



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

CONSEJERO PONENTE: NICOLÁS YEPES CORRALES

Bogotá D.C., veintitrés (23) de febrero de dos mil veintidós (2022)

Referencia: REPARACIÓN DIRECTA
Radicación: 05001233100020120018201 (57296)
Demandante: MARÍA ALEJANDRA BORRAEZ JARAMILLO Y OTROS
Demandado: INPEC

Tema: Muerte de recluso por insuficiencia respiratoria. Multiplicidad de infecciones. Persona con VIH. No se probó que daño antijurídico fuera imputable a entidad demandada.

SENTENCIA SEGUNDA INSTANCIA

La Sala decide el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra la sentencia del 27 de noviembre de 2015, proferida por el Tribunal Administrativo de Antioquia, que negó las pretensiones de la demanda.

I. SÍNTESIS DEL CASO

El 11 de diciembre de 2008, Rubén Antonio García Ospina fue recluido en el Centro Penitenciario y Carcelario de Bellavista de Medellín. Según la demanda, como los médicos de la EPS CAPRECOM no lograron tratar la afección que el señor García Ospina manifestaba tener, el 23 de junio de 2010 éste procedió a solicitar al Director del centro de reclusión ser atendido por médicos de la EPS COOMEVA, a la cual se encontraba afiliado. El 15 de julio de 2010, Rubén Antonio García Ospina fue atendido en la Unidad de Atención de Urgencias del Hospital General de Medellín y un médico de la institución ordenó su remisión a un centro de salud de mayor nivel.

Desde el 18 de julio de 2010 hasta el 19 de agosto siguiente, el señor García Ospina permaneció en la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana, donde fue atendido por una multiplicidad de infecciones, originadas en el VIH que padecía de base. En esta última fecha el recluso falleció por insuficiencia respiratoria aguda.



Los demandantes consideran que el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (en adelante INPEC) es patrimonialmente responsable por la muerte de Rubén Antonio García Ospina, pues afirman que su deceso se produjo “*por falta de tratamiento médico oportuno*”.

II. ANTECEDENTES

1. Demanda

El 2 de febrero de 2012¹, María Victoria Jaramillo Torres, en nombre propio y en representación de Carlos Andrés Rojas Jaramillo y Juan Guillermo Aguirre Jaramillo; y María Alejandra Borraez Jaramillo, mediante apoderado judicial y en ejercicio de la acción de reparación directa, presentaron demanda en contra del INPEC, por los perjuicios ocasionados por la muerte de Rubén Antonio García Ospina.

Como pretensiones de su demanda el extremo activo solicita condenar a la entidad demandada a pagar a cada uno de los demandantes, por perjuicios morales, 100 SMLMV; y por lucro cesante, la suma de \$480.000.000.

En apoyo de las pretensiones, la parte demandante afirma que el 6 de noviembre de 2008, Rubén Antonio García Ospina fue recluido en el Centro Penitenciario y Carcelario de Bellavista de Medellín, sindicado como autor del delito de hurto.

Sostiene, sin especificar las fechas, que en varias oportunidades el señor García Ospina manifestó sentirse afectado en su salud, siendo atendido por médicos de la EPS CAPRECOM, con la cual el INPEC había suscrito un convenio para la prestación de servicio de salud.

Refiere que como los médicos de la EPS CAPRECOM no habían logrado tratar la afección que el señor García Ospina manifestaba padecer, el 23 de junio de 2010 éste procedió a solicitar al Director del centro de reclusión ser atendido por médicos de la EPS COOMEVA, a la cual se encontraba afiliado.

¹ Fl. 1 a 9, C. 1.



Indica que 15 de julio de 2010, Rubén Antonio García Ospina fue atendido en la Unidad de Atención de Urgencias del Hospital General de Medellín en donde un médico de la institución ordenó su remisión a un centro de salud de mayor nivel, pues encontró que era un *“paciente con cuadro clínico de 1 de mes de evolución de síntomas... pérdida de peso acelerada, náuseas [y] vómitos post prandiales”*.

Manifiesta que desde el 18 de julio de 2010 hasta el 19 de agosto siguiente, el señor García Ospina permaneció en la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana, donde fue atendido por multiplicidad de infecciones, originadas en el VIH que padecía. Afirma que en esta última fecha el recluso falleció por insuficiencia respiratoria aguda.

Los demandantes consideran que el INPEC es patrimonialmente responsable por la muerte de Rubén Antonio García Ospina, pues afirman que su deceso se produjo *“por falta de tratamiento médico oportuno”*.

2. Contestaciones

El 22 de mayo de 2012² el Tribunal Administrativo de Antioquia admitió la demanda y ordenó su notificación a la demandada y al Ministerio Público.

2.1. El INPEC³ manifestó que el daño no le era imputable, puesto que prestó servicios médicos oportunos y necesarios a Rubén Antonio García Ospina.

2.2. La Previsora S.A.⁴, llamada en garantía⁵ por el INPEC, indicó que este no ocasionó el daño antijurídico. Por otro lado, formuló la excepción de falta de cobertura de la póliza de responsabilidad.

² Fl. 192, C. 1.

³ Fl. 192 a 239, C. 1.

⁴ Fl. 317 a 332, C. 1.

⁵ Mediante auto del 6 de marzo de 2013 el Tribunal Administrativo de Antioquia aceptó el llamamiento en garantía que hizo el INPEC frente a La Previsora S.A. (Fl. 307 y 308, C. 1.).



2.2. CAPRECOM EPS⁶, quien fue llamada en garantía⁷ por el INPEC, indicó que no ocasionó el daño antijurídico y que la entidad que prestó atención médica al recluso fue la EPS COOMEVA.

3. Alegatos de conclusión en primera instancia

El 27 de agosto de 2015⁸ se corrió traslado a las partes y al Ministerio Público para alegar de conclusión y presentar concepto, respectivamente.

3.1. Los demandantes⁹, el INPEC¹⁰ y La Previsora S.A.¹¹ reiteraron los argumentos expuestos en la demanda y en la contestación de la misma, respectivamente.

3.2. CAPRECOM EPS y el Ministerio Público guardaron silencio.

4. Sentencia de primera instancia

Mediante sentencia del 27 de noviembre de 2015¹² el Tribunal Administrativo de Antioquia negó las pretensiones de la demanda, al constatar que el INPEC y CAPRECOM EPS prestaron una atención médica adecuada y oportuna a Rubén Antonio García Ospina y porque, además, no se probó que el recluso hubiera tenido oportunidad de mejora luego de ser diagnosticado con VIH.

Al efecto manifestó lo siguiente “[...] Es necesario advertir que el paciente sufrió un decaimiento acelerado en su salud desde aproximadamente el mes de mayo de 2010, frente a lo cual se le brindó una atención médica por parte de la Unidad de Sanidad y de CAPRECOM; incluso se asistieron de ayudas diagnósticas de laboratorio y se remitió al paciente en el mes de julio de 2010 al Hospital General de Medellín en busca de una atención de mayor nivel de complejidad. Sin embargo, para este momento el SIDA ya se encontraba en un estado muy avanzado del cual tampoco queda fácil

⁶ Fl. 376 a 405, C. 1.

⁷ Mediante auto del 6 de marzo de 2013 el Tribunal Administrativo de Antioquia aceptó el llamamiento en garantía que hizo el INPEC frente a CAPRECOM EPS (Fl. 307 y 308, C. 1.).

⁸ Fl. 1057, C. 3.

⁹ Fl. 1085 a 1088, C. 3.

¹⁰ Fl. 1058 a 1066, C. 3.

¹¹ Fl. 1067 a 1084, C. 3.

¹² Fl. 1090 a 1106, C. 2.



aducir que el INPEC incidió negativamente en su tratamiento, pues se reitera, solo habían transcurrido 2 meses desde que inició el cuadro clínico, sin poder colegir que en tan corto tiempo la enfermedad pasó y evolucionó a un estado crítico y como se evidencia siempre facilitó la atención al paciente, fuera mediante la Unidad de Sanidad o a través de CAPRECOM, no pudiendo sustentar una falla en el hecho de que su traslado al Hospital General de Medellín, cuando se trata de una enfermedad cuya evolución posiblemente llevaba años y que se presentó en una etapa crítica de 2 meses sin poderse identificar [...] Tampoco puede evidenciarse por parte de la Corporación la pérdida de la oportunidad para que el paciente se salvara, pues en primer lugar no se evidencia la falla en que incurrió CAPRECOM o la Unidad de Sanidad al no diagnosticar el VIH, o que el INPEC haya actuado de forma negligente en brindar o facilitar la atención médica, siendo requisito sine qua non que se presente una falla para poder hablar de pérdida de oportunidad; además de que el SIDA se encontraba en una fase tan avanzada que difícilmente podría hablarse de que el paciente tendría una probabilidad superior al 50% para recuperarse, probabilidad que estaba a cargo de la parte demandante probar o por lo menos aportar los elementos que guíen a contemplarla”.

5. Recurso de apelación

El 15 de febrero de 2016¹³ la parte demandante interpuso recurso de apelación, el cual fue concedido el 12 de mayo de 2016¹⁴ y admitido el 12 de julio de 2016¹⁵.

5.1. La parte demandante¹⁶ solicitó condenar al INPEC, bajo el régimen de responsabilidad objetiva, manifestando que la muerte de Rubén Antonio García Ospina se ocasionó porque no se le brindó atención médica oportuna. En este sentido indicó que al recluso “*muchas veces ni lo atendían ni lo bajaban hasta sanidad*”.

¹³ Fl. 1118, C. 2.

¹⁴ Fl. 1120, C. 2.

¹⁵ Fl. 1124, C. 2.

¹⁶ Fl. 1110 a 1118, C. 2.



6. Alegatos de conclusión en segunda instancia

El 30 de agosto de 2016¹⁷ se corrió traslado a las partes y al Ministerio Público para alegar de conclusión y presentar concepto, respectivamente.

6.1. El INPEC¹⁸ y La Previsora S.A.¹⁹ reiteraron los argumentos expuestos en la contestación de la demanda.

6.2. Los demandantes, CAPRECOM EPS y el Ministerio Público, guardaron silencio.

III. CONSIDERACIONES

1. Competencia

Esta Sala es competente para conocer del recurso de apelación interpuesto contra la sentencia del 27 de noviembre de 2015, proferida por el Tribunal Administrativo de Antioquia, porque la cuantía, dada por la pretensión mayor de la demanda, supera la exigida por la norma, de 500 SMLMV, para que un proceso adelantado en ejercicio de la acción de reparación directa tenga vocación de doble instancia ante esta Corporación²⁰, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 129 y 132 numeral 6 del Código Contencioso Administrativo.

2. Acción procedente

La acción de reparación directa es el medio de control idóneo para perseguir la declaratoria de responsabilidad patrimonial del Estado cuando el daño invocado proviene de un hecho, omisión, operación administrativa o cualquier otra actuación estatal distinta a un contrato estatal o un acto administrativo, según lo dispone el artículo 86²¹ del Código Contencioso Administrativo.

¹⁷ Fl. 1127, C. 2.

¹⁸ Fl. 1132 a 1135, C. 2.

¹⁹ Fl. 1128 a 1131, C. 2.

²⁰ La pretensión mayor de la demanda se estima en \$480.000.000., lo cual es superior a 500 SMLMV (\$283.350.000) del año en que ésta se presentó.

²¹ "Artículo 86. Acción de reparación directa. La persona interesada podrá demandar directamente la reparación del daño cuando la causa sea un hecho, una omisión, una operación administrativa o la ocupación temporal o permanente de inmueble por causa de trabajos públicos o por cualquiera otra



En este caso la acción procedente es la de reparación directa, porque se reclama la reparación de un daño proveniente de una omisión imputable al INPEC

3. Vigencia de la acción

Con el propósito de otorgar seguridad jurídica, de evitar la parálisis del tráfico jurídico dejando situaciones indefinidas en el tiempo, el legislador, apuntando a la protección del interés general²², estableció unos plazos para poder ejercer oportunamente cada uno de los medios de control judicial. Estos plazos resultan ser razonables, perentorios, preclusivos, improrrogables, irrenunciables y de orden público, por lo que su vencimiento, sin que el interesado hubiese elevado la solicitud judicial, implica la extinción del derecho de accionar, así como la consolidación de las situaciones que se encontraban pendientes de solución.

El establecimiento de dichas oportunidades legales pretende, además, la racionalización de la utilización del aparato judicial, lograr mayor eficiencia procesal, controlar la libertad del ejercicio del derecho de acción²³, ofrecer estabilidad del derecho de manera que las situaciones controversiales que requieran solución por los órganos judiciales adquieran firmeza, estabilidad y con ello seguridad, solidificando y concretando el concepto de derechos adquiridos.

causa. Las entidades públicas deberán promover la misma acción cuando resulten condenadas o hubieren conciliado por una actuación administrativa originada en culpa grave o dolo de un servidor o ex servidor público que no estuvo vinculado al proceso respectivo, o cuando resulten perjudicadas por la actuación de un particular o de otra entidad pública.”

²² Corte Constitucional. Sentencia C-394 de 2002: “La caducidad es una institución jurídico procesal a través de la cual, el legislador, en uso de su potestad de configuración normativa, limita en el tiempo el derecho que tiene toda persona de acceder a la jurisdicción con el fin de obtener pronta y cumplida justicia. Su fundamento se halla en la necesidad por parte del conglomerado social de obtener seguridad jurídica, para evitar la paralización del tráfico jurídico. En esta medida, la caducidad no concede derechos subjetivos, sino que por el contrario apunta a la protección de un interés general. Como claramente se explicó en la sentencia C-832 de 2001 a que se ha hecho reiterada referencia, esta es una figura de orden público lo que explica su carácter irrenunciable, y la posibilidad de ser declarada de oficio por parte del juez, cuando se verifique su ocurrencia.”.

²³ Consejo de Estado. Sentencia del 23 de febrero de 2006. Exp. 6871-05 “...el derecho al acceso a la administración de justicia no es absoluto, pues puede ser condicionado legalmente a que la promoción de la demanda sea oportuna y las acciones se inicien dentro de los plazos que señala el legislador (...). El término de caducidad, tiene entonces como uno de sus objetivos, racionalizar el ejercicio del derecho de acción, y si bien limita o condiciona el acceso a la justicia, es una restricción necesaria para la estabilidad del derecho, lo que impone al interesado el empleo oportuno de las acciones, so pena de que las situaciones adquieran la firmeza necesaria a la seguridad jurídica, para solidificar el concepto de derechos adquiridos.”.



Este fenómeno procesal, de carácter bifronte, en tanto se entiende como límite y garantía a la vez, se constituye en un valioso instrumento que busca la salvaguarda y estabilidad de las relaciones jurídicas, en la medida en que su ocurrencia impide que estas puedan ser discutidas indefinidamente.

La caducidad, en la primera de sus manifestaciones, es un mecanismo de certidumbre y seguridad jurídica, pues con su advenimiento de pleno derecho y mediante su reconocimiento judicial obligatorio cuando el operador la halle configurada, se consolidan los derechos de los actores jurídicos que discuten alguna situación; sin embargo, en el anverso, la caducidad se entiende también como una limitación de carácter irrenunciable al ejercicio del derecho de acción, resultando como una sanción *ipso iure*²⁴ que opera por la falta de actividad oportuna en la puesta en marcha del aparato judicial para hacer algún reclamo o requerir algún reconocimiento o protección de la justicia²⁵, cuya consecuencia, por demandar más allá del tiempo concedido por la ley procesal, significa la pérdida de la facultad potestativa de accionar.

El artículo 136 del Código Contencioso Administrativo, señala que la acción de reparación directa caducará al vencimiento del plazo de dos (2) años contados a partir del día siguiente del acaecimiento del hecho, omisión u operación administrativa o de ocurrida la ocupación temporal o permanente del inmueble de propiedad ajena por causa de trabajo público o por cualquiera otra causa.

²⁴ Consejo de Estado, Sentencia del 30 de enero de 2013: *“Para garantizar la seguridad jurídica de los sujetos procesales, el legislador instituyó la figura de la caducidad como una sanción en los eventos en que determinadas acciones judiciales no se ejercen en un término específico. Las partes tienen la carga procesal de impulsar el litigio dentro del plazo fijado por la ley y de no hacerlo en tiempo, perderán la posibilidad de accionar ante la jurisdicción para hacer efectivo su derecho. Es así como el fenómeno procesal de la caducidad opera ipso iure o de pleno derecho, es decir que no admite renuncia, y el juez debe declararla de oficio cuando verifique la conducta inactiva del sujeto procesal llamado a interponer determinada acción judicial”*.

²⁵ Corte Constitucional. Sentencia C-574 de 1998: *“... [s]i el actor deja transcurrir los plazos fijados por la ley en forma objetiva, sin presentar la demanda, el mencionado derecho fenece inexorablemente, sin que pueda alegarse excusa alguna para revivirlos. Dichos plazos constituyen entonces, una garantía para la seguridad jurídica y el interés general. Y es que la caducidad representa el límite dentro del cual el ciudadano debe reclamar del Estado determinado derecho, por ende, la actitud negligente de quien estuvo legitimado en la causa no puede ser objeto de protección, pues es un hecho cierto que quien, dentro de las oportunidades procesales fijadas por la ley ejerce sus derechos, no se verá expuesto a perderlos por la ocurrencia del fenómeno indicado”*.



En el caso *sub examine* se estima que el derecho de accionar se ejerció en tiempo, teniendo en cuenta: i) que Rubén Antonio García Ospina falleció el 19 de agosto de 2010, ii) que los demandantes presentaron solicitud de conciliación extrajudicial el 2 de junio de 2011, la cual se declaró fallida el 12 de octubre de siguiente²⁶ y iii) que la demanda se presentó el 2 de febrero de 2012²⁷, esto es, dentro del término de dos (2) años para el vencimiento de la acción.

4. Legitimación en la causa

4.1. María Victoria Jaramillo Torres (compañera permanente), Carlos Andrés Rojas Jaramillo (hijo de crianza), Juan Guillermo Aguirre Jaramillo (hijo de crianza) y María Alejandra Borraez Jaramillo (hija de crianza), están legitimados en la causa por activa, ya que conformaban el núcleo familiar de Rubén Antonio García Ospina, según dan cuenta copias auténticas de sus registros civiles de nacimiento²⁸ y los testimonios de Janet Faisury Franco Gaviria²⁹ y María Eucaris Gaviria Parra³⁰, los cuales fueron contestes en afirmar que la señora Jaramillo Torres y sus hijos tenían este vínculo con el señor García Ospina, porque vivían juntos.

4.2. El INPEC está legitimado en la causa por pasiva, por cuanto en la demanda se alega que Rubén Antonio García Ospina falleció por “*falta de tratamiento médico oportuno*”. A estos efectos, es menester poner de presente que los artículos 104 y 106 de la Ley 65 de 1993³¹ disponen respectivamente que “*en cada establecimiento se organizará un servicio de sanidad para velar por la salud de los internos... los servicios de sanidad y salud podrán prestarse directamente a través del personal de planta o mediante contratos que se celebren con entidades públicas o privadas*” y “*todo interno en un establecimiento de reclusión debe recibir asistencia médica en la forma y condiciones previstas por el reglamento [...] El traslado a un centro hospitalario en los anteriores casos, sólo procederá cuando no fuere posible atender al interno en alguno de los centros de reclusión*”.

²⁶ Fl. 189, C. 1.

²⁷ Fl. 9, C. 1.

²⁸ Fl. 17 a 19, C. 1.

²⁹ Fl. 988, C. 1.

³⁰ Fl. 990, C. 1.

³¹ Por la cual se expide el Código Penitenciario y Carcelario.



5. Problema jurídico

Corresponde a la Sala determinar si el Estado es patrimonialmente responsable por la muerte de un recluso que padecía de VIH, dado que no le realizó un tratamiento médico oportuno.

6. Solución del problema jurídico

Antes de resolver el problema jurídico es menester hacer unas consideraciones generales sobre la responsabilidad del Estado, el derecho a la salud de quienes se encuentran cumpliendo pena de prisión y la protección constitucional especial de las personas portadoras del VIH.

6.1. Consideraciones generales sobre la responsabilidad del Estado

El artículo 90 de la Constitución Política de 1991³² consagró dos condiciones para declarar la responsabilidad extracontractual del Estado: i) la existencia de un daño antijurídico y ii) la imputación de éste al Estado.

El daño antijurídico es la lesión injustificada a un interés protegido por el ordenamiento. En otras palabras, es toda afectación que no está amparada por la ley o el derecho³³, que contraría el orden legal³⁴ o que está desprovista de una causa que la justifique³⁵, resultando que se produce sin derecho al contrastar con las normas del ordenamiento y, contra derecho, al lesionar una situación reconocida o protegida³⁶, violando de manera directa el principio *alterum non laedere*, en tanto

³² "Artículo 90. El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas. En el evento de ser condenado el Estado a la reparación patrimonial de uno de tales daños, que haya sido consecuencia de la conducta dolosa o gravemente culposa de un agente suyo, aquél deberá repetir contra éste".

³³ Consejo de Estado, Sección Tercera. Sentencia del 2 de marzo de 2000. Rad.: 11945

³⁴ Cfr. De Cupis. Adriano. Teoría General de la Responsabilidad. Traducido por Ángel Martínez Sarrión. 2ª ed. Barcelona: Bosch Casa Editorial S.A.1975. Pág.90.

³⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera. Sentencia del 11 de noviembre de 1999, Rad.: 11499; Sentencia del 27 de enero de 2000, Rad.: 10867.

³⁶ Cosso. Benedetta. Responsabilità della Pubblica Amministrazione, en obra colectiva Responsabilità Civile, a cargo de Pasquale Fava. Pág. 2407, Giuffrè Editore, 2009, Milán, Italia.



resulta contrario al ordenamiento jurídico dañar a otro sin repararlo por el desvalor patrimonial que sufre.

La imputación no es otra cosa que la atribución fáctica y jurídica que del daño antijurídico se hace al Estado, de acuerdo con los criterios que se elaboren para ello, como por ejemplo la falla del servicio, el desequilibrio de las cargas públicas, la concreción de un riesgo excepcional, o cualquiera otro que permita hacer la atribución en el caso concreto³⁷.

Es decir, verificada la ocurrencia de un daño antijurídico y su imputación al Estado, surge el deber de indemnizarlo plenamente, con el fin de hacer efectivo el principio *neminem laedere*.

6.2. Derecho a la salud de quienes se encuentran cumpliendo pena de prisión

La Ley 65 de 1993 estableció, entre otros, los deberes del Estado de garantizar la alimentación de las personas privadas de la libertad, el acceso a todos los servicios del sistema general de salud, la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento adecuado de todas las patologías físicas o mentales y la existencia de una unidad de atención primaria y de atención inicial de urgencias en salud penitenciaria y carcelaria.

En efecto, el artículo 104 de dicha normativa señala que *“en cada establecimiento se organizará un servicio de sanidad para velar por la salud de los internos, examinarlos obligatoriamente a su ingreso al centro de reclusión y cuando se decrete su libertad; además, adelantará campañas de prevención e higiene, supervisará la alimentación suministrada y las condiciones de higiene laboral y ambiental. Los servicios de sanidad y salud podrán prestarse directamente a través del personal de planta o mediante contratos que se celebren con entidades públicas o privadas”*.

³⁷ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C. Sentencia de 18 de mayo de 2017, Rad.: 36.386.



La Jurisprudencia de la Corte Constitucional y de esta Corporación ha sido enfática en señalar que el Estado debe garantizar los derechos fundamentales a los internos que se encuentran reclusos en establecimientos carcelarios y especialmente los derechos como la vida, la dignidad humana, la igualdad, la integridad personal y la salud, entre otros, pues esta categoría especial de derechos no acepta ningún tipo de limitación por parte de la Administración, ya que este grupo de la población se encuentra en estado de vulnerabilidad³⁸.

En tal sentido, la Corte Constitucional ha considerado que: *“teniendo presente que la privación de la libertad obstaculiza al sujeto condenado la satisfacción de sus propias necesidades, el Estado ‘se obliga a brindarle a los internos las condiciones necesarias para su digna subsistencia, particularmente, en asuntos como la provisión de alimentos, la asignación de un lugar digno para la habitación y el goce de los servicios públicos, entre otros’. Lo anterior, ya que la condena impuesta a un sindicado no puede comprometer las garantías fundamentales de las cuales es acreedor en forma plena, como por ejemplo la vida, la integridad personal, la dignidad o la salud, derechos que precisamente se protegen facilitando el goce de las necesidades vitales o mínimas del recluso”*.

En este sentido, en sentencia T-825 de 2010 dicha Corporación precisó que el derecho a la salud de quienes se encuentran cumpliendo pena de prisión comporta tres ámbitos de protección, a saber: i) el deber del Estado de brindar atención integral y oportuna a las necesidades médicas del interno, ii) el deber del Estado de garantizar la integridad física del recluso al interior del establecimiento carcelario y iii) el deber del Estado de garantizar unas adecuadas condiciones de higiene, seguridad, salubridad y alimentación, al interior del establecimiento carcelario.

Lo anterior permite evidenciar que el acceso de los internos a los servicios médicos prescritos o autorizados y a una alimentación adecuada son un componente del derecho a la salud, el cual hace parte de las garantías que, en la relación especial de sujeción, no pueden verse restringidas, limitadas o suspendidas en el ejercicio

³⁸ Cfr. Corte Constitucional. Sentencia C-328 de 2016 y Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección A. Sentencia de 13 de agosto de 2014, Rad.: 2003-00344-01, Sentencia de 19 de noviembre de 2015, Rad.: 2001-00218-01.



del poder punitivo, por lo cual, hacer efectivo dicho acceso, se convierte en una obligación del Estado, pues son prestaciones dirigidas a satisfacer necesidades básicas e imprescindibles para salvaguardar la integridad de la vida y el bienestar del interno³⁹.

En el concepto de esta Corporación, para garantizar el derecho fundamental a la salud de los internos, es indispensable que las autoridades competentes permitan el acceso efectivo a la prestación de los servicios médicos, puesto que son necesarios para asegurar su supervivencia, a fin de superar los obstáculos que impiden a la población carcelaria obtener el pleno disfrute de este derecho⁴⁰.

6.3. La protección constitucional especial de las personas portadoras del VIH

El artículo 13, inciso 3º, de la Constitución Política señala que es deber del Estado proteger a aquellas *“personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan”*.

La anterior norma, interpretada en armonía con el artículo 47 Superior, según el cual *“el Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran”* y el artículo 95 de la misma Carta que asigna a todos los ciudadanos el deber de actuar conforme al principio de solidaridad social, *“respondiendo con acciones humanitarias ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas”*, impone una especial consideración con las personas portadoras del virus del VIH y que tengan la enfermedad del SIDA⁴¹.

³⁹ Corte Constitucional. Sentencia T-391 de 2015.

⁴⁰ Consejo de Estado, Sección Primera. Sentencia de 31 de agosto de 2016. Rad.: 15001-23-33-000-2016-00302-01

⁴¹ La Organización Mundial de la Salud ha definido el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) como aquel que *“infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente ‘inmunodeficiencia’. Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH”*. Disponible en: http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/.



En efecto, el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) causante del SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), es una enfermedad con consecuencias adversas y mortales sobre la salud de quien la padece, razón por la cual el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud de Colombia la ha calificado como una afección catastrófica o ruinosas y la legislación nacional le ha dado un tratamiento preferente a quienes la padecen, tal como se indica en la Ley 972 de 2005⁴². Al efecto, cuyo artículo 1° dispone:

“Artículo 1°. Declárese de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, la atención integral estatal a la lucha contra el VIH -Virus de Inmunodeficiencia Humana- y el SIDA -Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida- El Estado y el Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizará el suministro de los medicamentos, reactivos y dispositivos médicos autorizados para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades ruinosas o catastróficas, de acuerdo con las competencias y las normas que debe atender cada uno de ellos.

Parágrafo 1°. El día primero (1°) de diciembre de cada año se institucionaliza en Colombia como el día Nacional de Respuesta al VIH y el SIDA, en coordinación con la comunidad internacional representada en la Organización de las Naciones Unidas, ONU, y la Organización Mundial de la Salud, OMS.

Parágrafo 2°. Además de los programas regulares desarrollados por el Gobierno, en esta fecha, el Ministerio de la Protección Social coordinará todas las acciones que refuercen los mensajes preventivos y las campañas de promoción de la salud, en concordancia con el lema o el tema propuesto a nivel mundial por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el SIDA, Onusida, y promoverá, en forma permanente, y como parte de sus campañas, el acceso de las personas afiliadas y no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, al diagnóstico de la infección por VIH/SIDA en concordancia con las competencias y recursos necesarios por parte de las entidades territoriales y los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.”

Teniendo como fundamento lo anterior, la jurisprudencia constitucional ha sostenido que los portadores y enfermos de VIH/SIDA son sujetos de especial protección, en virtud del estado de debilidad manifiesta en el que se encuentran, causado por el deterioro paulatino y constante de su salud. Sobre este tópico la Corte Constitucional en sentencia T-948 de 2008, indicó lo siguiente:

⁴² Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida.



“Particular énfasis debe hacerse en relación con las personas disminuidas que padecen de (VIH⁴³/SIDA⁴⁴), ya que dichos sujetos requieren de una mayor atención por parte del Estado debido a las particulares condiciones en que se encuentran y las consecuencias nefastas que acarrea dicha enfermedad.

Las personas portadoras del VIH o que padezcan sida son sujetos de especial protección constitucional, por cuanto se trata de una enfermedad mortal que causa el deterioro progresivo del estado de salud y que hace exigible un trato igualitario, solidario y digno ante las circunstancias de debilidad manifiesta en que se encuentran. En consecuencia, es deber del estado Colombiano adoptar las medidas indispensables para garantizar su inclusión en la sociedad y protegerlos en los distintos niveles en que suelen ser discriminados.”

Dentro de este contexto, la Corte Constitucional ha sido eminentemente garantista de este grupo poblacional, haciendo especial énfasis en las consecuencias de la enfermedad y en las medidas que debe adoptar el Estado para la protección real y efectiva de sus derechos fundamentales. Sobre el particular, en sentencia T-769 de 2007 señaló lo siguiente:

“(…) en cuanto al tratamiento particular que merecen las personas que padecen esta enfermedad, la Corte ha establecido que el punto de partida que debe ser considerado, desde la perspectiva constitucional, es el reconocimiento de su calidad de sujetos de especial protección. Tal consideración surge como consecuencia del deber de integración que el Estado ha asumido con los grupos discriminados o marginados, tal como fue establecido en el inciso 2° del artículo 13 superior.

La grave afección producida por las distintas formas de segregación se opone a la realización plena del Estado Social de Derecho y exige actuaciones positivas de parte del Estado encaminadas a garantizar las condiciones objetivas necesarias para el efectivo goce de sus libertades. Así, como corolario de las anteriores consideraciones, esta Corporación ha concluido que los portadores del VIH son sujetos de especial protección.”

Reiterando esa posición, la Corte Constitucional ha amparado a estas personas los derechos fundamentales a la salud, a la vida en condiciones dignas, entre otros. Específicamente, frente al derecho a la salud ha precisado que, *“(…) con el fin de*

⁴³ *“(Virus de la Inmunodeficiencia Humana): Retrovirus que es el agente causal del SIDA”.*

⁴⁴ *“(Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida): Conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. // Según la enciclopedia virtual Wikipedia: (...) una persona padece de sida cuando su organismo, debido a la inmunodepresión provocada por el VIH, no es capaz de ofrecer una respuesta inmune adecuada contra las infecciones que aquejan a los seres humanos. Se dice que esta infección es incontrovertible. // Cabe destacar la diferencia entre estar infectado por el VIH y padecer de sida. Una persona infectada por el VIH es seropositiva, y pasa a desarrollar un cuadro de sida cuando su nivel de linfocitos T CD4 (que son el tipo de células a las que ataca el virus) desciende por debajo de 200 células por mililitro de sangre. // Para mayor información véase www.wikipedia.com”.*



hacer efectiva la igualdad y la dignidad humana⁴⁵ de esas personas la protección que debe brindar el Estado en materia de salud debe ser integral dados los altos costos que esa enfermedad demanda y con el fin de que no se generen tratos discriminatorios⁴⁶. También ha sostenido que ‘este deber constitucional [de protección] asegura que el enfermo de SIDA reciba atención integral y gratuita a cargo del Estado, a fin de evitar que la ausencia de medios económicos le impida tratar la enfermedad y aminorar el sufrimiento, y lo exponga a la discriminación’⁴⁷.

En sentido similar, la Corte Constitucional, en sentencia T-067 de 2005, al estudiar el caso de una mujer portadora de VIH, a quien su EPS le había negado el suministro de un medicamento prescrito por el médico tratante, sostuvo:

“De estar comprometida la vida del paciente, las entidades promotoras de salud están inexcusablemente obligadas a prestar en forma inmediata los servicios de salud requeridos por aquél, sin que para ello importe que la alternativa o posibilidad de tratamiento que se requiera esté excluida del POS, pues ante una situación como la descrita es inconstitucional la oponibilidad de requisitos que dilaten la prestación requerida por el enfermo de VIH/SIDA. Esta Corporación ha expresado que al ponderar el derecho a la salud o el de la vida misma de un paciente que padece VIH y el interés económico propio de las Empresas Promotoras de Salud, la acción de tutela es el mecanismo de defensa idóneo mediante el cual los jueces constitucionales deben procurar conciliar los intereses enfrentados y lograr el equilibrio entre la protección de uno y otro derecho, sin olvidar que predominan en todo caso, los derechos de quien es sujeto de especial protección constitucional, para el caso el portador del virus en comento”

En la misma línea, la jurisprudencia constitucional ha señalado que tratándose de personas privadas de la libertad portadores del VIH, “el Estado posee la obligación de garantizar una mayor protección a sus derechos fundamentales por cuanto, en primer lugar, se despliega una relación de sujeción especial que, además de exigir derechos y obligaciones entre las partes, limita a los internos a acceder únicamente a los servicios médicos que le proporciona el establecimiento penitenciario y carcelario donde se encuentra recluso. Y, en segundo lugar, el VIH es considerado como una enfermedad degenerativa que torna a la persona en un sujeto de especial protección al cual se debe garantizar su derecho a la salud de forma continua y oportuna sin ningún obstáculo de índole administrativo o financiero”⁴⁸.

⁴⁵ “Cfr. Sentencia T-505 de 1992”

⁴⁶ “Cfr. Sentencia SU-256 del 30 de mayo de 1996”

⁴⁷ Corte Constitucional, Sentencia T-843 de 2004.

⁴⁸ Corte Constitucional, Sentencia T-792A de 2012.



7. El caso concreto

En el recurso de apelación presentado contra la sentencia proferida el 27 de noviembre de 2015 por el Tribunal Administrativo de Antioquia, que negó las pretensiones de la demanda, la parte demandante solicitó condenar al INPEC bajo el régimen de responsabilidad objetiva, manifestando que la muerte de Rubén Antonio García Ospina se ocasionó porque no le brindó atención médica oportuna. En este sentido indicó que al recluso “*muchas veces ni lo atendían ni lo bajaban hasta sanidad*”.

En este sentido y comoquiera que sólo la parte demandada presentó recurso de apelación contra el fallo proferido el 27 de noviembre de 2015 por el Tribunal Administrativo de Antioquia, según lo dispuesto en el artículo 357 del Código de Procedimiento Civil, se resolverá el asunto *sub lite* en aquello que reprocha como desfavorable en la el recurso⁴⁹. Por ello, a continuación se analizará si el INPEC es patrimonialmente responsables por los perjuicios ocasionados por la muerte de Rubén Antonio García Ospina.

Bajo esta óptica, la Sala establecerá cuáles son los hechos probados, para posteriormente analizar si los elementos que estructuran la responsabilidad del Estado se encuentran acreditados.

7.1. Hechos probados

7.1.1. Se probó que Rubén Antonio García Ospina ingresó al Centro Penitenciario y Carcelario de Bellavista de Medellín el 11 de diciembre de 2008, sindicado de ser

⁴⁹ “Artículo 357. Competencia del Superior. La apelación se entiende interpuesta en lo desfavorable al apelante, y por lo tanto el superior no podrá enmendar la providencia en la parte que no fue objeto del recurso, salvo que en razón de la reforma fuere indispensable hacer modificaciones sobre puntos íntimamente relacionados con aquélla. Sin embargo, cuando ambas partes hayan apelado o la que no apeló hubiere adherido al recurso, el superior resolverá sin limitaciones [...] Cuando se hubiere apelado de una sentencia inhibitoria y la revocare el superior, éste deberá proferir decisión de mérito aun cuando fuere desfavorable al apelante.”



autor del delito de hurto, según da cuenta certificado del Director del Establecimiento Penitenciario⁵⁰ y copia simple⁵¹ de la historia clínica del recluso en el INPEC⁵².

7.1.2. Está probado que el 2 de junio de 2010, Rubén Antonio García Ospina ingresó al servicio de urgencias del Centro Penitenciario y Carcelario de Bellavista, refiriendo diarrea, mareo y escalofrío. Ese día un médico de la EPS CAPRECOM, con la cual el INPEC había suscrito un acuerdo para prestar el servicio de salud al interior de la cárcel⁵³, le diagnosticó laringotraqueitis y le formuló ‘dipirona’, ‘diclofenaco’ y “p. benzatínica”⁵⁴. De esta información da cuenta copia simple de la historia clínica del recluso en el INPEC⁵⁵.

7.1.3. Consta que el 23 de junio de 2010, Rubén Antonio García Ospina solicitó al Director del Centro Penitenciario y Carcelario de Bellavista de Medellín ser atendido por un médico de la EPS COOMEVA, a la cual se encontraba afiliado, pues afirmó que los médicos del penal señalaban que no tenía problemas de salud, pero él afirmaba sentirse “*muy mal*”. De esta Información da cuenta copia simple del oficio que dirigió al Director del Centro Penitenciario y Carcelario en esa fecha⁵⁶. El tenor literal del escrito fue el siguiente:

“[...] me dirijo a su despacho con el propósito de solicitarle autorice mi traslado a la EPS COOMEVA, donde me encuentro afiliado [...] me encuentro en condiciones muy precarias de salud y los médicos del EPC me dicen que me encuentro bien, pero yo no me siento bien, Al contrario, me siento muy mal y mi salud cada vez se va deteriorando más. Por tales razones solicito me gestionen la salida para la EPS COOMEVA... donde me encuentro afiliado, ya que los servicios de salud de aquí no son suficientes a mi necesidad [...]”

7.1.4. Se probó que el 2 de julio de 2010 Rubén Antonio García Ospina ingresó al servicio de urgencias del Centro Penitenciario y Carcelario de Bellavista refiriendo malestar general y “*dar del cuerpo con sangre*”. Ese día un médico de la EPS CAPRECOM ordenó realizarle un cuadro hemático y una prueba de orina y le

⁵⁰ FI. 1001 y 1002, C. 3.

⁵¹ La Sala le otorga valor a las pruebas documentales presentadas en copia simple, en virtud de lo decidido en sentencia de unificación con radicado No. 25022, del 28 de agosto de 2013.

⁵² FI. 1004, C. 3.

⁵³ FI. 214, C. 1.

⁵⁴ FI. 1014, C. 3.

⁵⁵ FI. 1014, C. 3.

⁵⁶ FI. 15, C. 1.



formuló antiparasitarios. De esta información da cuenta copia simple de la historia clínica del recluso en el INPEC⁵⁷.

7.1.5. Está probado que el 7 de julio de 2010 el señor García Ospina ingresó al servicio de urgencias del Centro Penitenciario y Carcelario de Bellavista refiriendo malestar general. Ese día un médico de la EPS CAPRECOM le ordenó realizarse un “IC” e indicó que para esos efectos comenzaría a gestionarle una cita con un médico de la EPS COOMEVA. De esta información da cuenta copia simple de la historia clínica del recluso en el INPEC⁵⁸.

7.1.6. Consta que el 9 de julio de 2010 un funcionario del servicio de urgencias del Centro Penitenciario y Carcelario de Bellavista envió a la división de Coordinación del mismo establecimiento una orden médica para realizar a Rubén Antonio García Ospina un “IC” en la EPS COOMEVA el 13 de julio de siguiente. De esta información da cuenta copia simple de la historia clínica del recluso en el INPEC⁵⁹.

7.1.7. Se probó que el 13 de julio de 2010 no fue posible que el interno cumpliera la cita médica en la EPS COOMEVA porque “no se pasó papelería con tiempo”. De esta información da cuenta copia simple de la historia clínica del recluso en el INPEC⁶⁰.

7.1.8. Está probado que el 14 de julio de 2010 Rubén Antonio García Ospina fue atendido en la Unidad Básica de Atención de la EPS COOMEVA, ubicada en barrio El Poblado de Medellín. En este centro de salud un médico le diagnosticó deshidratación marcada, diarrea, gastroenteritis de presunto origen infeccioso, infección de vías urinarias y síntomas y signos que involucran la función cognitiva. Ese mismo día el galeno ordenó su hospitalización en una clínica. De esta información da cuenta copia simple de la historia clínica del recluso en la EPS COOMEVA⁶¹

⁵⁷ Fl. 1007, C. 3.

⁵⁸ Fl. 1017, C. 3.

⁵⁹ Fl. 1008, C. 3.

⁶⁰ Fl. 1008, C. 3.

⁶¹ Fl. 28 y 29, C. 1.



7.1.9. Se probó que el 15 de julio de 2010 Rubén Antonio García Ospina fue atendido en la Unidad de Atención de Urgencias del Hospital General de Medellín, en la cual un médico advirtió que era un *“paciente con cuadro clínico de 1 de mes de evolución de síntomas... pérdida de peso acelerada, náuseas [y] vómitos post prandiales”*. Ese mismo día se ordenó su remisión a un centro médico de mayor nivel. De esta información da cuenta copia simple de la historia clínica del recluso en el Hospital General de Medellín⁶².

7.1.10. Está probado que el 18 de julio de 2010, Rubén Antonio García Ospina ingresó a la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana, en la cual se le realizaron múltiples exámenes de laboratorio con un diagnóstico preliminar de ingreso de *“enfermedad por VIH resultante en infecciones múltiples”*. Un médico de la institución ordenó *“hospitalizar por medicina interna... ordenan paraclínicos para esclarecer etiología del cuadro clínico, analgésicos y valoración por infectología”*. Información de la cual da cuenta copia simple de la historia clínica del paciente en dicha institución⁶³.

7.1.11. Consta que el 19 de julio de 2010 un médico de la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana examinó al señor García Ospina y realizó el siguiente diagnóstico: *“paciente con VIH recién DX con una pérdida de peso severa del 25% en mes y medio, el cual se puede evidenciar con los exámenes de laboratorio que reflejan albumina de 1.7hb de 9, lo que lo clasifica nutricionalmente en desnutrición severa”*. Ese mismo día el galeno advirtió que debía realizarse una prueba confirmatoria del VIH y ordenó practicar hemocultivos para hongos y microbacterias. Lo cual se puede verificar con la copia simple de la historia clínica del paciente en dicha institución⁶⁴.

7.1.12. Se probó que el 20 de julio de 2010 el paciente permaneció hospitalizado en la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana. Ese día personal médico de dicha institución lo encontró en *“regulares condiciones generales... mucosas pálidas pero hidratadas... abdomen distendido, doloroso a la palpación”*

⁶² Fl. 30, C. 1.

⁶³ Fl. 40 a 44, C 1.

⁶⁴ Fl. 46, C. 1.



generalizada... ánimo deprimido". Un médico de la clínica le ordenó "*ailamiento (sic) respiratorio... punción guiada por eco y estudio líquido pleural*". De esta información da cuenta copia simple de la historia clínica del paciente en dicha institución⁶⁵.

7.1.13. Está probado que el 21 de julio de 2010 Rubén Antonio García Ospina tuvo vómito abundante. Por ello un médico de la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana le formuló antiemético y dieta blanda fraccionada sin lactosa a tolerancia. Además, le disminuyó las tomas de replete a 1 lata por día en la noche. Todo lo cual se encuentra acreditado con la copia simple de la historia clínica del paciente en dicha institución⁶⁶ que obra en el plenario.

7.1.14. Consta que el 22 de julio de 2010 se confirmó con una segunda prueba de laboratorio que el señor García Ospina padecía VIH, por lo cual un médico de la clínica referida le "*ordenó carga viral y conteo de CD4*", PCR para CMV, latex para criptococo y pruebas de coagulación. Lo anterior puede establecerse con la copia simple de la historia clínica del paciente en la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana⁶⁷.

7.1.15. Se probó que el 24 de julio de 2010 un médico de la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana diagnosticó que el paciente tenía "*historia de fiebre, compromiso IG y respiratorio, úlceras colónicas que continúan pendientes de resultado... y un derrame pleura*" y por tanto le ordenó ecocardiografía, "*erc orina*" y albumina y soporte ventilatorio de oxígeno. De esta información da cuenta copia simple de la historia clínica del paciente en dicha institución⁶⁸.

7.1.16. Está probado que el 25 de julio de 2010 un médico de la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana diagnosticó al paciente peritonitis aguda, según da cuenta copia simple de la historia clínica del paciente en dicha institución⁶⁹.

⁶⁵ Fl. 48

⁶⁶ Fl. 50 a 53, C. 1.

⁶⁷ Fl. 53 y 54, C. 1.

⁶⁸ Fl. 60, C. 1.

⁶⁹ Fl. 64, C. 1.



7.1.17. Consta que el 26 de julio de 2010 un médico de la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana examinó al señor García Ospina y dictaminó que estaba “*en malas condiciones, con infección intraabdominal de alto riesgo... inmunocomprometido... con disfunción de órganos pulmonar, cardiovascular y hematológico... infección intrabdominal severa no controlada... [y] disfunción multiorgánica*”. Asimismo, advirtió que el paciente tenía ventilación mecánica y sedación. De esta información da cuenta copia simple de la historia clínica del paciente en dicha institución⁷⁰.

7.1.18. Se probó que el 27 de julio de 2010 un médico del centro hospitalario referido examinó a Rubén Antonio García Ospina y encontró que tenía “*antecedente de peritonitis, que esta con bolsa de laparostomía y que está empaquetado*”. De esta información da cuenta copia simple de la historia clínica del paciente en la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana⁷¹.

7.1.19. Está probado que el 29 de julio de 2010 un médico de la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana examinó al señor García Ospina y dictaminó que estaba “*en malas condiciones, con sepsis no controlada, con disfunción multiorgánica, encefalopatía y delirium*”. De esta información da cuenta copia simple de la historia clínica del paciente en dicha institución⁷².

7.1.20. Consta que el 2 de julio de 2010 un médico de la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana examinó al paciente y evidenció que se encontraba estable y requería mejoría mecánica para tolerar extubación. Lo anterior se puede verificar en la copia simple de la historia clínica del paciente en dicha institución⁷³.

7.1.21. Se probó que el 3 de agosto de 2010 un médico de la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana examinó al paciente y señaló que le preocupaba “*el ascenso de pruebas hepáticas y la hipocalcemia...*”. Asimismo, en esa fecha se realizó una extubación fallida al señor García Ospina y se pudo evidenciar que

⁷⁰ Fl. 67, C. 1.

⁷¹ Fl. 94, C. 1.

⁷² Fl. 95, C. 1.

⁷³ Fl. 111, C. 1.



presentaba fatiga respiratoria. De esta información da cuenta copia simple de la historia clínica del paciente en dicha institución⁷⁴.

7.1.22. Está probado que el 4 de agosto de 2010 un médico de la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana examinó al paciente y lo encontró con resección intestinal, falla renal aguda y desnutrición. Lo anterior se puede evidenciar en la copia simple de la historia clínica del paciente en dicha institución⁷⁵.

7.1.23. Consta que el 5 de agosto de 2010 un médico de la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana examinó a Rubén Antonio García Ospina encontrándolo con una sepsis severa y en estado crítico. De esta información da cuenta copia simple de la historia clínica del paciente en dicha institución⁷⁶.

7.1.24. Se probó que el 6 de agosto de 2010 médicos de la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana extubaron al paciente, según da cuenta copia simple de su historia clínica⁷⁷.

7.1.25. Está acreditado que el 9 de agosto de 2010 un médico de la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana examinó a Rubén Antonio García Ospina y encontró que estaba con gran riesgo de intestino corto y gran riesgo de nueva perforación por úlceras nuevas de tracto digestivo. Esta información consta en la copia simple de la historia clínica del paciente en dicha institución⁷⁸.

7.1.26. Consta que el 13 de agosto de 2010 un médico de la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana examinó a Rubén Antonio García Ospina y evidenció que presentaba problemas de hipoxemia, taquicardia y taquipnea. Asimismo, el galeno advirtió que el paciente se encontraba “*en malas condiciones con enfermedad no resuelta, ahora nuevamente con falla respiratoria... [y que] no es posible ofrecer nuevos manejos quirúrgicos a su patología [...]*”. Ese mismo día médicos de la clínica hablaron con el paciente, el cual refirió “*no querer intubación*”

⁷⁴ Fl. 115, C. 1.

⁷⁵ Fl. 122, C. 1.

⁷⁶ Fl. 129, C. 1.

⁷⁷ Fl. 134, C. 1.

⁷⁸ Fl. 152, C. 1.



orotraqueal y no desear máscara de VMNI. Se le explica que de no continuar con este manejo el desarrollo de su enfermedad será con muy alta probabilidad de muerte, dice entender [...]”. De esta información da cuenta copia simple de la historia clínica del paciente en dicha institución⁷⁹.

7.1.27. Se probó que el 14 de agosto de 2010 un médico de la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana examinó al señor García Ospina y lo encontró con un compromiso múltiple gastrointestinal asociado a peritonitis terciaria y en muy malas condiciones generales. El galeno señaló que el paciente había tenido una respuesta pobre a las múltiples terapias que le habían realizado y que su pronóstico empeoraría porque éste había pedido no realizarle procedimientos invasivos. De esta información da cuenta copia simple de la historia clínica del paciente en dicha institución⁸⁰.

7.1.28. Consta que el 17 de agosto de 2010 un médico de la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana examinó al señor García Ospina y lo encontró en estado avanzado de enfermedad con un foco de contaminación abdominal no controlable. Ese mismo día el galeno decidió desmontar las infusiones y suministrarle morfina IV, con el fin de trasladarlo a hospitalización en compañía de su familia. De esta información da cuenta copia simple de la historia clínica del paciente en dicha institución⁸¹.

7.1.29. Está probado que el 19 de agosto de 2010 falleció Rubén Antonio García Ospina por insuficiencia respiratoria aguda, según da cuenta copia simple de su historia clínica en la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana⁸² y su Registro Civil de Defunción⁸³.

7.1.30. Se probó que Rubén Antonio García Ospina estuvo privado de la libertad hasta la fecha de su muerte, según da cuenta certificado del Director del Centro Penitenciario y Carcelario de Bellavista de Medellín⁸⁴.

⁷⁹ Fl. 170, C. 1.

⁸⁰ Fl. 172, C. 1.

⁸¹ Fl. 178, C. 1.

⁸² Fl. 187, C. 1.

⁸³ Fl. 12, C. 1.

⁸⁴ Fl. 1001 y 1002, C. 3.



7.2. Análisis de los elementos de la responsabilidad del Estado

En aras de resolver el cargo invocado en el recurso de apelación, la Sala analizará de forma ordenada cada uno de los elementos de la responsabilidad patrimonial del Estado, ya que la configuración de dicho instituto jurídico depende de la sumatoria condicional de los componentes que lo conforman. Por lo anterior, se hace necesario abordar dichos elementos de la siguiente manera: i) el daño antijurídico y; ii) su imputación frente al Estado.

Lo anterior, más allá de consistir en una metodología sugerida por la Sala, atiende a una lógica en la que, naturalmente, ante la ausencia del daño como elemento esencial del instituto indemnizatorio, el análisis del subsiguiente carece de toda utilidad, ya que aún ante su existencia, no será posible declarar responsabilidad patrimonial de la Administración⁸⁵⁻⁸⁶.

7.2.1. El daño antijurídico

En el caso *sub examine* se tiene que **el daño** alegado es la muerte de Rubén Antonio García Ospina, la cual se produjo el 19 de agosto de 2010 por una insuficiencia respiratoria aguda (hecho probado 7.1.29.), que siguió luego de una evolución desfavorable de su salud por múltiples infecciones, aparentemente ocasionadas en el VIH que padecía (hechos probados 7.1.8. a 7.1.28). El daño tiene

⁸⁵ Sobre este aspecto Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencias del 13 de agosto de 2008, Rad. 16516; 6 de junio de 2012, Rad. 24633; 5 de marzo de 2020, Rad. 50264.

⁸⁶ Frente a la existencia del daño como elemento de la responsabilidad, la Corte Suprema de Justicia considera lo siguiente: “cabe afirmar que dentro del concepto y la configuración de la responsabilidad civil, es el daño un elemento primordial y el único común a todas las circunstancias, cuya trascendencia fija el ordenamiento. De ahí que no se dé responsabilidad sin daño demostrado, y que el punto de partida de toda consideración en la materia, tanto teórica como empírica, sea la enunciación, establecimiento y determinación de aquel, ante cuya falta resulta inoficiosa cualquier acción indemnizatoria”. Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 4 de abril de 1968. Por su parte, el profesor Fernando Hinestrosa expresa sobre este particular lo siguiente: “La responsabilidad, entendida latamente como la obligación de resarcir daños y perjuicios, parte de un dato imprescindible: el daño. La presencia de un quebranto, independientemente del esmero en su definición y de la exigencia de actualidad o consolidación de él, o de su certidumbre o su advenimiento más o menos probable. En ausencia de daño no hay obligación, y el aserto, por demás obvio, pone de presente el carácter estrictamente resarcitorio de la responsabilidad en el derecho de tradición romanista.” Hinestrosa, Fernando., “Devenir del derecho de daños”, Revista de Derecho Privado, Universidad Externado de Colombia, n.º 32, enero-junio de 2017, 5-26. Pág. 6.



el carácter de antijurídico, pues se trata de la afectación de un derecho protegido por el ordenamiento jurídico, cuya lesión no encuentra justificación legal.

A estos efectos, es menester poner de presente que la vida es uno de los derechos inherentes e inalienables de la persona y se constituye en presupuesto esencial para la realización de los demás derechos. La vida se encuentra protegida en el Preámbulo de la Constitución Política, que proclama dentro de los fines del Estado asegurar la vida de sus integrantes, y en el artículo 11 Superior, que establece que "*el derecho a la vida es inviolable*".

7.2.2. La imputación

Para determinar si hay lugar a **imputar** el daño antijurídico al INPEC, es menester determinar si éste le es atribuible fáctica y/o jurídicamente.

En este sentido, quedó probado que el 2 de junio de 2010, Rubén Antonio García Ospina, el cual se encontraba recluso en el Centro Penitenciario y Carcelario de Bellavista de Medellín (hecho probado 7.1.1.), ingresó al servicio de urgencias del establecimiento carcelario refiriendo diarrea, mareo y escalofrío; y ese mismo día un médico de la EPS CAPRECOM, con la cual el INPEC había suscrito un acuerdo para prestar el servicio de salud al interior de la cárcel, le diagnosticó laringotraqueitis y le formuló '*dipirona*', '*diclofenaco*' y "*p. benzatínica*" (hecho probado 7.1.2.).

Asimismo, se acreditó que el 23 de junio de 2010, el señor García Ospina solicitó al Director del Centro Penitenciario y Carcelario ser atendido por un médico de la EPS COOMEVA, a la cual se encontraba afiliado, porque afirmaba que los médicos del penal señalaban que no tenía problemas de salud, pero él decía sentirse "*muy mal*" (hecho probado 7.1.3.).

Igualmente quedó probado que el 2 de julio de 2010 el recluso ingresó nuevamente al servicio de urgencias de la cárcel refiriendo malestar general y "*dar del cuerpo con sangre*"; y que ese mismo día un médico de la EPS CAPRECOM ordenó



realizarle un cuadro hemático y una prueba de orina y le formuló antiparasitarios (hecho probado 7.1.4.).

También se probó que el 7 de julio de 2010 el señor García Ospina ingresó al servicio de urgencias del Centro Penitenciario y Carcelario de Bellavista refiriendo malestar general; y ese mismo día un médico de la EPS CAPRECOM ordenó realizarle un “IC” e indicó que para esos efectos comenzaría a gestionarle una cita con un médico de la EPS COOMEVA, la cual finalmente se agendó para el 13 de julio siguiente (hechos probados 7.1.5. y 7.1.6.).

Del mismo modo quedó probado que aunque el 13 de julio de 2010 no fue posible que el interno cumpliera con la cita médica referida, porque “*no se pasó papelería con tiempo*”; lo cierto es que al día siguiente fue atendido en la Unidad Básica de Atención de la EPS COOMEVA, en la cual un médico le diagnosticó deshidratación marcada, diarrea, gastroenteritis de presunto origen infeccioso, infección de vías urinarias y síntomas y signos que involucraban la función cognitiva; y ordenó su hospitalización en una clínica (hechos probados 7.1.7. y 7.1.8.).

Así, se acreditó que el 15 de julio de 2010 Rubén Antonio García Ospina fue atendido en la Unidad de Atención de Urgencias del Hospital General de Medellín, en la cual un médico advirtió que como se trataba de un “*paciente con cuadro clínico de 1 de mes de evolución de síntomas... pérdida de peso acelerada, náuseas, [y] vómitos post prandiales*”, era necesario remitirlo a un centro de salud de mayor nivel (hecho probado 7.1.9.).

Se probó que por ello el 18 de julio de 2010 Rubén Antonio García Ospina ingresó a la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana, en la cual le realizaron múltiples exámenes de laboratorio con un diagnóstico preliminar de ingreso de “*enfermedad por VIH resultante en infecciones múltiples*”; y que un médico de la entidad ordenó “*hospitalizar por medicina interna... [y practicarle] paraclínicos para esclarecer etiología del cuadro clínico, analgésicos y valoración por infectología*” (hecho probado 7.1.10.).



Asimismo, se acreditó que el 22 de julio de 2010 se confirmó, con una segunda prueba de laboratorio, que el señor García Ospina padecía VIH, por lo cual en ese momento un médico de la clínica referida le “ordenó carga viral y conteo de CD4”, PCR para CMV, latex para criptococo y pruebas de coagulación (hecho probado 7.1.14.).

También quedó demostrado que el 24 de julio de 2010 un médico de la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana diagnosticó que el paciente tenía “...compromiso IG y respiratorio, úlceras colónicas... y un derrame pleural”, por lo cual le ordenó una ecocardiografía, “erc orina” y albumina y soporte ventilatorio de oxígeno (hecho probado 7.1.15.).

Del mismo modo se probó que el 25 de julio de 2010 un médico de la clínica referida diagnosticó al paciente peritonitis aguda (hecho probado 7.1.16.) y al día siguiente otro galeno de la misma institución lo examinó y dictaminó que estaba “en malas condiciones, con infección intraabdominal de alto riesgo... inmunocomprometido... con disfunción de órganos pulmonar, cardiovascular y hematológico... infección intrabdominal severa no controlada... [y] disfunción multiorgánica” (hecho probado 7.1.17.).

Igualmente, quedó acreditado que el 27 de julio de 2010 un médico del centro hospitalario referido examinó a Rubén Antonio García Ospina y encontró que estaba “con bolsa de laparostomía y que está empaquetado. Requiere lavado peritoneal... se intentará cerrar o sino cambiar bolsa por una malla de la pared abdominal” (hecho probado 7.1.18.).

Se probó que el 29 de julio de 2010 un médico de la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana examinó al señor García Ospina y dictaminó que estaba “en malas condiciones, con sepsis no controlada, con disfunción multiorgánica, encefalopatía y delirium” (hecho probado 7.1.19.).

También se probó que los días 4 y 5 de agosto de 2010 un médico de la misma clínica examinó al paciente y lo encontró con resección intestinal, falla renal aguda, desnutrición, sepsis severa y en estado crítico (hechos probados 7.1.22. y 7.1.23.).



Asimismo, quedó acreditado que el 9 de agosto de 2010 un médico de la clínica referida examinó a Rubén Antonio García Ospina y encontró que estaba con gran riesgo de intestino corto y gran riesgo de nueva perforación por úlceras nuevas de tracto digestivo (hecho probado 7.1.25.).

Igualmente, se probó que el 13 de agosto de 2010 un médico de la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana examinó a Rubén Antonio García Ospina y evidenció que presentaba problemas de hipoxemia, taquicardia y taquipnea. Ese mismo día el galeno advirtió que el paciente se encontraba “*en malas condiciones con enfermedad no resuelta, ahora nuevamente con falla respiratoria... [y que] no e[ra] posible ofrecer nuevos manejos quirúrgicos a su patología [...]*”. Inmediatamente, médicos de la clínica hablaron con el paciente, el cual refirió “*no querer intubación orotraqueal y no desear máscara de VMNI*”, por lo cual le explicaron que de no continuar con este manejo el desarrollo de su enfermedad tendría una alta probabilidad de muerte (hecho probado 7.1.26.).

Así, quedó acreditado que el 14 de agosto de 2010 un médico de la clínica examinó al señor García Ospina y lo encontró con un compromiso múltiple gastrointestinal asociado a peritonitis terciaria y en muy malas condiciones generales. Ese día el galeno señaló que el paciente había tenido una respuesta pobre a las múltiples terapias que le habían realizado y que su pronóstico empeoraría porque había pedido no realizarle procedimientos invasivos (hecho probado 7.1.27.).

Luego, el 17 de agosto de 2010, un médico de la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana examinó al señor García Ospina y lo encontró en estado avanzado de enfermedad con un foco de contaminación abdominal no controlable. Ese mismo día el galeno decidió desmontar las infusiones y suministrarle morfina IV, con el fin de trasladarlo a hospitalización en compañía de su familia (hecho probado 7.1.28.).

Finalmente quedó probado que el 19 de agosto de 2010 falleció Rubén Antonio García Ospina por insuficiencia respiratoria aguda (hecho probado 7.1.29.).



Ahora bien, los demandantes consideran que el INPEC es patrimonialmente responsables por la muerte de Rubén Antonio García Ospina, puesto que, a su juicio, ella se produjo *“por falta de tratamiento médico oportuno”*.

En este sentido, es menester poner de presente que la Ley 65 de 1993 estableció, entre otros, los deberes del Estado de garantizar a las personas privadas de la libertad el acceso a todos los servicios del sistema general de salud, la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento adecuado de todas las patologías físicas o mentales y la existencia de una unidad de atención primaria y de atención inicial de urgencias en salud penitenciaria y carcelaria.

En efecto, el artículo 104 de dicha normativa señala que *“en cada establecimiento se organizará un servicio de sanidad para velar por la salud de los internos... Los servicios de sanidad y salud podrán prestarse directamente a través del personal de planta o mediante contratos que se celebren con entidades públicas o privadas”*.

Además, en sentencia T-825 de 2010 la Corte Constitucional precisó que el derecho a la salud de quienes se encuentran cumpliendo pena de prisión comporta, entre otros, el deber del Estado de brindar atención integral y oportuna a las necesidades médicas del interno.

En el caso *sub examine* está acreditado que los días 2 de junio de 2010, 2 de julio de 2010 y 7 de julio de 2010 Rubén Antonio García Ospina ingresó al servicio de urgencias del establecimiento del Centro Penitenciario y Carcelario de Bellavista refiriendo distintas afecciones de salud y en cada una de dichas oportunidades fue atendido por médicos de la EPS CAPRECOM, los cuales le formularon distintos medicamentos e inclusive la práctica de un cuadro hemático, prueba de orina y de un “IC” en la EPS COOMEVA (hechos probados 7.1.2., 7.1.4. y 7.1.5.).

Asimismo, se probó que a partir del 14 de julio de 2010 el recluso comenzó a ser atendido por médicos que no prestaban sus servicios dentro del penal y se le realizaron múltiples exámenes que dieron cuenta de su delicado estado de salud y de la grave enfermedad que padecía.



Tan es así, que el 14 de julio de 2010 fue atendido en la Unidad Básica de Atención de la EPS COOMEVA, en la cual un médico le diagnosticó deshidratación marcada, diarrea, gastroenteritis de presunto origen infeccioso, infección de vías urinarias y síntomas y signos que involucraban la función cognitiva (hecho probado 7.1.8.) y desde el 18 de julio de 2010 hasta el 19 de agosto siguiente, permaneció hospitalizado en la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana, donde fue atendido por una multiplicidad de infecciones ocasionadas porque padecía de VIH (hechos probados 7.1.10. a 7.1.28.).

En suma, se evidencia que a Rubén Antonio García Ospina se le prestó atención médica oportuna y se le brindaron tratamientos médicos de cara a las necesidades que se fueron conociendo en cada uno de los estadios de su enfermedad.

Y a pesar de que no existe una prueba que dé cuenta que su muerte se produjo porque padecía de VIH, lo cierto es que todo indica que este virus fue el que ocasionó el fatídico desenlace en su salud, pues quedó probado que desde el 18 de julio de 2010 se diagnosticó que lo portaba y, además, se acreditó que el recluso tuvo “*infecciones múltiples*”. Este diagnóstico se acompaña con la definición que la Organización Mundial de la Salud ha dado a este virus, en la cual señala que es aquel que “*infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente ‘inmunodeficiencia’*”⁸⁷. Además, es ampliamente conocido que el VIH es una enfermedad mortal que causa el deterioro progresivo del estado de salud⁸⁸, tal y como aconteció al señor García Ospina en el presente caso.

De hecho, la Sala considera que ésta conclusión es acertada pues el señor García Ospina no solo fue diagnosticado como portador de dicho virus sino que presentó múltiples infecciones que terminaron deteriorando su salud hasta el punto de llegar a su deceso. Tan es así que quedó acreditado que el 14 de julio de 2010 un médico le diagnosticó gastroenteritis de presunto origen infeccioso e infección de vías urinarias (hecho probado 7.1.8.), el 18 de julio de 2010 otro galeno le diagnosticó “*infecciones múltiples*” (hecho probado 7.1.10.), el 25 de julio de 2010 se le

⁸⁷ Disponible en: http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/.

⁸⁸ Cfr. Corte Constitucional. Sentencia T-948 de 2008.



diagnosticó peritonitis aguda (hecho probado 7.1.16.), el 26 de julio de 2010 un médico dictaminó que tenía *“infección intraabdominal de alto riesgo... inmunocomprometido... con disfunción de órganos pulmonar, cardiovascular y hematológico... infección intrabdominal severa no controlada... [y] disfunción multiorgánica”* (hecho probado 7.1.17.); y el 17 de agosto de 2010, un médico de la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana lo encontró en estado avanzado de enfermedad con un foco de contaminación abdominal no controlable (hecho probado 7.1.28.).

Dicho de otro modo, Rubén Antonio García Ospina falleció porque era portador de VIH en un estadio avanzado y el INPEC le brindó atención médica oportuna de cara a las necesidades que los médicos de la institución conocían. Esta misma razón es el motivo por el cual no es dable aplicar un régimen objetivo de responsabilidad en el presente caso, pues si bien existe una relación especial de sujeción del Estado frente a los reclusos, el interno falleció por una razón ajena al servicio que se prestó en la cárcel, pues devino de una enfermedad mortal que de forma agresiva desmejoró su salud hasta ocasionarle la muerte.

Y aunque el libelo introductorio señala que la muerte del recluso es atribuible al INPEC *“por falta de tratamiento médico oportuno”*, pues *“muchas veces ni lo atendían ni lo bajaban hasta sanidad”*, lo cierto es que ello no fue acreditado y se probó que este establecimiento desconocía que padecía esta enfermedad, pues no obra ninguna prueba que dé cuenta de ello. Además, lo que sí está probado es que una vez se confirmó este diagnóstico se le brindó toda la atención médica necesaria al punto que el 13 de agosto de 2010 un médico de la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana examinó a Rubén Antonio García Ospina y señaló que ya *“no e[ra] posible ofrecer nuevos manejos quirúrgicos a su patología [...]”*.

En este orden de ideas, se evidencia que no existe prueba que permita acreditar que la muerte del señor García Ospina fuera imputable a la entidad demandada y, por el contrario, lo que se observa es que ella fue la consecuencia del carácter agresivo de la enfermedad que este padecía, que afectó gravemente su sistema inmunológico.



Por lo demás, tampoco es procedente examinar la responsabilidad patrimonial del INPEC por la pérdida de la oportunidad que pudo haber tenido el recluso de mejorar su salud o prolongar su vida más allá de la fecha de su muerte, pues i) dicha petición no fue objeto de las pretensiones de la demanda y ii) en todo caso, aunque lo hubiera sido, se evidencia que no existe prueba respecto de la existencia de una expectativa legítima que se habría alcanzado con determinado diagnóstico o tratamiento y que diera lugar a una indemnización, comoquiera que no se acreditó que la realización de algún examen o procedimiento médico hubiera podido prolongar la vida del paciente o mejorar su salud, quien, según se acreditó, tenía *“infecciones múltiples”, “infección intraabdominal de alto riesgo... inmunocomprometido... con disfunción de órganos pulmonar, cardiovascular y hematológico... infección intrabdominal severa no controlada... [y] disfunción multiorgánica”*. En otras palabras, no es posible examinar la responsabilidad patrimonial del INPEC frente a un eventual daño por la pérdida de la oportunidad del recluso de prolongar su vida o mejorar su salud, porque no hay prueba de aquel. Por ello, ante la ausencia evidente de uno de los elementos de este daño, como lo es su certeza, no hay lugar a analizar los demás elementos de la responsabilidad ni conceder una indemnización a los demandantes por tal concepto.

En suma, la Sala confirmará la sentencia del 27 de noviembre de 2015, proferida por el Tribunal Administrativo de Antioquia, que negó las pretensiones de la demanda, al constar que no existe prueba que permita endilgar el daño antijurídico a la entidad demandada.

8. Condena en costas

No hay lugar a la imposición de costas, debido a que no se evidencia una actuación temeraria de alguna de las partes, condición exigida por el artículo 55 de la Ley 446 de 1998 para que ésta proceda.

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



Radicado: 05001233100020120018201 (57296)
Demandante: María Alejandra Borraez Jaramillo y otros

RESUELVE

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia del 27 de noviembre de 2015, proferida por el Tribunal Administrativo de Antioquia, que negó las pretensiones de la demanda, por las razones expuestas en la parte considerativa de esta providencia.

SEGUNDO: Sin condena en costas.

TERCERO: En firme este fallo, **DEVUÉLVASE** el expediente al Tribunal de origen para lo de su cargo.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

NICOLÁS YEPES CORRALES
Presidente de la Sala

GUILLERMO SÁNCHEZ LUQUE
Magistrado
Aclaró voto

JAIME ENRIQUE RODRÍGUEZ NAVAS
Magistrado



Radicado: 05001233100020120018201 (57296)
Demandante: María Alejandra Borraez Jaramillo y otros