, en la que se lee:

*Analizado y discutido el caso por los asistentes se concluyó en lo siguiente (sic):*

- 1. El paciente presenta una mielopatía T10*
- 2. Lo anterior le ocasiona paraparesia espástica y vejiga neurogénica.*
- 3. Las condiciones anteriores ocasionan notoria perturbación al paciente.*
- 4. Para un mejor estudio y tratamiento de su problema vesical es necesario hacer un estudio urodinámico (f.328, c 3).*

Se sabe también que durante el tratamiento el paciente presentó un cuadro depresivo (f. 229, c3)

Respecto del tiempo durante de hospitalización, en acta de la junta médica realizada el 10 de septiembre de 1995, consta la hospitalización del que lo fue por más de seis meses (f. 51 c, 1). En la historia clínica se evidencia una hospitalización continua entre el 7 de marzo de 1995, cuando es recibido para cirugía de próstata, hasta febrero 17 de febrero de 1996, fecha en la que se reporta su fallecimiento por paro cardíaco (f. 17, c. 3). El hecho de la muerte y su causa, constan, por lo demás, en el Registro Civil de defunción (f. 27, c.1)

### **3.2 Imputación**

El primer punto que debe ser examinado para la determinación de la responsabilidad tiene que ver con la identificación de los daños. Ahora bien, en el caso sub-lite, la Sala considera que, adicionalmente al perjuicio derivado de la lesión medular y muerte del señor Clemente Ortiz Pinedo,



hay lugar a imputar también la atención no conforme a la *lex artis*. Al respecto, la Sala reitera la postura ya sostenida en otras ocasiones según la cual toda reclamación de perjuicios derivados de la atención defectuosa ha de reputarse referida a dos daños autónomos diferenciables: la prestación defectuosa del servicio y la afectación de la vida o integridad que de ella se deriva. Así, por ejemplo, en sentencia de 28 de febrero de 2013, la Sala sostuvo:

*(...) a pesar de los notables progresos que ha experimentado en los últimos siglos, la medicina no deja de ser un arte que escapa a la completa exactitud y a cualquier pretensión de infalibilidad. Más aún, todo procedimiento médico implica algún grado de riesgo (así en algunos casos pueda ser ínfimo) cuya eventual realización es asumida por los usuarios y expresada mediante un consentimiento informado.*

*En vista, pues, de que a la práctica médica atañe siempre un cierto componente de inexactitud o si se quiere de alea, no es dable sostener que las obligaciones que las instituciones médicas y asimismo los profesionales de la salud contraen con los pacientes sean de resultado. Por eso, aunque ya se han abandonado unánimemente las posturas que abogan por una total irresponsabilidad del médico frente a los daños sufridos por el paciente, en razón de la inexactitud del arte que practican, es de común aceptación que las obligaciones a las que se hace mención son de medio.*

*Lo anterior significa, básicamente, que el principal derecho del paciente consiste en la atención diligente, de donde se sigue como inconcuso, que el mero "fracaso" del procedimiento médico no constituye una violación de las obligaciones que se adquieren con la prestación, mientras que la sola falla en la atención debida sí se puede considerar lesiva del bien jurídico fundamental de la salud, así de esta no se siga como consecuencia daño adicional. Por lo dicho, se concluye también que en toda reclamación por responsabilidad médica, la negligencia, así no fuere causa del resultado, genera responsabilidad es decir se trata de un daño principal e independiente.*

*En vista, pues, de que el principal derecho del paciente es la atención adecuada y diligente, es preciso establecer en qué consiste ésta última. Es de común aceptación, en efecto, que la diligencia médica exige acudir a todos los medios posibles para la salvaguarda de la vida y la salud del paciente, mas, como cada uno de los términos antes mencionados tiene un cierto grado de polisemia, se impone hacer precisiones adicionales. En primer lugar, es menester resaltar que el deber de salvaguardar implica tanto la prevención como el tratamiento. En segundo lugar, se debe resaltar que, como lo ha puesto de manifiesto la jurisprudencia de las jurisdicciones constitucional y contencioso-administrativa, los bienes jurídicos de la vida y la salud no se refieren únicamente al mantenimiento de la subsistencia y la funcionalidad orgánica, sino que está permeada por las exigencias de la dignidad humana, de lo cual se sigue que la obligación médica se extiende a situaciones terminales, con un componente paliativo y que las acciones tendientes a la recuperación de la funcionalidad e integridad orgánica o a la mitigación del dolor deben realizarse siempre de acuerdo con la exigencia*



*de respeto al paciente y sus allegados, frente a quienes se tiene obligaciones de veracidad, garantía del consentimiento informado y, en general, de trato humano<sup>2</sup>.*

Y en sentencia de 9 de octubre de 2014 reiteró:

*El artículo 90 de la Constitución Política establece un régimen de responsabilidad estatal basado en el daño, entendido en término objetivo de desproporción o exceso en las cargas soportadas por los asociados. Consecuentemente, como se mencionó ad supra, para determinar si en el caso concreto hay lugar a imputar al Estado los daños alegados por la parte actora es menester examinar si a la menor Johana Patricia Villamil Montero y a sus familiares se les impuso una carga que no tenían que soportar o si, por el contrario, los daños acaecidos son consecuencia natural de una condición patológica.*

*A este respecto se ha de reiterar que en aquellos casos en los que la parte actora alega que las deficiencias en la prestación de los servicios médicos, sanitarios y asistenciales causaron la muerte, lesión o pérdida de oportunidad de curación de quien se encontraba bajo su cuidado, somete a la consideración de la jurisdicción dos daños autónomos pero conexos. En primer lugar, demanda la reparación del daño moral consistente en no haber recibido la atención médica de calidad y, conforme a la lex artis, y, en segundo lugar, reclama por la muerte, detrimento en la salud o impedimento en la curación. Se trata, como ya se ha dicho, de daños autónomos, tal como lo ha definido la jurisprudencia, que reconoce, por igual, la existencia de un deber de indemnización por la mera deficiencia en la atención – desprovista de consecuencias ulteriores- como son la muerte o el daño físico que el paciente no tenía por qué haber soportado o asumido<sup>3</sup>.*

Trasladando lo anteriormente dicho al caso *sublite*, resulta evidente que la administración accidental de un medicamento que no tenía ninguna relación con el procedimiento quirúrgico por el canal raquimedular, no puede considerarse en modo alguno un riesgo que el paciente tenga que asumir por ser inherente al tratamiento. En efecto, si bien no todo error da lugar a la declaración de responsabilidad, puesto que toda acción humana está abierta a un margen de equivocación, el error y sus consecuencias se hacen imputables, cuando revisten el carácter de evitables. En el caso concreto es evidente que la confusión en la que incurrieron la anesthesióloga y la rotadora podía haberse evitado, si se hubieran seguido protocolos tan elementales como los relativos a la correcta ubicación de los medicamentos (la aminofilina estaba fuera de lugar), la revisión de las ampollitas antes de

<sup>2</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, sentencia de 28 de febrero de 2013, radicación, 18001233100020000022701 (26398), C.P. Stella Conto Díaz del Castillo.

<sup>3</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, sentencia de 9 de octubre de 2014, radicación, 2001233100020000075201 (27476), C.P. Stella Conto Díaz del Castillo.



la administración de su contenido o la garantía de no acudir a personal sobrecargado laboralmente y, por lo tanto, agotado y con mayor propensión a los errores.

Habiendo establecido que en el caso concreto hay motivos para declarar la falla por el daño consistente en la falla en la prestación del servicio médico, es menester examinar si los daños que se reclaman como consecuencia de dicho error tienen relación causal con la administración de la aminofilina, como señalan los demandantes.

Respecto de la relación de causalidad entre la aparición de las complicaciones neurológicas que sufrió el señor Ortiz Pinedo, parece haber suficiente claridad. Sobre ello valga la pena anotar que el perito neurólogo Jaime Fandiño Frankly, de la Liga Colombiana contra la Epilepsia, y que se pronunció sobre el caso no solamente consideró que existía un nexo de causalidad efectiva, sino que lo reputó de “evidente”. Fueron sus palabras:

*Es evidente que el paciente tuvo una complicación anestésica al inyectársele aminofilina en el espacio subaracnoideo. Esta fue la causa de la paraplejia del paciente (f. 198, c. 1).*

Además, de la paraplejia (y las complicaciones físicas concomitantes como la vejiga neurogénica) el mencionado perito hizo alusión a los problemas psicológicos sobrevinientes al accidente anestésico:

*Hay evidencia que el paciente tenía una grave perturbación psíquica y física debido a esta complicación permanente (f. 199, c. 1).*

Aparte de lo anterior, en contestación de la demanda y apelación, así como en la comunicación que la doctora dirige a la subgerente de la clínica, al igual que en su declaraciones ante el tribunal *a quo*, al igual que en las actas de la junta médica celebrada el día 12 de septiembre de 1995 aunque se plantean como posibles las complicaciones neurológicas en cuanto para entonces se desconocían los efectos de la administración subaracnoidea de la aminofilina y que no se puede descartar que las reacciones producidas fueran producto de una reacción a la marcaina en la salud del paciente y dadas las consecuencias inmediatas no atribuibles al riesgo propio de la



intervención, la Sala considera razonable imputar consecuencias al suministro de medicamento innecesario de resultado incierto, en todo caso con efecto adverso como vasodilatador, según lo afirmado por la anesthesióloga que realizó la aplicación errónea, sin que se conozcan las consecuencias. Suponer que existe mayor riesgo de que un anestésico de uso común en intervenciones quirúrgicas y administrado según las reglas de la prudencia médica cause secuelas, como las sufridas por el compañero y padre de los demás demandantes, a que las produzca la inyección de un broncodilatador en la médula espinal, en contra de todas las indicaciones para su uso, implica aceptar que o bien el anestésico tiene un nivel de riesgo tan alto que su uso debería estar proscrito o bien que el broncodilatador es totalmente inocuo, cuando se usa indebidamente. La experiencia, sin embargo, demuestra que la eficacia de un medicamento proviene de su capacidad de producir efectos fisiológicos, curativos si se administra como es debido, bajo estricta vigilancia de sus efectos, pero perniciosos cuando se usan indiscriminadamente y por fuera de los esquemas terapéuticos. Si realmente “la diferencia entre el medicamento y el veneno es la dosis”(entendiendo por esta última la forma y cantidad de la administración) según se admite en la ciencia médica desde tiempos de Paracelso, no es de extrañar que la administración de una medicina según procedimientos diametralmente contrarios a aquellos para los cuales ha sido diseñado termine causando efectos nocivos.

A lo anterior debe aclararse que en el caso concreto es imposible considerar las complicaciones posquirúrgicas consecuencia exclusiva de la marcaína, puesto que no se está ante un supuesto de simple administración de ese anestésico, sino de aplicación del mismo después de haber proporcionado una dosis de otra sustancia que, necesariamente, habría interactuado con ella.

Cuestión distinta es la que tiene que ver con el nexo de causalidad entre la administración accidental de aminofilina y la muerte del señor Clemente Ortiz. Prima facie parece que no existe suficiente evidencia sobre dicho vínculo ya que como menciona el perito “No hay evidencia clara sobre los



antecedentes del aparente infarto que llevó a la muerte del paciente, pues no hubo correlación anatómo-patológica” y “un infarto puede presentarse sin claros anuncios previos”. Más aún, la historia clínica demuestra que el señor Ortiz Pinedo ya presentaba un factor de riesgo cardiovascular, como lo es la hipertensión.

A pesar de lo anterior, la Sala considera que, si bien no resulta posible con certeza científica hacer recaer la muerte del paciente en el error en que se incurrió en el quirófano, como quiera que el infarto se puede presentar en cualquier tiempo y aún sin sintomatología previa, lo cierto es que la inadvertencia ya conocida generó en el paciente consecuencias adversas en su salud de tal magnitud que obligaron al paciente a permanecer hospitalizado hasta su muerte, afectando su movilidad y estado psíquico.

Además en la literatura médica hay suficiente información sobre la correlación entre circunstancias sobrevinientes a la operación y el mayor riesgo cardiovascular. Así, por ejemplo, se sabe que existe una vinculación entre el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y la depresión, tal como explica el prof. Carlos Romero<sup>4</sup>:

*Nicholson y colaboradores efectuaron un metaanálisis de los resultados de estudios realizados en población general en cuanto a la asociación entre el desarrollo de enfermedad cardiovascular y la depresión (llamados estudios etiológicos). Encontraron que en 21 estudios, incluyendo 124.509 personas, las que presentaron 4.016 (3,2%) eventos CV (infarto o muerte CV) a lo largo de un seguimiento promedio de 10,8 años, el riesgo relativo de los pacientes con depresión fue 1,81 (IC de 95% 1,53-2,15). Dicho de otra forma, los pacientes deprimidos tenían un riesgo 81% mayor que los no deprimidos de presentar un infarto de miocardio o de sufrir una muerte cardíaca. En el estudio noruego citado, los pacientes con depresión tuvieron un OR de 1,67 de muerte CV en un seguimiento medio de 4,4 años.*

Este mismo autor, hay que anotar, resalta la incidencia de la depresión en el aumento de la tensión arterial:

*En el estudio CARDIA se encontró que en 3.343 adultos jóvenes (23-35 años de edad) de población general, al cabo de cinco años los pacientes*

---

<sup>4</sup> Carlos E Romero, *Depresión y enfermedad cardiovascular*, en REV URUG CARDIOL 2007; 22, versión online disponible en <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ruc/v22n2/v22n2a04.pdf>



*con depresión moderada tenían un riesgo mayor (OR 1,78, IC de 95% 1,06-2,98) y los pacientes con depresión severa aún mayor (OR 2,10, IC de 95% 1,22-3,61) de desarrollar hipertensión arterial (definida en ese caso por presión arterial mayor a 160/95 mmHg o uso de medicación antihipertensiva*

Así mismo, se verifica una correlación entre la lesión de la médula espinal y el riesgo cardiovascular, que Myers, Lee M y Kiratli describen así<sup>5</sup>:

*Las anomalías en el sistema cardiovascular se han convertido en una creciente preocupación en el tratamiento de individuos con lesión de la médula espinal. La enfermedad cardiovascular es ahora reconocida como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, y la disfunción del sistema nervioso autónomo implica varias irregularidades cardiovasculares. Estas incluyen el declinar acelerado de la función cardiovascular con la edad y una prevalencia de todos los factores de riesgo significativos para la enfermedad cardiovascular.*

Y, en otra parte, los autores especifican:

*Es difícil establecer estimados precisos de la prevalencia de la enfermedad cardiovascular en pacientes con lesión de la médula espinal debido a la prevalencia de enfermedades cardíacas latentes y el diagnóstico equivocado de las enfermedades cardiovasculares, atribuible a los desórdenes concomitantes. Sin embargo, los estudios son consistentes en demostrar una mayor prevalencia de las enfermedades cardiovasculares en pacientes con lesión de médula respecto de los pacientes ambulatorios. Groah y otros estudiaron a 545 individuos que sobrevivieron al menos 25 años después de la lesión y observaron que el riesgo de enfermedad cardiovascular estaba asociado con el nivel y el alcance de la lesión. El nivel de tetraplejía estaba asociado con aumento del 16 % del riesgo para cualquiera de las enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, hipertensión, enfermedad cerebro vascular, enfermedad valvular, disritmia) y un riesgo cinco veces mayor para la enfermedad cerebrovascular. Los individuos con paraplejía mostraron un aumento del 70% en el riesgo de cardiopatía isquémica. La lesión completa confería un aumento del 44% para el conjunto de las enfermedades cardiovasculares. Bauman y sus colegas reportaron que la prevalencia de la isquemia silenciosa en una cohorte de pacientes parapléjicos de mediana edad (52 años) era del 65%, de acuerdo con lo que revela la imagen nuclear. Otros estudios han reportado una prevalencia inferior pero, en todo caso, significativa de enfermedades cardiovasculares asintomáticas en pacientes con lesión de médula espinal (entre el 25% y el 50% aproximadamente). Los porcentajes de la enfermedad cardiovascular sintomática también oscilan entre el 30% y el 50%, aproximadamente. En contraste, la prevalencia de esta enfermedad entre sujetos de la misma edad sin lesión de médula está en el rango del 5 al 10%. En términos de mortalidad por causas cardiovasculares y mortalidad prematura, las cohortes de individuos con lesión medular crónica es mayor que las de la población general. Esto es particularmente cierto entre sujetos con lesión de médula de larga duración. Whiteneck y colegas*

<sup>5</sup> Myers J, Lee M, Kiratli J, Cardiovascular disease in spinal cord injury: an overview of prevalence, risk, evaluation, and management. Am J Phys Med Rehabil 2007;86:000–000



*reportaron que la enfermedad cardiovascular era la principal causa de mortalidad de persona con lesión de médula de más de 30 años de duración. Al menos la mitad de los individuos de esta cohorte murieron de causas cardiovasculares. En un análisis de 28.000 pacientes con lesión de médula realizado entre 1973 y 1998, la enfermedad cardíaca fue la principal causa de muerte después del primer año de la lesión (...)<sup>6</sup>.*

Igualmente, Wahman, Nash, Westgren, Lewis, Seiger, MD y Levi, apuntan lo siguiente sobre los riesgos cardiovasculares del paciente parapléjico:

*Se han hecho notables investigaciones sobre los factores de riesgo cardiovascular en personas con lesión en la médula espinal. Se ha notado una lata frecuencia de riesgos cardiovasculares generalmente asociadas a la edad entre estos pacientes. Mientras que los desórdenes respiratorios, la septicemia y las infecciones del tracto urinario solían ser las principales causas de muerte en esta población, el aumento de la expectativa de vida ha llevado a que las enfermedades cardiovasculares se constituyan en una seria preocupación. Muchos estudios han examinado las posibles causas, las características de los pacientes, las comorbidades y los tratamientos potenciales para las enfermedades cardiovasculares que se presentan después de la lesión medular. Sin embargo, nuestra comprensión de las mismas sigue siendo incompleta. Por lo menos una proporción significativa de individuos con lesión medular lleva una vida sedentaria. También se ha llamado la atención sobre los riesgos cardiovasculares ligados a la obesidad, la cual puede sobrevenir como consecuencia de la inmovilización y de la reducción de la masa magra metabólicamente activa, debido a la atrofia muscular. Este riesgo se puede ver acentuado por la disminución del gasto de energía corporal por la disfunción adrenérgica en aquellas lesiones que se encuentran sobre el nivel T6. Muchas personas jóvenes con lesión medular tienen bajos niveles de HDLC. Así mismo son comunes alteraciones de la glucosa en ayunas, resistencia a la insulina y diabetes mellitus.*

*(...) Desde un punto de vista teórico el subgrupo que comprende a los sujetos parapléjicos que dependen de una silla de ruedas tiene el riesgo cardiovascular más alto.<sup>7</sup>*

Por otra parte, hay que tener en cuenta que aunque el paciente Ortiz Pinedo efectivamente era hipertenso antes de la operación, dicha condición estaba siendo tratada con fármacos, tal como lo puso de presente la dra. Zulma Moreno Egel ante el Tribunal Administrativo de Bolívar. Por ello no es razonable suponer que el solo hecho de la hipertensión generara un riesgo tan alto que fuera inminente el paro cardíaco o muy probable su acaecimiento a mediano plazo. Dado, que la hipertensión significa un riesgo

---

<sup>6</sup> Ibídem

<sup>7</sup> Kerstin Wahman, RPT, MS1,2, Mark S. Nash, PhD6,7,9, Ninni Westgren, Ph, John E. Lewis, PhD8, Åke Seiger, MD, PhD1,3 and Richard Levi, MD, PhD, *Cardiovascular disease risk factors in person with paraplegia: The Stockholm Spinal Cord Injury Study*, en J Rehabil Med 2010; 42: 272–278



controlable en pacientes debidamente tratados, como lo era el señor Ortiz Pinedo, se impone la conclusión de que aquello que incrementó las posibilidades de accidente cardiovascular fueron las circunstancias sobrevinientes a la falla anestésica. Estas se entienden, por tanto, determinantes de la muerte del compañero y padre de los demandantes, y por tanto, imputables a la entidad demandada.

En vista de lo expuesto, la Sala encuentra razonables las conclusiones del Tribunal Administrativo de Bolívar.

#### **4. Sobre el cumplimiento de las obligaciones del I.S.S**

Antes de proceder a la determinación de la condena que ha de imponerse por la muerte del señor Celmente Ortiz Pinedo, la Sala advierte el I.S.S fue liquidado definitivamente el 31 de marzo de 2015. En lo que respecta a las obligaciones de carácter pecuniario, para la Sala es claro que estas deben imputarse al patrimonio autónomo de remanentes para atender los procesos judiciales y administrativos, constituido en virtud del Contrato de Fiducia Mercantil número 012 de 2015 celebrado entre el I.S.S en liquidación y Fiduagraria S.A, de acuerdo con lo previsto en el Decreto-ley 254 de 2000, modificado por el artículo 19 de la Ley 1105 de 2006 y en el Decreto número 2555 de 2001.

#### **5. Liquidación de perjuicios**

No habiendo sido objeto de apelación por ninguna de las partes, y sin que se observen irregularidades en el proceder liquidatario, se confirmará, así mismo, la liquidación de perjuicios, ordenada en primera instancia. Empero, procederá a la actualización de las condenas impuestas.

Así las cosas, se aclara que la indemnización por perjuicios morales se ha de tasar en salarios mínimos, vigentes en el momento de la ejecutoria de esta sentencia.



En lo que respecta a la liquidación de los perjuicios materiales, la cantidad reconocida en primera instancia se ha de actualizar, de acuerdo con las fórmulas de matemáticas financieras jurisprudencialmente aceptadas por esta Corporación. Es decir:

$$Ra = Rh \frac{lpc(f)}{lpc(i)}$$

En donde

Ra = Renta actualizada a establecer

Rh = Renta histórica, es decir, el monto reconocido en la sentencia de primera instancia, esto es \$44.554.460

lpc(f) = El índice de precios al consumidor a la fecha de la liquidación (122,30851)

lpc(i) = El índice de precios al consumidor a la fecha de la sentencia de primera instancia (83,75696)

Al aplicar esta fórmula al caso concreto se obtiene el siguiente resultado

$$Ra = \$44.554,460 \frac{122,30851}{83,75696} = \$65.061.931$$

En el caso concreto no habrá condena en costas por cuanto no se cumplen los requisitos para su causación.

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 y por autoridad de la Ley.



### III. R E S U E L V E

**PRIMERO.- MODIFICAR** la sentencia proferida por el Tribunal Administrativo de Bolívar el día 6 de septiembre de 2005.

**SEGUNDO.-DECLARAR** patrimonialmente responsable al ISS de los daños que los demandantes sufrieron a causa de la muerte del señor Clemente Ortiz Pinedo.

**TERCERO- ABSOLVER** de responsabilidad al Ministerio de Salud.

**CUARTO- CONDENAR** al ISS, a cargo del patrimonio autónomo de remanentes para atender los procesos judiciales y administrativos, pagar a los demandantes las siguientes cantidades, a título de perjuicios morales:

- a) A Matilde Francisca Soto, la suma equivalente a 100 smlmv.
- b) A Galvis David Ortiz Soto, la suma equivalente a 100 smlmv

**QUINTO.-CONDENAR** al ISS, a cargo del patrimonio autónomo de remanentes para atender los procesos judiciales y administrativos, pagar a la señora Matilde Francisca Soto la suma de \$63.255.633, a título de perjuicios materiales en la modalidad de lucro cesante.

**SEXTO-** El I.S.S o quien haga sus veces dará cumplimiento a lo dispuesto en este fallo, dentro de los términos indicados en los artículos 176 y 177 del C.C.A.

**SÉPTIMO.-** 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 preceptuado en el artículo 37 del Decreto 359 de 22 de febrero de 1995. Las copias destinadas a la parte actora serán entregadas al apoderado judicial que ha venido actuando



**OCTAVO.-** Todas las comunicaciones que se ordena hacer en esta sentencia serán libradas por el a quo.

**CÓPIESE, NOTIFÍQUESE, CÚMPLASE Y DEVUÉLVASE**

**STELLA CONTO DÍAZ DEL CASTILLO**

**Presidenta de la Subsección**

**DANILO ROJAS BETANCOURTH**

**Magistrado**

**RAMIRO PAZOS GUERRERO**

**Magistrado**