

REPUBLICA DE COLOMBIA



Departamento Norte de Santander  
**TRIBUNAL SUPERIOR**  
Distrito Judicial de Cúcuta

**SALA DE DECISIÓN CIVIL FAMILIA**

San José de Cúcuta, Treinta (30) de junio de dos mil veinte (2020).

REFERENCIA: PROCESO VERBAL – RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA.

Radicado 1ª Instancia: 54-001-31-53-007-2016-00205.

Radicado 2ª Instancia 2019-00337-01.

DEMANDANTE: EDWIN ENRIQUE GUTIÉRREZ PARADA, MARÍA ANGÉLICA PARRA ÁLVAREZ, EDWIN FERNANDO GUTIÉRREZ PARRA, AIDAN SANTIAGO GUTIÉRREZ PARRA, JOSÉ OVIDIO PARRA SILVA, LIGIA MARÍA ÁLVAREZ CASADIEGO, FANNY TERESA PARADA MOROS, ELIZABETH PARRA ÁLVAREZ Y LUÍS ENRIQUE GUTIÉRREZ.

DEMANDADO: COOMEVA EPS S.A, CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED S.A.S, CLÍNICA SANTA ANA, DUMIAN MEDICAL S.A.S. y PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS

Magistrado Ponente, doctor BERNARDO ARTURO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ.

La Sala de Decisión Civil Familia, del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cúcuta, integrada por los Magistrados Dres. MANUEL ANTONIO FLECHAS RODRÍGUEZ y ÁNGELA GIOVANNA CARREÑO NAVAS y como Ponente el Dr. PONENTE BERNARDO ARTURO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, en cumplimiento de lo preceptuado en el inciso 3º del artículo 14 del Decreto Legislativo No. 806 de 2020, procede a emitir sentencia escrita mediante la cual se resuelve el **recurso de apelación** incoado por la parte demandante, en contra de la sentencia proferida el primero (1º) de octubre de dos mil diecinueve (2019) por el Juzgado SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO de Cúcuta, dentro del proceso VERBAL-RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA- promovido por el señor EDWIN ENRIQUE GUTIÉRREZ PARADA, MARÍA ANGÉLICA PARRA ÁLVAREZ, EDWIN FERNANDO GUTIÉRREZ PARRA, AIDAN SANTIAGO GUTIÉRREZ PARRA, JOSÉ OVIDIO PARRA SILVA, LIGIA MARÍA ÁLVAREZ CASADIEGO, FANNY TERESA PARADA MOROS, ELIZABETH PARRA ÁLVAREZ y LUÍS ENRIQUE GUTIÉRREZ en contra de COOMEVA EPS S.A., CLÍNICA DE URGENCIAS

LA MERCED S.A.S., CLÍNICA SANTA ANA, DUMIAN MEDICAL S.A.S. y PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS.

## 1. ANTECEDENTES

### 1.1. DEMANDA – PRETENSIONES

1.1.1 Que se condene a los demandados COOMEVA EPS S.A., CLÍNICA DE URGENCIAS LA MERCED S.A.S., CLÍNICA SANTA ANA S.A. y DUMIAN MEDICAL S.A.S, a pagar a los señores EDWIN ENRIQUE GUTIÉRREZ PARADA y MARÍA ANGÉLICA PARRA ÁLVAREZ, quienes obran en nombre propio y en representación de sus menores hijos EDWIN FERNANDO y AIDAN SANTIAGO GUTIÉRREZ PARRA, JOSÉ OVIDIO PARRA SILVA, LIGIA MARÍA ÁLVAREZ CASADIEGO, LUÍS ENRIQUE GUTIÉRREZ, FANNY TERESA PARADA DE GUTIÉRREZ y ELIZABETH PARRA ÁLVAREZ, los efectos derivados de los perjuicios ocasionados como consecuencia de la muerte de su menor hija, hermana, nieta y sobrina ANGIE NATHALIA GUTIÉRREZ PARRA, ocurrida en la ciudad de Cúcuta el día 23 de Agosto de 2014, a causa de la deficiente y negligente atención médica y asistencial brindada por las citadas entidades dentro del marco de circunstancias de tiempo, modo y lugar que da cuenta la presente demanda.

1.1.2 Que como consecuencia de lo anterior, las demandadas COOMEVA EPS S.A., CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED S.A.S., CLÍNICA SANTA ANA S.A. y DUMIAN MEDICAL S.A.S, son responsables de los daños y perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales causados a los Señores EDWIN ENRIQUE GUTIÉRREZ PARADA y MARÍA ANGÉLICA PARRA ÁLVAREZ, quienes obran en nombre propio y en representación de sus menores hijos EDWIN FERNANDO y AIDAN SANTIAGO GUTIÉRREZ PARRA, JOSÉ OVIDIO PARRA SILVA, LIGIA MARÍA ÁLVAREZ CASADIEGO, LUÍS ENRIQUE GUTIÉRREZ, FANNY TERESA PARADA DE GUTIÉRREZ y ELIZABETH PARRA ÁLVAREZ.

### 1.2. LA CAUSA PARA PEDIR SE SINTETIZA ASÍ:

1.2.1 Que la menor ANGIE NATHALIA GUTIÉRREZ PARRA estuvo afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud Régimen Contributivo COOMEVA EPS S.A., en calidad de hija beneficiaria de su señora madre MARÍA ANGÉLICA PARRA ÁLVAREZ.

1.2.2. Que el 17 de agosto de 2014, siendo las 11:32 de la mañana, la menor ANGIE NATHALIA ingresó en compañía de su señora madre a la CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED, por presentar picos febriles desde tres (3) días de anterioridad a la fecha señalada, siendo valorada por el médico de urgencia Doctor JUAN F. CHAUSTRE FLÓREZ, quien ordenó aplicarle una inyección de dipirona para bajar la fiebre y realizarle exámenes de laboratorios consistentes en un cuadro hemático, parcial de orina y revalorar con laboratorios. Así mismo le diagnosticó; (IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA, 1. Síndrome Febril; 2.DHT-Deshidratación Grado II)

1.2.3 Que a las 4:00 de la tarde del mismo 17 de agosto de 2014, la paciente fue valorada en dicha oportunidad por el Doctor HERNÁN ALBARRACÍN, médico de la CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED S.A.S, quien dejó la siguiente constancia: "(CH: Glóbulos Blancos: 3700, Neutrófilos: 78, Linfocitos: 13, HTO: 37, Plaquetas 105000 - Parcial de Orina Normal, F Cardíaca: 82xM, F Respiratoria: 20xM, Temperatura: 37°C, "Paciente estable, consiente, alerta, hidratada, con torniquete negativo mucosa oral húmeda C/P: Normal - Abdomen blando desprendióle, (sic) no masas Neurológico: sin déficit Glasgow 15/15, Diagnóstico: **Dengue sin signos de alarma** (negrilla, subrayado y cursiva fuera del texto original). Se llena ficha epidemiológica, Se da salida y se da orden para cuadro hemático de control mañana..."

1.2.4 Que el día 18 de agosto de 2014 siendo las 12:20 de la tarde, la menor ANGIE NATHALIA GUTIÉRREZ PARRA en compañía de su señora madre ingresó nuevamente a la CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED, en muy malas condiciones de salud, tal como consta en su historia clínica, en donde se indica: "*Paciente ingresa en malas condiciones generales, Madre; refiere madre hace una hora episodio sincopal de más o menos 10 minutos y diaforesis. Posterior recuperación lenta, trae cuadro Hemático de hoy: Leucocitos: 4900, N: 78%, HGB: 15, HTO: 45%, PLT: 45000, Neutrófilos: 78%, Linfocitos: 21%*"

1.2.5 Que la menor ANGIE NATHALIA GUTIÉRREZ PARRA, fue valorada por el Doctor PEDRO ALEJANDRO BARRERA P., médico de urgencia, quien Diagnosticó: "**Paciente con diagnóstico Dengue con signos de alarma y por clasificar gravedad con laboratorios actualmente malas condiciones generales con fuga plasmática e hipotensión, requiere monitoreo continuo. REANIMACIÓN**". (Negrillas fuera de contexto). Profirió las siguientes órdenes médicas: 1. Hospitalizarla, 2. Cuadro hemático, glicemia BUN, creatinina, PT (Tiempo de Protrombina), PTT (Tiempo de Tromboplastina Parcial), bilirrubina total y directa, GOT (Transaminasa), Proteínas Totales y Diferenciadas, Albúmina, Parcial de Orina. - Ecografía Abdominal y RAYOS X de TÓRAX PA y Lateral,

3. Valoración por pediatría y 4. Monitoreo manejo continuo hemodinámico por fuga plasmática.

1.2.6 Que consta en la historia clínica que el 18 de agosto de 2014 la enfermera jefa, ALEJANDRA MELO, llamó telefónicamente en tres (3) oportunidades al médico pediatra sin obtener respuesta alguna, solo hasta la 1:30 de la tarde la jefa MAYRA URBINA recibió llamada del Doctor GERARDO GONZÁLEZ, médico pediatra, quien telefónicamente ordenó bajar líquidos, solución Hartman a 100cc hora por bomba de infusión y continuar monitoreada.

1.2.7 Que ese mismo 18 de agosto de 2014 el médico de urgencias de la CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED, Doctor DIEGO BELTRÁN, dejó constancia de encontrarse pendiente la VALORACIÓN POR PEDIATRÍA y de la ECO ABDOMINAL TOTAL. Igualmente consignó el Resultado de RAYOS X TÓRAX: *"Aumento Difuso de la Trama Broncopulmonar Intersticial"*.

1.2.8 Que mediante oficio CULM 03-003 del 26 de marzo de 2015 el Representante Legal de la CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED S.A.S, en cumplimiento de la orden de tutela impartida por la Juez Tercero Civil Municipal de Mínima Cuantía de Cúcuta, hizo entrega del resultado de RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P Y LATERAL, DECÚBITO LATERAL, OB), de fecha 18 de agosto de 2014 sin hora de realización, elaborado por el Doctor ISMAEL RAMÍREZ con registro médico N° 1823/04, sin firma, donde informa: *"Las estructuras óseas son normales. La tráquea central. La silueta cardio mediastínica es normal para la edad. No se observan lesiones pleuroparenquimatosas. No hay derrame pleural. La proyección lateral no se observa alteraciones. CONCLUSIÓN: ESTUDIO DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES."*. Resultado totalmente diferente a la anotación dejada en la historia clínica por el Doctor DIEGO BELTRÁN el día 18 de agosto de 2014 a pesar de tratarse de la misma RADIOGRAFÍA DE TÓRAX.

1.2.9 Que consta en las NOTAS DE ENFERMERÍA de la historia clínica que a las 6:00 de la tarde del día 18 de agosto de 2014, se encontraba la paciente en sala de reanimación en regulares condiciones, pendiente de tomar ecografía abdominal y de valoración por pediatría, las que nunca fueron atendidas pese a que eran de vital importancia para establecer el estado de salud de la paciente y procedimiento a seguir.

1.2.10 Que por encontrarse la paciente en graves y delicadas condiciones de salud el médico de urgencias de la CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED, Doctor HERNÁN ALBARRACÍN, ordenó remitirla a UCI PEDIÁTRICA de IV Nivel y diagnosticó:

***"Paciente con diagnóstico de dengue con signos de alarma. Paciente con edema en los párpados, no fiebre, oliguria, dolor abdominal"*** (Negrilla y cursiva fuera de contexto).

1.2.11 Que con fundamento en la orden impartida por el médico tratante la Jefe MAYELI CASTRILLO procedió a comunicarse con el CRAUH COOMEVA EPS (Centro Regulador de Atención de Urgencias Hospitalarias) el inicio del proceso de remisión a un centro hospitalario de Tercer Nivel, siendo aceptada en la CLÍNICA SANTA ANA, para lo cual se solicitó orden para ambulancia en UNIMÉDICAS y ante la imposibilidad de conseguirla la CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED, la madre decidió por cuenta propia pagar dicho servicio, el cual se requería con carácter de urgencia vital, contratando a la móvil de la Unidad Básica Libertad -ESE IMSALUD.

1.2.12 Que consta en la historia clínica que el día 19 de agosto de 2014, siendo las 12:50 de la madrugada, la paciente ANGIE NATHALIA GUTIÉRREZ PARRA fue trasladada a la CLÍNICA SANTA ANA, en compañía de la madre y los auxiliares de la ambulancia contratada para tal efecto, dejándose constancia en la historia clínica por el Doctor HERNÁN ALBARRACÍN, médico de urgencias de la CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED, de la remisión de la paciente: ***"Paciente se remite a UCI PEDIÁTRICA (CLÍNICA SANTA ANA) y se va en ambulancia por no disponibilidad de servicio de UCI Pediátrica y de Pediatría"***. (Negrilla y cursiva fuera de contexto).

1.2.13 Que consta en la historia clínica expedida por la CLÍNICA SANTA ANA S.A. que a la 01:08 am del día 19 de agosto de 2014, ingresó la paciente por el servicio de urgencias REMITIDA DE URGENCIAS LA MERCED, en compañía de la madre, dejándose constancia por el médico de turno, Doctor GERSON URIEL PEÑALOZA VERGEL: *"paciente femenina de 5 años de edad con cuadro de 3 días de evolución dado por fiebre, astenia, adinamia, mialgia, artralgias generalizadas, cefalea, lipotimia el día de ayer alteración del estado de conciencia, remitida de urgencias la merced por presentar cuadro de dengue con signos de alarma dados por episodios eméticos, dolor abdominal hepatomegalia, en el momento se encuentra al examen físico paciente con edema de msis grado I, edema palpebral, lesiones petequiales en paladar blando, palidez mucocutanea generalizada, regular estado general, considero tomar paraclínicos de control y revalorar. "Diagnóstico: FIEBRE DEL DENGUE HEMORRÁGICO (A91X) - Impresión diagnóstica, Concepto: ¿DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA Vs DENGUE GRAVE?"*.

1.2.14 Que consta en historia clínica que el Doctor GERSON URIEL PEÑALOZA VERGEL médico tratante, solicitó los siguientes exámenes y valoraciones: 5. S/ RX DE

TÓRAX; 6. S/ ECOGRAFÍA ABDOMINAL TOTAL; 7. S/VALORACIÓN POR UCIP;  
8. S/VALORACIÓN POR PEDIATRÍA.

1.2.15 Que consta en la historia clínica que hasta las 02:17 de la madrugada, (una hora después de haber ingresado a la CLÍNICA SANTA ANA S.A.), se llamó telefónicamente al médico pediatra, Doctor JOSÉ ANTONIO ROLÓN MANTILLA, para comentarle el caso clínico, quien en forma verbal dio las siguientes órdenes médicas: 1. OBSERVACIÓN; 2. LACTATO RINGER ADM 400 CC PARA 1 HORA, CONTINUAR CON CC/HORA POR 2 HORAS; 3. S/ TOMA DE PARACLÍNICOS y 4. RESERVA DE 2 UNIDADES DE PLAQUETAS y las 3:00 de la mañana, la paciente fue llevada en silla de ruedas a la toma de RX DE TÓRAX.

1.2.16 Que consta en la historia clínica que solo hasta las 5:20 de la mañana, fue posible que la paciente fuera valorada por el médico pediatra Doctor JOSÉ ANTONIO ROLÓN MANTILLA, quien ordenó hospitalizar a la menor y diagnosticó: FIEBRE DEL DENGUE HEMORRÁGICO.

1.2.17 Que consta en notas de enfermería de fecha 19 de agosto de 2014 que a las 06:58 de la mañana, la paciente se encontraba en muy malas condiciones de salud. *“7:00 queda paciente menor de edad en la unidad tranquila, alerta, en muy mal estado de salud, con diaforesis, con buen patrón respiratorio, con edema generalizado, con abdomen globoso, con palidez generalizado, con líquidos endovenosos, monitorizada, nada vía oral, en compañía de familiar, paso regular estado de salud durante la noche. Diuresis (-) deposición (+); 1. p/tomar eco-abdominal; 2.p/valorar rx de tórax; 3. p/tomar uroanálisis; 4. p/remisión a ucip; 5. manejo por pediatría; 6. valorar laboratorios.”*

1.2.18 Que consta en la historia clínica que a las 7:30 de la mañana, se trasladó la paciente para estudio de ECOGRAFÍA ABDOMINAL TOTAL, procedimiento este realizado por el Doctor WILLIAM FUENTES TORRADO, médico radiólogo e imágenes diagnósticas, conociéndose su resultado hasta las 12:00 del mediodía donde consta: *“ecografía abdominal total derrame pleural bilateral; hígado con aumento leve de tamaño, pero con eco estructura normal; vesícula biliar distendida sin alteraciones páncreas sin alteraciones; bazo con aumento leve de su tamaño, pero con eco estructura normal; riñones bien situados con tamaño y eco estructura normal aorta abdominal de calibre normal; abundante liquido libre en cavidad abdominal sin signos de irritación peritoneal a correlacional con ascitis vejiga vacía no valorable; interpretación: anormal: ver descripción”*.

1.2.19 Que a las 8:15 de la mañana, la paciente es valorada por el médico pediatra Doctor FÉLIX MARTÍN BERMÚDEZ SANTAELLA, quien modificó órdenes médicas y ordenó manejo URGENTE POR UCI PEDIÁTRICA, tal como consta en su historia clínica: *“Diagnóstico fiebre del dengue hemorrágico. Concepto: encuentro paciente en regular estado general, febril, leve deshidratación, con leve dificultad respiratoria, regular entrada de aire bilateral, corazón rítmico no soplos; abd distendido; dolor generalizado; ascitis+; consciente alerta, orientada. Cuadro compatible con dengue hemorrágico grave. Requiere manejo urgente en UCIP. Destino: UCI intensiva pediátrica”.*

1.2.20 Que el 19 de agosto de 2014 a las 9:18 de la mañana, en compañía de sus padres ingresó la paciente a la UCI DUMIAN MEDICAL habilitada en la CLÍNICA SANTA ANA, en delicado estado general, hipotensa, con signos de dificultad respiratoria, pulsos de baja amplitud, taquicárdica, aspiración gástrica con salida de material sanguinolento en cuncho de café, *"cursando dengue grave en shock hipovolémico, modulado, quien evoluciona estable mantiene adecuada tensión arterial con soporte inotrópico, ventilada con parámetros intermedios, renal conservado"*, tal como consta en historia clínica.

1.2.21 Que en la UCI DUMIAN MEDICAL - CLÍNICA SANTA ANA la paciente estuvo con ventilación mecánica, con esquema de antibiótico, presentando picos febriles, con edema palpebral (sic) y facial, extremidades edematizadas, en críticas y delicadas condiciones de salud, requirió en varias oportunidades transfusión de plasma y plaquetas, pálida, cianótica, presentó derrame pleural masivo, persistió el sangrado cuncho café en vías digestivas, presentó varios paros cardiacos y permaneció con pronóstico reservado a evolución clínica.

1.2.22 Que la paciente requirió VALORACIÓN POR CARDIOLOGÍA, procedimiento en el que se recomendó lento descenso de norepinefrina, ordenó vigilar signos de bajo gasto cardiaco, valorar función cardiaca y toma de ECOCARDIOGRAMA, el que no le fue practicado a la paciente a pesar de su grave y delicado estado.

1.2.23 Que cada día el estado de la paciente se complicaba, permanecía en críticas condiciones de salud (PÁLIDA, CIANÓTICA, MAL PERFUNDIDA, OLIGÚRICA, CON EDEMA PULMONAR, PRESENTÓ MÚLTIPLES PAROS CARDIORRESPIRATORIOS-REQUIRIENDO MANIOBRAS DE REANIMACIÓN) tal como consta en su historia clínica, el pronóstico cada día más grave con riesgo de fallecer por presentar dengue grave con hipoxia, con edema generalizado Grado II, Hemorragia Pleural, sepsis severa y anúrica.

1.2.24 Que consta en la historia clínica que debido al estado crítico la paciente presentó FALLA RENAL AGUDA por OLIGURIA MARCADA PROGRESIVA, circunstancia por la cual requirió DIÁLISIS PERITONEAL y la colocación del Catéter Peritoneal (CATÉTER TENKOFF).

1.2.25 Que consta en la historia clínica expedida por la firma DUMIAN MEDICAL S.A.S que a través de solicitud de servicios diagnósticos o terapéuticos se requirió a COOMEVA EPS solución para diálisis 1.5 y 2.5 y catéter para diálisis peritoneal tenckhoff pediátrico, sin obtener respuesta alguna a tal requerimiento a pesar del carácter urgente, pues dichos elementos eran indispensables para SALVAR LA VIDA DE LA PACIENTE ANGIE NATHALIA GUTIÉRREZ PARRA.

1.2.26 Que consta en la historia clínica que en la UCI DUMIAN MEDICAL no se le realizó a la menor la DIÁLISIS PERITONEAL, por cuanto no fue posible encontrar en la ciudad de Cúcuta el catéter peritoneal y la solución dializante del 2.5 para DIÁLISIS PERITONEAL, ni NEFRÓLOGO PEDIATRA para realizar dicho procedimiento.

1.2.27 Que por requerir la paciente DIÁLISIS PERITONEAL el médico pediatra tomó la decisión de remitir URGENTE a la menor ANGIE NATHALIA GUTIÉRREZ PARRA a una institución del IV NIVEL, para manejo por NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA, como medida salvadora por la imposibilidad de realizar diálisis peritoneal en la ciudad y su traslado debía hacerse en ambulancia medicalizada, tal como consta en su historia clínica.

1.2.28 Que consta en la historia clínica que el 23 de agosto de 2014, siendo las 9:30 de la noche, fallece ANGIE NATHALIA GUTIÉRREZ PARRA con el siguiente diagnóstico: FIEBRE DEL DENGUE HEMORRÁGICO, COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA (SÍNDROME DE DESFIBRINACIÓN); TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR. FIBRILACIÓN Y ALETEO VENTRICULAR, EDEMA PULMONAR, DERRAME PLEURAL EN AFECCIONES CLASIFICADAS EN OTRAS PARTES, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA NO ESPECIFICADA, HEMORRAGIA DE OTROS SITIOS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS, CHOQUE CARDIOGÉNICO Y CHOQUE HIPOVOLÉMICO.

1.2.29 Que la menor ANGIE NATHALIA GUTIÉRREZ PARRA, falleció esperando le practicasen la DIÁLISIS PERITONEAL, procedimiento de vital importancia que se requería para salvar su vida y la REMISIÓN a un Centro de IV NIVEL DE COMPLEJIDAD para la valoración por NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA.

1.2.30 Que la no prestación oportuna del servicio médico y las horas perdidas frente a un caso que requería atención inmediata, conllevó a que cada día se complicara más el estado de salud de la menor ANGIE NATHALIA GUTIÉRREZ PARRA, la cual fue la causa de su muerte.

1.2.31 Que el cirujano pediatra Doctor EDER MATAMOROS CELIS dejó constancia en la historia clínica que la menor fallece por DENGUE y tomó Biopsias de protocolo para análisis de los siguientes órganos: 1. INCISO SUBCOSTAL DERECHA E IZQUIERDA; 2. SE TOMA BIOPSIA DE HÍGADO 2; 3. SE TOMA BIOPSIA DE BAZO 2; 4. SE TOMA BIOPSIA DE RIÑÓN 2.

1.2.32 Que el INSTITUTO NACIONAL DE SALUD hizo entrega de la orden No. 2014082700121 de fecha 30 de Septiembre de 2014, correspondiente al reporte del estudio hepatológico para la patología dengue donde consta: DIAGNÓSTICO: ÓRGANOS VARIOS - AUTOPSIA TINCIÓN (H&E): 1. necrosis hepática zonal parcialmente confluyente de tipo coagulativa y hemorrágica sin proceso inflamatorio asociado, sugestivo de lesión por dengue grave; 2. bazo: cogestión generalizada y plasmocitosis reactiva; 3. riñón: extensos cambios por autólisis que impiden la evaluación morfológica.

1.2.33 Que fue necesario instaurar ACCIÓN DE TUTELA para que la CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED S.A.S., entregara copia de la historia clínica de la menor ANGIE NATHALIA, de manera completa, transcrita, foliada y autenticada, la cual debía contener: ingreso y epicrisis, notas de evolución médica y de enfermería, exámenes de laboratorio, fórmulas médicas y medicamentos aplicados, rayos X y ecografía, nombre completo del personal médico y de enfermería que intervino en la prestación del servicio de urgencias, orden de remisión a la CLÍNICA SANTA ANA S.A, referencias y contra referencias, medio de transporte en que fue remitida a la CLÍNICA SANTA ANA S.A., costo del transporte y demás documentos que hicieran parte de la misma.

### **1.3 LA SÍNTESIS DE LA CRÓNICA PROCESAL**

1.3.1 La demanda fue admitida por providencia el trece (13) de julio de 2016, ordenándose enterar y dar traslado a los demandados.

1.3.2 La CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED S.A.S. Una vez formalizó su ingreso al proceso con la notificación personal del auto admisorio de la demanda, por medio de apoderado judicial debidamente constituido, dio respuesta oportuna al libelo oponiéndose a

las pretensiones, expresó lo que consideró pertinente en relación con los hechos allí invocados y formuló como medio exceptivo la AUSENCIA DE CULPA.

1.3.3 La CLÍNICA SANTA ANA S.A., a través de apoderado judicial, le fue notificado el auto admisorio de la demanda de manera personal, respondiendo el libelo introductorio y, en desarrollo de ello, se opuso al acogimiento de las pretensiones de la demanda. Adicionalmente formuló como excepciones de mérito las siguientes **(i)** CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN Y AUSENCIA DE CULPA y **(ii)** FALTA DE NEXO CAUSAL.

1.3.4 A su turno MEDICAL DUMIAN S.A.S. notificada personalmente del auto admisorio de la demanda, a través de mandatario judicial, contestó la demanda, se resistió a las pretensiones de la misma, expresó lo que consideró pertinente en relación con los hechos allí invocados y propuso las excepciones de mérito de **(i)** INEXISTENCIA OBLIGACIÓN y/o NEXO CAUSAL. **(ii)** CAUSA EXTRAÑA O CASO FORTUITO. **(iii)** FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA. **(iv)** CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN DE MEDIO Y NO DE RESULTADOS. **(v)** DILIGENCIA Y CUIDADO. **(vi)** INEXISTENCIA DE RELACIÓN, CAUSA EFECTO ENTRE LOS ACTOS DE CARÁCTER INSTITUCIONAL Y LOS ACTOS DEL EQUIPO MÉDICO SOBRE LAS COMPLICACIONES DE LA PACIENTE. **(vii)** EXONERACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD POR ESTAR PROBADO QUE EL EQUIPO MÉDICO EMPLEO LA DEBIDA DILIGENCIA Y CUIDADO y **(viii)** INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR POR AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS ESTRUCTURALES DE LA RESPONSABILIDAD.

1.3.5 La entidad COOMEVA EPS, se enteró de la demanda mediante notificación por aviso, sin haber pronunciado sobre el escrito introductorio.

1.3.6 Por auto de fecha 17 de julio de 2017 se admitió la solicitud de llamamiento en garantía presentada por la CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED S.A.S., respecto de la compañía SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., entidad que fue notificada en forma personal y en el término de traslado contestó la demanda, expresando lo que consideró pertinente en relación con los hechos allí invocados y frente a la demanda de llamamiento en garantía propuso las excepciones de mérito de i) COBERTURA, VIGENCIA CONDICIONES, AMPAROS, LÍMITES Y EXCLUSIONES PACTADAS EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CLÍNICAS Y HOSPITALES.

1.3.7 Con providencia del 17 de julio de 2017 se admitió la solicitud de llamamiento en garantía pedida por la CLÍNICA SANTA ANA S.A. Y DUMIAN MEDICAL S.A.S., respecto de la PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, entidad que fue notificada personalmente y quien contestó la demanda de llamamiento presentada pero solo en lo que concierne a la firma DUMIAN MEDICAL S.A.S., formulando los medios exceptivos de fondo (i) DEDUCIBLE y (ii) LÍMITE DE RESPONSABILIDAD RESPECTO DE LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES. Frente a la demanda principal expresó lo que consideró pertinente en relación con los hechos allí invocados, se opuso a las pretensiones y a la estimación razonada de los perjuicios y coadyuvó la excepción de mérito formulada por DUMIAN MEDICAL S.A.S.

1.3.8 La apoderada de la parte demandante recorrió el traslado de las excepciones de mérito formuladas por las partes que conforman el extremo pasivo, oponiéndose a cada una de ellas y manifestando que no estaban llamadas a prosperar.

#### 1.4 SENTENCIA

Una vez agotadas las etapas procesales pertinentes, el Juez de instancia en audiencia celebrada del primero (1º) de octubre del año 2019, procede a emitir el fallo correspondiente, en el que decidió (i) “**NEGAR** las pretensiones que se han propuesto por la parte demandante y que corresponden a EDWIN ENRIQUE GUTIÉRREZ PARADA y otros, en contra de CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED y vinculados” y (ii) “**CONDENAR** en costas a la parte demandante, para lo cual se fijaron agencias en derecho en la suma de (1) S.M.L.M.V. para cada una de las partes demandadas, excluyendo a COOMEVA EPS quien no acudió a la actuación.”. Para decidir lo anterior, consideró, en resumen, que conforme a la historia clínica y demás pruebas aportadas al expediente no se configura con suficiencia, que en las distintas intervenciones médicas a la paciente menor de edad se le hubiese proporcionado diagnósticos errados de la enfermedad del dengue, ni un diagnóstico tardío que hubiese generado tratamientos inoportunos e inadecuados y que sean estos el factor desencadenante de los perjuicios cuya reparación se reclama a las demandadas.

Lo anterior, al abrigo de las consideraciones medulares que seguidamente se sintetizan: (i) Que al haberse alegado por la parte demandante que el daño irrogado tiene su génesis en el diagnóstico errado o tardío de la enfermedad del dengue a la paciente menor de edad, así como una serie de omisiones médicas y administrativas, es claro que le correspondía probar que hubo falta de diligencia o cuidado en la atención de salud, que la cierta ausencia de realización de algunos exámenes y procedimientos, tiene la eficiencia para determinar

responsabilidades en el daño alegado. **(ii)** Que en el dictamen pericial que fue ordenado de oficio por el juzgado y practicado por el Departamento de Pediatría de la UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER (UIS), a través del infectólogo pediatra Dr. LUÍS MIGUEL SOSA ÁVILA y los médicos pediatras FABIÁN ALBERTO RUEDA ZAMBRANO y JORGE LOZANO VÁSQUEZ, docentes vinculados al centro educativo, se precisa que de acuerdo a la guía para la atención clínica integral del paciente con dengue expedida por el INSTITUTO NACIONAL DE SALUD de 2010, la patología aparece en tres etapas: 1. Una febril que va entre los días 2 y 7, en la que hay percepción de síntomas pero con gran dificultad para distinguir la patología del dengue toda vez que su sintomatología se asimila a la de un sin número de virus; 2. Una etapa afebril en la que la enfermedad se vuelve crítica con gran posibilidad de shock, alteración en la presión arterial con compromiso de órganos, así como disminución de plaquetas, siendo impredecible en cuales casos van evolucionar los pacientes con una respuesta favorable y en cuales no y 3. La etapa de convalecencia en la que los líquidos vuelven a ocupar los espacios venosos y justamente se da la recuperación del paciente. **(iii)** Que los peritos conceptuaron que la clasificación por grupos que plantea la guía para la atención clínica integral del paciente con dengue, están determinados para efectos de analizar la estabilidad del paciente, que son: GRUPO A (para pacientes estables- tratamiento ambulatorio), GRUPO B (con compromiso de estado general- hospitalización para una estrecha observación y tratamiento médico) y GRUPO C (con fuga capilar, donde se tiene la sospecha del dengue-tratamiento intensivo urgente). **(iv)** Que conforme al dictamen pericial en el primer ingreso por parte de la niña ANGIE NATALIA a la CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED, que fue el 17 de agosto de 2017, el galeno tratante advirtió como hipótesis la posibilidad de la existencia de un dengue pero sin signos de alarma según el examen clínico y físico que se le hiciera, así como los resultados de laboratorio, ubicando a la paciente en el grupo A. **(v)** Que según concepto de los peritos por el estado clínico de la niña, al no presentar fuga capilar ni afectación del hígado, la realización de rayos X del tórax y del eco abdominal en ese momento no eran procedimientos que estuvieran indicados de acuerdo a la guía del manejo del dengue. **(vi)** Que de la historia CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED se deriva que en la atención médica brindada a la menor el día 18 de agosto del 2014, es que se confirma la existencia de un dengue con signos de alarma –ingresando al grupo B-, que según la guía de atención de la patología los pacientes deben ser hospitalizados para una estrecha observación y tratamiento médico nivel de atención segundo nivel, el que tenía la CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED. **(vii)** Que conformé a la historia CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED, del día 18 de agosto del 2014, la paciente sí fue valorada por pediatría, cuando realmente no fue personal, según se verifica que el jefe de enfermería MARTHA URBINA recibe llamada del doctor GERARDO GONZÁLEZ, médico pediatra,

quién ordena bajar líquido solución Hartman 100 centímetros cúbicos hora, por bomba de infusión y continuar monitoreada. **(viii)** Que es criticable que la CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED no tuviese un pediatra disponible, pero la prueba pericial practicada da cuenta que a la menor se le dio el manejo clínico apropiado por el médico general, al evidenciar hallazgos de dengue con signos de alarma por lo que la presencia del pediatra no iba a cambiar nada y el análisis de si se trataba de un dengue grave o no, correspondía justamente a la evolución que podría presentar la paciente. **(ix)** Que no hay elementos de convicción para pensar que la no comparecencia física de un pediatra en la CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED, hubiese dado al traste con una adecuada *lex-artis* o *praxis* pues de acuerdo al grupo de ubicación del dengue en que se encontraba la paciente se le dio un manejo oportuno y conforme lo plantea los protocolos médicos para esta patología. **(x)** Que los peritos indicaron en la experticia que en la historia clínica no aparece que durante la atención brindada a la paciente en la CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED, se le hubiese suministrado el medicamento DIPIRONA y que en el evento de haberse aplicado no aparecen evidencias que hubiesen precisado aceleración en la dinámica de la enfermedad. **(xi)** Que el resultado de RAYOS X TÓRAX emitido por el Doctor ISMAEL RAMÍREZ, que fue entregado por la CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED a la familia de la paciente mediante derecho de petición, indica como *CONCLUSIÓN: ESTUDIO DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES.*", no produce ningún efecto toda vez que no concuerda con lo consignado en la historia clínica de fecha 18 de agosto de 2014, en el que aparece registrado "*Aumento Difuso de la Trama Broncopulmonar Intersticial*", lo que es preponderante porque guarda relación con el estado clínico de la menor. **(xii)** Que es reprochable que la CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED no haya tenido una ambulancia disponible para el traslado de la paciente a la CLÍNICA SANTA ANA, incumpliendo con una norma administrativa, pero no aparece en el expediente prueba que por esta omisión de la clínica o de la EPS a la que estaba afiliada la menor para no gestionar con rapidez la ambulancia, hubiese tenido unos efectos colaterales en ella. **(xiii)** Que si bien el paso de la pequeña a la CLÍNICA SANTA ANA obedeció al estado clínico que presentó para las horas de la tarde-noche del 18 de agosto del 2014, es decir, por la fuga plasmática, una eventual hepatomegalia, así como otras circunstancias médicas allí registradas, que la ubicaban en el grupo B, igualmente es cierto que acorde a la historia clínica la niña estaba hemodinámicamente estable, estaba monitoreada y se estaban siguiendo los protocolos que señala la guía de atención al dengue, es decir, no habían elementos de convicción para haberla ingresado inmediatamente a la UCI, pese así haberlo considerado el médico tratante de la CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED. **(xiv)** Que los peritos conceptuaron que la niña ingresó a la CLÍNICA SANTA ANA en el grupo B, es decir, en la etapa afebril y el diagnóstico que hizo el médico general no variaría con el que pudo haberle brindado un

pediatra, considerando además que verificada la historia clínica la paciente tuvo un adecuado manejo médico, al habersele suministrado los medicamentos que el caso ameritaba. **(xv)** Que ante el avance de la enfermedad de un dengue grave la paciente pasó a un estado crítico, dinámico, imperceptible, abrupto, ubicándose en el grupo C, por lo que se ordenó la remisión a la UCIP, atención de tercer nivel que se le brindó en la CLÍNICA SANTA ANA. **(xvi)** Que en la experticia se dejó consignado que ante la dinámica de la enfermedad no puede decirse que el tiempo que transcurrió desde el ingreso de la paciente a la CLÍNICA SANTA ANA y finalmente fue ingresada a la UCI PEDIÁTRICA (12:30 am a las 9:18 am del 19 de agosto de 2019) pudo haber tenido efectos negativos en el deterioro de su salud, de tal manera que de haber ingresado casi que directamente hubiese podido obtener una mejoría inmediata. **(xvii)** Que si bien el DR. BERMÚDEZ SANTAELLA realizó modificaciones a las órdenes médicas inicialmente dadas por del DR. ROLÓN, ambos médicos pediatras de la CLÍNICA SANTA ANA, no hay prueba para decir que ello dio al traste con el estado de salud de la niña y que incidió en la demora en el traslado de la UCI, pues verificada la historia clínica no se aprecian que éstas sean distantes, incongruas, irregulares, absurdas como para pensar que una reevaluación de órdenes obedezca a un error médico del anterior galeno, coinciden ambos en decir que la niña necesitaba UCI. **(xviii)** Que de acuerdo a las historias clínicas lo cierto es que cuando la niña ingresa a la CLÍNICA SANTA ANA, ella no estaba en un estado crítico; ese estado se viene a presentar a partir de su estancia en la UCI DUMIAN, allí es cuando empieza a inestabilizarse en grado tal que su salud se degenera rápidamente (presentó varios episodios de paros cardiorrespiratorios, shock hipovolémico y falla renal) y con resultados fatales el 23 de agosto de 2014, recordando que según la guía de la enfermedad los pocos pacientes que llegan a esa estancia tienen una alta probabilidad de morir lo que siempre se advirtió a los familiares según lo dice la historia clínica. **(xix)** Que, conforme a la historia clínica, como de lo indagado a los peritos, el manejo de la paciente en la UCI fue conforme lo enseña la literatura médica, así lo hace ver uno de los pediatras que inclusive señala como una decepción médica que pese a que se le da a un tratamiento agresivo la niña nunca dio respuesta favorable. **(xx)** Que acorde a la historia clínica el 22 de agosto de 2014 a las 9:16 a.m., se dispuso la necesidad de realizar a la paciente diálisis peritoneal para tratar la falla renal y ante la no consecución del catéter peritoneal se decide a las 2:56 p.m. la remisión a cuarto nivel para NEFRO-PEDIATRÍA, planteándose por los médicos de la UCI dos opciones tendientes a salvaguardar la vida de la paciente no obstante al estado crítico con pronóstico altamente reservado. **(xxi)** Que en la historia clínica aparecen relacionadas las solicitudes y respuestas entre la UCI y La EPS COOMEVA C.R.U.E, tendientes a la obtención del catéter peritoneal pediátrico y consecución del centro médico especializado en esta ciudad y en regiones cercanas de acuerdo al sistema de referencia y contra

referencia, sin resultados positivos dada la dificultad en que ninguna de las redes clínicas hospitalarias tenían disponibilidad para prestar estos servicios, no estando nadie obligado a lo imposible. **(xxii)** Que la menor se hubiese salvado de la muerte de habersele realizado el procedimiento del catéter peritoneal pediátrico o el traslado para un centro de NEFRO-PEDIATRÍA, es una hipótesis porque dado el contexto de la enfermedad, la historia clínica, la prueba pericial, la cronología en el estado negativo de la salud de la pequeña, no se tiene en el proceso cómo demostrar que con ese traslado o procedimiento se hubiese evitado lo que finalmente ocurrió -la muerte de la niña-, en un corto tiempo de 12 de horas y la parte que imputa el hecho antijurídico no justifica con suficiencia técnica, que para el caso requiere, que tales omisiones tengan el carácter de causa adecuada de imputación de una responsabilidad en los términos señalados en los artículos 1600 y 2341 del Código Civil y **(xxiii)** Que las omisiones que alega la parte demandante (la no realización de unos exámenes, no trasladar a la pequeña de la primera institución a la UCI, la no atención directa por pediatría o la colocación de un insumo médico para atender falla renal o la remisión de la misma a otro centro médico), desde la teoría de la causalidad adecuada que se precisa de modo amplio y coherente en la sentencia del 26 de septiembre del 2002 de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, expediente 6878, no guardan un nexo de causalidad para convertirse en causa jurídica adecuada, ni con causas para compeler responsabilidad en la parte plural demandada, ya que según esta teoría cuando se trata de asuntos técnicos, como es este, el fundamento de la exigencia del nexo causal entre la conducta y el daño no sólo lo da el sentido común o las reglas de la vida, pues en vista del conocimiento especial que se necesita cobra importancia la dilucidación sobre las reglas técnicas de la ciencia que brinde el proceso no conocidos por el común de las personas.

### **1.5 SÍNTESIS REPAROS APELACIÓN**

Desfavorable como lo fue la sentencia a la parte demandante la apoderada judicial que la representa interpuso recurso de apelación, reclamando la revocatoria de la misma bajo la exposición de los siguientes reparos: **(i)** Que la CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED S.A.S no cumplió con los requisitos establecidos en la Resolución No. 00002003 del 28 de mayo del 2014 expedida por el Ministerio de Salud y Seguridad Social, la cual hace referencia a los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicio de salud y habilitación de servicios de salud, por cuanto la entidad para la fecha de los hechos no contó con un médico pediatra en el servicio urgencia, ni con el servicio de transporte ambulancia, requisitos indispensables que debía cumplir la IPS para la habilitación del servicio. **(ii)** Que en el presente caso existió falla en el servicio médico de las entidades demandadas a causa de la deficiente atención médica y hospitalaria, porque no

fue oportuna ni eficaz, porque los signos y síntomas que presentó la menor ANGIE NATALIA permitían diagnosticar qué se trataba de la enfermedad del dengue, propia de nuestro clima, la cual tratada a tiempo puede controlarse, pero cuando se deja avanzar hasta la fase hemorrágica genera consecuencias fatales como en el presente caso ocurrió y **(iii)** Que la conducta pasiva de las demandadas (descuido, negligencia, falta de atención oportuna, demora y horas pérdidas frente a un caso que ameritaba atención inmediata) excluye la idea de diligencia y cuidado de regularidad y eficaz prestación del servicio público, fue la causa que conllevó, no el paulatino sino acelerado deterioro de la paciente, quien minuto a minuto empeoraba su estado de salud, siendo grave e injustificable que la menor fuera valorada por pediatría solo trece (13) horas después -cuando cursaba un dengue grave- y no haberse estudiado de forma seria, concienzuda y profesional su estado de salud, permitiendo avanzar un dengue sin signos de alarma a un dengue hemorrágico que la llevó a su muerte, vulnerándose el principio de la buena fe artículo 83 de la constitución política y 1603 del Código Civil, el principio el interés general que lleva implícito la prestación de servicios referidos, artículo 1 y 49 de la C.P.

En cumplimiento a lo ordenado en el auto de fecha 8 de junio de 2020, proferido con fundamento en el artículo 14 del Decreto Legislativo No. 806 de 2020 y el cual fue notificado al día siguiente por estado electrónico, la parte apelante dentro del término del traslado concedido sustentó por escrito, en forma amplia y detallada, el recurso de apelación interpuesto contra la sentencia emitida en primera instancia, sustentación que viene con arreglo a lo esbozado en cada uno los reparos que formuló al presentar el recurso. Igualmente, la parte no apelante oportunamente recorrió el traslado del escrito contentivo de la sustentación, lo cual hizo llegar dentro del término concedido.

Considera la Sala aclarar que el escrito de sustentación del recurso fue enviado por la parte apelante el 9 de junio de 2020, a las 4:12 p.m., esto es, fuera del horario laboral que el Consejo Superior de la Judicatura de Norte de Santander fijó por Acuerdo CSJNS2020-120 de 13 de marzo de 2020, desde el 16 de marzo de 2010 hasta el 30 de mayo de 2020, el que adopta como tal el horario de 07:00 a.m. a 3:00 p.m. en jornada continua, el cual fue prorrogado mediante Circular No. 41 de la misma Corporación, hasta tanto se establezca medida diferente y mientras continúen y subsistan las consideraciones de la parte motiva del Acuerdo original, por lo que se tendrá como realmente presentado el día hábil siguiente, esto es, el 10 de junio de 2020. Por lo tanto, como el traslado empezó a correr el 10 de junio de 2020, por cuanto el auto se notificó el día anterior, los cinco (5) días para sustentar el recurso vencía el 17 de junio de 2020, queriendo ello decir que la apelante realizó la sustentación dentro del término de ley.

## **2. ARGUMENTACIÓN**

2.1 Puntual resulta advertir, en principio, que contra la decisión proferida por el juzgado de instancia procede el recurso de apelación, según lo dispuesto en el artículo 321 del Código General del Proceso, en el efecto suspensivo, y amén de ello fue interpuesto dentro de la oportunidad procesal pertinente, por parte legitimada para ello.

2.2 De acuerdo a lo ya referido en esta audiencia, y efectuado el control de legalidad que ordena verificar el artículo 132 del Código General del Proceso, no se observa vicio o irregularidad que pueda invalidar lo actuado, además los presupuestos procesales como elementos indispensables para proferir sentencia de mérito están presentes en este asunto, por lo que se procede a proferir la sentencia que en derecho corresponda, previa advertencia que concretados por el marco argumental formulado en la alzada, en acatamiento del artículo 328 del CGP, se examinará el asunto litigioso, con desarrollo de los precisos puntos cuestionados.

### **2.3 PROBLEMA JURÍDICO A RESOLVER**

Para la Sala de Decisión los reparos que hace la apelante a la sentencia conllevan en forma conjunta a resolver el siguiente problema jurídico: Determinar si existió responsabilidad de las entidades demandadas por la deficiente e irregular atención médica que dio como resultado el fallecimiento de la menor.

### **2.4 PREMISAS JURÍDICAS**

#### **2.4.1 Consideraciones Generales Responsabilidad Civil Médica**

Para dar respuesta al problema jurídico es menester memorar que la responsabilidad civil médica se concibe como aquella que puede generar u ocasionar daño a la vida, a la integridad física y a la salud del paciente, en la aplicación u omisión de cualquier procedimiento terapéutico, quirúrgico o de diagnóstico, que deviene del deber del médico de procurar su sanidad proporcionándole todos los mecanismos curativos de que disponga para ello conforme a la *lex artis*. Respecto de este tipo especial de responsabilidad, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, ha apuntado que supone la prueba de los elementos que la estructuran, como son la culpa, el daño y la relación de causalidad,

tornándose necesario para su declaratoria “...un comportamiento activo o pasivo, violación del deber de asistencia y cuidados propios de la profesión, que el obrar antijurídico sea imputable subjetivamente al médico, a título de dolo o culpa, el daño patrimonial o extrapatrimonial y la relación de causalidad adecuada entre el daño sufrido y el comportamiento médico primeramente señalado”. (Sentencia del 30 de enero de 2001, MP Dr. José Fernando Ramírez Gómez).

La responsabilidad civil derivada de la actividad médica, ha sido tema de estudio de manera reiterada por la Corte Suprema de Justicia, siendo su postura actual la necesidad de establecer la culpa probada como requisito necesario para la prosperidad de la pretensión indemnizatoria, en la medida en que las obligaciones que se asumen frente al paciente en relación con el contrato de servicios médicos no son, en línea de principio, de resultado sino de medio, toda vez, que el profesional de la salud se compromete a proporcionar todos los conocimientos adquiridos en procura de la mejoría o curación del enfermo, sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de éste, de tal manera que sólo podrá ser declarado civilmente responsable y condenado a pagar perjuicios, si se demuestra que incurrió en culpa, por haber abandonado o descuidado al enfermo, o por no haber utilizado diligentemente en su atención, las reglas de protocolo médico que el caso concreto amerite.

En dicho contexto dijo la Corte Suprema que “... por regla general, la responsabilidad del médico no puede configurarse sino en el ámbito de la culpa, entendida no como error en que no hubiere incurrido una persona prudente o diligente en idénticas circunstancias a las del autor del daño, sino más exactamente en razón de su profesión que le impone deberes de conducta específicos más exigentes a la luz de la *lex artis*, mandatos, parámetros o estándares imperantes conforme al estado actual de la ciencia, el conocimiento científico, el desarrollo, las reglas de experiencia y su particular proyección en la salud de las personas (arts. 12, Ley 23 de 1981 y 8° decreto 2280 de 1981), naturalmente "el médico, en el ejercicio de su profesión, está sometido al cumplimiento de una serie de deberes de diversa naturaleza”, incluso éticos componentes de su *lex artis* (cas. civ. sentencia de 31 de marzo de 2003, exp. 6430), respecto de los cuales asume la posición de garante frente a la sociedad y a los usuarios del servicio”. (CSJ -SCC Sentencia 17-11-2011 Expediente 11001-3103-018-1999-00533-01 MP Dr. WILLIAM NAMÉN VARGAS).

Según se desprende de las sentencias de fechas cinco (5) de marzo de 1940 y 17 de noviembre de 2011 de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, entre otras, los asuntos relativos a la responsabilidad médica, señala que se rigen por cuatro

reglas: **La primera** es que cuando una persona acude al servicio médico, ya presenta complicaciones preexistentes o riesgos anteriores para su salud que, desde luego, no son atribuibles al galeno que la atiende. **La segunda** es que, en vista de lo anterior, las obligaciones del médico son de medio, es decir, que en línea de principio su compromiso no es lograr un resultado determinado, sino que su obligación se circunscribe a poner todo su conocimiento, su experiencia, y su experticia en la tarea de mejorar la salud del paciente. **La tercera**, es que existen tratamientos e intervenciones que tienen, per se, riesgos inherentes, de los cuales tampoco es responsable el médico, puesto que al aceptar la intervención, luego de un consentimiento que debe ser debidamente informado, el paciente los asume en virtud de un ejercicio de ponderación propio, en el cual, ante su estado de salud, generalmente prevalece el deseo de ser curado sobre las posibles secuelas del acto médico y **la cuarta**, es que, por lo mismo, se trata de una responsabilidad con culpa probada, esto es, que no se presume la culpa del médico, sino que corresponde al demandante demostrar, de manera concreta, idónea y específica, que el galeno fue imprudente, negligente o descuidado, o sea, desatendió la *lex artis*, definida por la Corte Suprema de Justicia, como los "*mandatos, parámetros o estándares imperantes conforme al estado actual de la ciencia, el conocimiento científico, el desarrollo, las reglas de experiencia y su particular proyección en la salud de las personas (arts. 12, Ley 23 de 1981 y 8º Decreto 2280 de 1981)*"<sup>1</sup>.

#### **2.4.2 Consideraciones sobre la prueba en las acciones de Responsabilidad Civil Médica:**

En relación con la prueba en materia de responsabilidad médica, se sigue la regla general de la carga de la prueba, que se traduce en que quien alegue la culpa tiene la carga de su demostración, sin perjuicio, claro está, de que eventualmente, atendiendo las particularidades de cada caso, se pueda facilitar a la víctima la demostración de los supuestos de hecho de su pretensión resarcitoria, en aplicación a la denominada carga dinámica, que procura obtener las pruebas necesarias para hallar la verdad de quien le sea más fácil su aportación. En consecuencia, respecto a este tema, sin perjuicio del acatamiento de la carga de la prueba, amén de la flexibilidad que antes se refirió, deviene indispensable, para efecto de la imputación de la responsabilidad reclamada, la demostración de que el profesional actuó con culpa en cualquiera de sus modalidades o formas típicas: impericia, negligencia, imprudencia o infringiendo las reglas que regulan el funcionamiento de la misma, de la llamada *lex artis* o *lex artis ad-hoc*.

---

<sup>1</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia de 17 de noviembre de 2011. Exp. No. 11001-3103-018-1999-00533-01.

En cuanto a la pérdida de la oportunidad en el mejoramiento de la salud del paciente, para la Corte Suprema de Justicia, es fuente de responsabilidad civil, en el sentido que “(...) *La pérdida de una oportunidad cierta, real, concreta y existente al instante de la conducta dañosa para obtener una ventaja esperada o evitar una desventaja, constituye daño reparable en el ámbito de la responsabilidad contractual o en la extracontractual, los daños patrimoniales, extrapatrimoniales o a la persona en su integridad psicofísica o en los bienes de la personalidad por concernir a la destrucción de un interés tutelado por el ordenamiento jurídico, consistente en la oportunidad seria, verídica, legítima y de razonable probabilidad de concreción ulterior de no presentarse la conducta dañina, causa de su extinción.* Y considera como elementos esenciales que deben demostrarse para su configuración, (i) que haya certeza acerca de la existencia de una oportunidad legítima, que sea seria, verídica, real y actual; (ii) imposibilidad concluyente de obtener el provecho o evitar el detrimento y (iii) que la víctima se encontrara en una situación fáctica y jurídicamente idónea para obtener el resultado esperado<sup>2</sup>.

#### **2.4.3 Consideraciones Generales Responsabilidad Civil Médica a los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud.**

Para la Corte el vínculo jurídico que surge entre los usuarios y el sistema de salud entraña una relación **especial de origen legal y reglamentario**, sin embargo, respecto del incumplimiento a las obligaciones contenidas en un contrato de prestación de servicios de salud, se ha concretado que “*La responsabilidad de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), es contractual o extracontractual. Con relación al afiliado o usuario, la afiliación, para estos efectos, materializa un contrato, y por tanto, en línea de principio, la responsabilidad es contractual, naturaleza expresamente prevista en los artículos 183 de la Ley 100 de 1983 que prohíbe a las EPS “en forma unilateral, terminar la relación contractual con sus afiliados”, y los artículos 16 y 17 del Decreto 1485 de 1994, relativos a los “contratos de afiliación para la prestación del Plan Obligatorio de Salud que suscriban las Entidades Promotoras de Salud con sus afiliados” y los planes complementarios. Contrario sensu, la responsabilidad en que pueden incurrir las Entidades Promotoras de Salud (EPS) respecto de terceros perjudicados por los daños al afiliado o usuario con ocasión de la prestación de los servicios médicos del plan obligatorio de salud, es extracontractual.* (Resalta el Despacho)<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. M.P: William Namén Vargas. Bogotá, 9 de septiembre de 2010. Expediente No. 17042-3103-001-2005- 00103-01.

<sup>3</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil, sentencia del 17 de noviembre de 2011. Exp. 1999- 533 M.P. William Namén Vargas.

En materia de la prestación de servicios de salud, vale destacar que uno de los atributos fundamentales del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), es la calidad de la atención integral en salud que se brinda a la población, la cual involucra aspectos tales como: **a) Accesibilidad:** posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema general de seguridad social. **b) Oportunidad:** posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. **c) Seguridad:** conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probadas, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. **d) Pertinencia:** grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales, y **e) Continuidad:** grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

De lo anterior es posible sostener que la atribución de un daño a las Empresas Prestadoras de los Servicios de Salud, se surte siempre que estemos en presencia de un elemento de imputación a función de organizar y garantizar, de manera directa o indirecta, la prestación de los servicios de salud a los ciudadanos, de suerte que, los daños que sufran quienes acceden a dichos servicios que le sean imputables a éstas deberán ser reparados, siempre que se logre probar que el perjuicio se produjo por desatender las obligaciones impuestas en la ley. Así lo tiene dicho la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia: “...*la prestación de los servicios de salud garantizados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), no excluye la responsabilidad legal que les corresponde cuando los prestan a través de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) o de profesionales mediante contratos reguladores sólo de su relación jurídica con aquéllas y éstos. Por lo tanto, a no dudarlo, la prestación del servicio de salud deficiente, irregular, inoportuna, lesiva de la calidad exigible y de la lex artis, compromete la responsabilidad civil de las Entidades Prestadoras de Salud y prestándolos mediante contratación con Instituciones Prestadoras de Salud u otros profesionales, son todas solidariamente responsables por los daños causados, especialmente, en caso de muerte o lesiones a la salud de las personas.* (CSJ SCC Sentencia Fecha 17-11-2011- Expediente 11001-3103-018-1999-00533-01-Magistrado ponente WILLIAM NAMÉN VARGAS).

Sin embargo, para la misma jurisprudencia el juicio de imputación del hecho como obra de las instituciones prestadoras del servicio de salud, quedará desvirtuado si se prueba que el daño no se produjo por el quebrantamiento de los deberes legales de actuación de la IPS,

sino a otra razón como por ejemplo a una deficiencia organizativa, administrativa o presupuestal de la EPS; a la conducta de uno o varios agentes particulares por fuera del marco funcional de la IPS; o, en fin, a la intervención jurídicamente relevante de un tercero, de la propia víctima o a un caso fortuito.

Respecto de la atención médica que se da **por varios médicos y especialistas en distintas áreas**, que según la jurisprudencia puedan tener un influjo decisivo en el desenvolvimiento causal del resultado lesivo, por aquellas acciones, omisiones o procesos individuales que hubiese incidido de manera preponderante en el daño sufrido por el usuario y de este modo se atribuya el hecho dañoso a un agente determinado, responderá en forma solidaria con la EPS y la IPS, siempre que confluayan en ellos todos los elementos de la responsabilidad civil. No obstante, en palabras de la Corte “...*el agente médico singular se exonerará del juicio de imputación del hecho como suyo siempre que se demuestre en el proceso que no tenía un deber de cuidado en la atención que brindó al paciente, lo que ocurre, por ejemplo, cuando su intervención no fue jurídicamente relevante o estuvo amparada en una causal de justificación de su conducta; cuando el daño se debió al quebrantamiento de una obligación de acción de la EPS o de la IPS y no a la desatención del deber personal de actuar; o cuando no intervino de ninguna manera ni tenía el deber jurídico de hacerlo*”.

#### **2.4.4 Consideraciones Generales sobre la “*Guía para la atención clínica integral del paciente con dengue*”.**

En lo que al presente asunto respecta, vale recordar que el protocolo que gobierna el actuar en caso de un diagnóstico de dengue está descrito en la “*Guía para la atención clínica integral del paciente con dengue*” elaborada por el Ministerio de la Protección Social, el Instituto Nacional de Salud y la Organización Panamericana de la Salud. De la guía se desprende que es una “*patología infecciosa con mayor impacto*” que se caracteriza porque es dinámica pues puede iniciar con cuadros aparentes que pueden modificarse con el paso de los días y agravarse de manera súbita. Su primera manifestación es la aparición de fiebre que puede asociarse a “*cefalea, dolor retro-ocular, artralgias, mialgias que es el cuadro conocido como dengue sin signos de alarma*”. La fiebre puede durar de 2 a 7 días y asociarse también a eritema faríngeo, dolor abdominal discreto y diarreas, siendo este último un síntoma más frecuente en menores de dos años y adultos.

Indica también la Guía que los síntomas de alarma del dengue son: “*Dolor abdominal intenso y continuo. Vómitos persistentes. Hipotensión postural / lipotimias. Hepatomegalia dolorosa. Hemorragias importantes: Melenas, Hematemesis. Somnolencia o irritabilidad. Disminución de la diuresis. Disminución repentina de la temperatura /Hipotermia.*

*Aumento del hematocrito, asociado a una caída abrupta de plaquetas. Acumulación de líquidos: ascitis, edema, derrame pleural”, cuya presencia implica el tránsito a la Etapa Crítica e “indican el momento en el cual el paciente puede ser salvado si recibe tratamiento con soluciones hidroelectrolíticas en cantidades suficientes para reponer las pérdidas producidas por la extravasación de plasma, a veces agravada por pérdidas al exterior (sudoración, vómitos, diarreas). Igualmente, precisa que en los enfermos de dengue puede existir alguna alteración hepática, generalmente recuperable, y alteraciones miocárdicas, particularmente en adultos, presentándose con menor frecuencia alteraciones renales y neurológicas.*

Por último, ilustra la Guía que los pacientes se catalogan en grupos conforme a la sintomatología, ubicando en el Grupo A o Nivel I de atención, a aquellos con fiebre de 2 a 7 días, pero sin signos de alarma, a quienes se debe brindar atención ambulatoria, debiendo ser valorados cada 48 hora. En el Nivel II o Grupo B se encuentran los pacientes que deben ser hospitalizados por tener síntomas de alarma y los menores de 5 años, debiendo ser monitoreados en balance de líquidos, signos vitales, perfusión periférica, gasto urinario, hematocrito, función de otros órganos (renal, hepática). Y en el Nivel III o Grupo C, aparecen quienes se encuentran en la etapa crítica o de choque, que amerita intervención en UCI, enfatizando el tratamiento del paciente pediátrico en la atención del TERCER NIVEL, indicando que *“El tratamiento está enfocado al manejo del choque mediante resucitación con aporte por vía I.V. de soluciones cristaloides, preferiblemente Lactato de Ringer un bolo de 20 ml/Kg. Este plan de reanimación está diseñado para estabilización del paciente en 8 horas. Re-evaluar la condición del paciente (signos vitales, tiempo de llenado capilar, hematocrito, diuresis, entre otros) y decidir, dependiendo de la situación clínica, si el paciente continúa inestable se pueden administrar hasta 2 bolos de cristaloides o aplicar coloides, si el paciente evidencia mejoría se hace una reducción progresiva de la cantidad de líquidos así: De 5 a 7 mL/Kg/hora por 2 horas y reevaluar, 3 a 5 mL/k/h en las siguientes 4 horas y reevaluar y 2 cc/Kg/h por 2 horas. Si el hematocrito desciende y el paciente mantiene el estado de choque, pensar en que se ha producido una hemorragia, casi siempre digestiva, se indica transfusión de glóbulos rojos. Si con el manejo anterior el paciente no está estable se sugiere iniciar soporte inotrópico por posible disfunción miocárdica y /o miocarditis por dengue. Si el paciente evoluciona satisfactoriamente se debe continuar líquidos de mantenimiento”.*

Señala la guía que el dengue por ser un evento prioritario, las Aseguradoras e Instituciones Prestadoras de Servicios deben garantizar la atención con calidad del paciente con dengue y es su responsabilidad velar por el acceso de la población en riesgo a los servicios de salud.

De esta manera se establece (i) Los pacientes que cumplan con definición de caso de dengue sin signos de alarma pueden ser manejados en **primer nivel de atención**. Se deben tener en cuenta los grupos de riesgo de complicaciones y deben ser remitidos a un segundo nivel de atención. (ii) El paciente que presenta estigmas de sangrado o algún signo de alarma debe ser hospitalizado en **segundo nivel de atención**, y se debe garantizar remisión oportuna y adecuada en caso que se requiera y (iii) El paciente con dengue grave (dengue hemorrágico, compromiso de órganos, choque por dengue) debe ser manejado en **tercer nivel de atención** y se debe garantizar disponibilidad de Unidad de Cuidados Intensivos para el manejo de las complicaciones.

Partiendo del anterior marco conceptual, se adentra la Sala a resolver el problema jurídico planteado.

## 2.5 ANÁLISIS DEL CASO CONCRETO

Debe dejarse atestación que no existe discusión sobre la muerte de la menor, así como tampoco la prestación de los servicios médicos y hospitalarios que le fueron suministrados por las entidades demandadas que conforman el extremo pasivo, que trajo consigo la atribución de responsabilidad médica reclamada por la parte demandante, dada su participación en la causación del daño al haber atendido a la menor-paciente “*coautoría en la producción del perjuicio*”,<sup>4</sup> por causa de la irregular prestación del servicio médico que se les imputa. Cumple recordar que el fallo de primera instancia fue negativo de las pretensiones y en su apelación el demandante aduce, en resumen, que en el presente caso sí existió falla en el servicio médico a causa de la deficiente atención médica y hospitalaria porque no fue oportuna ni eficaz, porque los signos y síntomas que presentó la menor permitían diagnosticar la enfermedad del dengue, propia de nuestro clima, la cual tratada a tiempo puede controlarse, pero cuando se deja avanzar hasta la fase hemorrágica genera consecuencias fatales como en el presente caso ocurrió, así como una serie de omisiones médicas y administrativas, a cuyo examen se limitará la actuación de la Sala, pues este tema en segunda instancia está condicionado a los aspectos alegados por el recurrente, en razón a los límites impuestos al discurso resolutorio de la alzada

En cuanto al tema del acceso del paciente a los servicios de salud, por la doctrina se ha erigido que “... *el análisis de la prueba se enfoca hacia la investigación del acto médico asistencial y al nivel de atención que requiere el paciente acorde: a) al grado de*

---

<sup>4</sup> SANTOS B., Jorge. Responsabilidad civil, tomo I, parte general, 3ª edición, Bogotá DC, Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá y Temis, 2012, p.498.

*complejidad de la patología que presenta, b) a la especialidad médica que requiera el mismo y c) a la urgencia que amerite” (Teoría de Prueba en la Responsabilidad Médica- Alberto León Duque Osorio). En relación al primer evento señala el tratadista que debe hacerse la evaluación de la complejidad del acto médico que comprende “...la gravedad del enfermo sobre quien se ejecuta el acto, la disponibilidad de recursos técnicos y humanos, y la preparación de quien ejerce el acto médico asistencial”. Respecto al nivel de atención que requiere el paciente, señala que siempre estará relacionada con la complejidad patológica del paciente y el nivel de atención que requiere dicha patología, acorde a la urgencia que amerite. Una vez establecidos estos aspectos “...se hace necesario definir si el nivel de atención en salud en el cual está homologada la institución que presta el servicio al paciente, es el nivel de atención en salud que, si efectivamente necesita el paciente, o, por el contrario, es otro nivel superior”.*

Bajo este escenario el papel probatorio juega un papel trascendente dentro del proceso, habida cuenta que permite definir si existe el nexo de causalidad entre el daño y la conducta médica atribuida a las demandadas, por lo que resulta razonable para la Sala mirar cómo se prestó el servicio de salud a la menor conforme a lo que obra en las historias clínicas aportadas como pruebas, que constituyen una base de información necesaria para conocer el diagnóstico, tratamiento, medidas, adiciones y evolución de un paciente (Artículo 34, Ley 23 de 1981), o la figura del peritaje médico, clave para demostrar la mala praxis médica, pues él es el profesional médico independiente y ajeno a los causantes del daño que debe analizar el caso estudiando el historial clínico.

Incursionando en el campo probatorio para efectos de hacer la ponderación en comentario, se observa que en el proceso se recaudaron las siguientes pruebas:

1. **Historias Clínicas.** Debe puntualizarse que la historia clínica por mandato normativo debe consignar de manera cronológica, clara, precisa, fidedigna, completa, expresa y legible todo el cuadro clínico en las distintas fases del acto médico desde su iniciación hasta su culminación, a partir del ingreso del paciente a una institución de salud a su salida, incluso en la rehabilitación, seguimiento y control; contiene el registro de los antecedentes, y el estado de salud del paciente, la anamnesis, el diagnóstico, tratamiento, medicamentos aplicados, la evolución, el seguimiento, control, protocolo quirúrgico, indicación del equipo médico, registro de la anestesia, los estudios complementarios, la ubicación en el centro hospitalario, el personal, las pruebas diagnósticas, etc. De esta manera ostenta una particular relevancia probatoria para valorar los deberes de conducta del médico, la atención médica al paciente, su elaboración en forma es una obligación imperativa del profesional e instituciones prestadoras del servicio, y su omisión u observancia defectuosa,

irregular e incompleta, entraña importantes consecuencias no sólo en el ámbito disciplinario sino en los procesos judiciales, en especial, de responsabilidad civil, por constituir incumplimiento de una obligación legal integrante de la respectiva relación jurídica.<sup>5</sup>

1.1 Historia Clínica atención urgencias brindada a la menor ANGIE NATALIA GUTIÉRREZ PARRA, Clínica Urgencias La Merced, fecha 17 de agosto de 2014, hora 11.32 a.m., con control de evolución médica: Fecha 17-08-2014, hora 4:00 p.m.

1.2 Historia Clínica control de evolución a la menor ANGIE NATALIA GUTIÉRREZ PARRA, Clínica Urgencias La Merced, fecha 18 de agosto de 2014 hora 12:20 a.m., con controles de evoluciones médicas fecha 18 de agosto de 2014 hora 5:30 p.m. y hora 11:30 p.m.

1.3 Historia Clínica atención brindada a la menor ANGIE NATALIA GUTIÉRREZ PARRA, Clínica Santa Ana, fecha 19 de agosto de 2014, hora 01.08 a.m. Motivo Paciente “*Remitida de Urgencias La Merced*”. Notas de evolución de enfermería fecha 19 de agosto de 2014, horas 2:17 a.m., Hora 2:31 a.m., Hora 6:58 a.m. Control de evolución médica – pediatría- fecha 19 de agosto de 2014 hora 5:20 a.m. y hora 8:15 a.m.

1.4 Historia Clínica atención brindada a la menor ANGIE NATALIA GUTIÉRREZ PARRA, Clínica Santa Ana – UCIP-DUMIAN MEDICAL-, fecha 19 de agosto de 2014 hasta el 23 de agosto de 2014.

2. **Dictamen Pericial** que fue ordenado de oficio por el juzgado, practicado por el DR. LUÍS MIGUEL SOSA ÁVILA, médico infectólogo pediatra; DR. FABIÁN ALBERTO RUEDA ZAMBRANO, médico pediatra y DR. JORGE LOZANO VÁSQUEZ, médico pediatra coordinador UCI Hospital Universitario de Santander, docentes vinculados al Departamento de Pediatría de la UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER (UIS). Prueba realizada por especialistas en la materia, basada en la completa revisión de la historia clínica correspondiente a la menor, se aprecia, que es claro, convincente, coherente con la guía de atención integral al dengue y, por ende, se estima eficaz, amén de pertinente y útil, ya que se aviene a los postulados del artículo 232 del CGP, recibió la contradicción legal y no fue objeto de ningún reproche por las partes, adquiriendo entonces plena firmeza su contenido.

3. **Declaraciones Peritos:** Dr. LUÍS MIGUEL SOSA ÁVILA, médico infectólogo pediatra y docente del centro universitario UIS-SANTANDER. También se recaudó declaración del

---

<sup>5</sup> Sent. Cas. Civ. del 17 de noviembre de 2011, M.P. William Namén Vargas

Dr. FABIÁN ALBERTO RUEDA ZAMBRANO, médico pediatra y docente del centro universitario UIS SANTANDER - SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

4. **Declaraciones Médicos:** Dr. LUÍS HERNANDO ALBARRACÍN, médico de la CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED S.A.S. Testimonio de los Dres. JOSÉ ANTONIO ROLÓN MANTILLA y MARTÍN BERMÚDEZ SANTAELLA, pediatras que atendieron a la menor en la CLÍNICA SANTA ANA. Es preciso señalar que esos testigos se consideran técnicos, por esa atención directa a la menor, según la ilustración académica que puede consultarse en las obras de los profesores Devis Echandía Hernando.<sup>6</sup> Serrano E, Luis G<sup>7</sup>, Bermúdez M Martín.<sup>8</sup> o Rojas G Miguel E.<sup>9</sup> y en la jurisprudencia reciente de la CSJ (2017)<sup>10</sup>.

Al revisar las precitadas declaraciones, se advierte que estos deponentes pueden catalogarse de responsivos en cuanto los relatos se perciben espontáneos, explicativos de la forma como conocieron los hechos narrados, con respuestas verosímiles en el contexto de lo alegado y circunstanciadas en tiempo, modo y lugar, amén de que provienen de testigos presenciales o directos. Son completos porque refirieron los datos principales de la atención a la paciente y concordantes; esto es, constantes en las explicaciones, así como coherentes entre sí. Por tanto, son válidas y eficaces al cumplir las pautas reconocidas en el artículo 221 del C.G.P.

**Examinada la prueba en su conjunto, tal y como lo disponen los artículos 167 y 176 de nuestro Estatuto de Enjuiciamiento Civil, de su ponderación emerge que tienen fuerza probatoria para concluir:**

#### **1. ATENCIÓN A LA PACIENTE CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED S.A.S.**

Analizadas las circunstancias que rodearon la prestación del servicio médico brindado a la menor en la **CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED S.A.S.**, se anticipa la Sala a decir que no puede calificarse que fue deficiente e inoportuno, pues no hubo (i) la negligencia o impericia en el manejo de los síntomas y signos de alarma del dengue y (ii) la incorrecta aplicación del protocolo de atención al paciente pediátrico que padecía la enfermedad del dengue, como se pasa a explicar.

---

<sup>6</sup> DEVIS E., Hernando. Teoría general de la prueba judicial, tomo segundo, 5ª edición, Bogotá DC, Temis, 2006, p.65.

<sup>7</sup> SERRANO E., Luis G. El régimen probatorio en la responsabilidad médica, 5ª edición, Bogotá DC, Ediciones Doctrina y Ley Ltda., 2012, p.278-281.

<sup>8</sup> BERMÚDEZ M., Martín. Del dictamen judicial al dictamen de parte, 2ª edición, Bogotá DC, Legis SA, 2016, p.110.

<sup>9</sup> ROJAS G., Miguel E. Lecciones de derecho procesal, tomo III, pruebas civiles, ESAJU, Bogotá DC, 2015, p.364.

<sup>10</sup> CSJ. SC9193-2017.

1.1 La historia clínica, que reiterase es la mejor fuente de información para evaluar la calidad de atención brindada a la paciente, revela que el primer ingreso de la menor a urgencias de la CLÍNICA LA MERCED S.A.S., fue el **17 de agosto de 2019, hora 11.32 a.m.**, valorada por el Dr. JUAN F CHAUSTRE FLÓREZ, en la que consigna que se trata de una paciente de cinco (5) años de edad, motivo de consulta “...cuadro de tres días de evolución consistente en picos febriles no cuantificados, el viernes fue diagnosticada como amigdalitis... y desde hoy dolor abdominal y episodios eméticos”, se le práctica examen físico, examen de signos vitales, impresión diagnóstica “1. Síndrome Febril. 2. DHT (Deshidratación) Grado II”, plan diagnóstico y tratamiento: “1. Bolo 500cc de solución salina al 0.00% y luego continuar 40 CC/hora. 2. Acetaminofén 10CC vía oral a hora. 3 Se solicita cuadro hemático y parcial de orina. 4. Revalorar con laboratorios”. Control de Evolución: Fecha 17-08-2014, hora 4:00 p.m., por el DR. HERNÁN ALBARRACÍN, “Reporte CH: Glóbulos Blancos 3700 Neutrófilos 78, Linfocitos 13, HTO 37, Plaquetas 105000, Parcial Orina Normal... Paciente estable, consiente, alerta, hidratada, **con torniquete negativo**, mucosa oral húmeda, C/P: Normal-Abdomen blando depresible, no masas. Neurológico: sin déficit. Glasgow 15/15. **Diagnóstico: Dengue sin signos de alarma. Se llena ficha epidemiológica...**”. Dichas circunstancias fueron ratificadas por el Dr. LUÍS HERNÁN ALBARRACÍN, en la declaración que rindió.

Ahora bien, según el dictamen pericial obrante como prueba, como también la declaración del Dr. LUÍS MIGUEL SOSA ÁVILA, infectólogo pediatra, al analizarse la historia clínica sobre esta primera atención brindada a la menor conceptuaron en forma sintetizada: **(i)** Que de acuerdo a las guías de la patología del dengue el médico general tratante sí advirtió que la paciente se encontraba en etapa febril dándosele un manejo adecuado. **(ii)** Que la paciente no cumplía con criterios para considerar dengue con signos de alarma (las plaquetas no estaban por debajo de 100.000/mm y no había hemoconcentración) por lo que su tratamiento podía manejarse ambulatoriamente. **(iii)** Que la paciente no requería hospitalización por no presentar ninguna de las comorbilidades significativas, como son: hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar, anemia, insuficiencia renal crónica, enfermedad cardiovascular u otra afectación, que establece la guía u otra afectación siendo imposible conocer cómo iba a evolucionar la niña. **(iv)** Que la CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED siendo nivel II, estaba apta para hacer el diagnóstico a la paciente y efectivamente darle manejo ambulatorio. **(v)** Que reposa en la historia clínica que en la primera consulta se le dieron a la paciente órdenes de exámenes acordes al diagnóstico y también advertencias a la madre del paciente signos de alarma, consistentes que en el evento de presentarse debía consultarse inmediatamente al médico y **(vi)** Que conforme a la literatura científica no es posible predecir cual niño se va a complicar y cual

niño no se va a complicar, muy a pesar que durante de 25 años se han hecho investigaciones al respecto, no es posible tener claro que si hay un paciente que tiene estas características este se va a complicar o se va a mejorar, entonces no es fácil decir que este niño se va a salvar o este niño va a fallecer.

Al margen de lo anterior se demuestra que, si bien la sintomatología descrita en la historia clínica podía confundirse con otras enfermedades, el profesional a la hora de atender a la menor advirtió el diagnóstico inicial de un “Dengue sin signos de alarma” y el seguimiento fue el indicado por las guías y protocolos médicos para los pacientes del “Nivel I” o “Grupo A”, esto es, en etapa febril. El examen físico a la paciente fue completo, se le hizo la prueba de torniquete que es obligatoria realizarla en todos los casos probables de dengue, con resultado negativo, se consignó en la historia clínica la totalidad de signos y síntomas que presentaba, se tuvo en observación por el tiempo suficiente, fue examinada y valorada por dos médicos, que sin descartar la probabilidad de dengue se le da salida pero con orden de control de valoración recomendada -cada 48 horas en busca de signos de alarma- con cuadro hemático de control, y “se explican signos de alarma y se dan recomendaciones dieta oral con suero” a los familiares de la paciente. Lo anterior permite a la Sala concluir que desde la primera atención que recibió la menor no hubo falta de sujeción a los protocolos y guías médicas de atención integral del dengue, tampoco puede decirse que hubo error de diagnóstico o tardanza en descubrir la patología que sufría la paciente y que incidió posteriormente en su agravamiento y posterior muerte, por lo que la conducta del personal médico no puede calificarse de negligente y culpable frente al daño.

1.2 Obra constancia en la historia clínica que la menor ANGIE NATALIA GUTIÉRREZ PARRA, fue llevada nuevamente a la **CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED S.A.S.**, para el control de evolución, **el 18 de agosto de 2019, hasta las 12:20 a.m.**, dejándose constancia que la “...Paciente ingresa en malas condiciones generales, madre refiere hace una hora episodio sincopal de más o menos 10 minutos y diaforesis, posterior recuperación lenta, trae cuadro hemático de hoy: Leucocitos 4900. N 78%. HGB 15. HTO 45%. PLT: 45000. Neutrófilos 78%. Linfocitos 21%. Examen Físico: TA 85/45. F Cardíaca 110. F Respiratoria: 26. Temp 36.7. Cuadro Clínico: “leve edema palpebral, mucosa oral seca, C/P (Cardio-Pulmonar). Ruidos Cardíacos Rítmicos: Taticárdicos no soplos. Murmullo vesicular con hipoventilación basal bilateral escasa. Abdomen blando, depresible, dolor a la palpación HCD, no irritación peritoneal. Ext: pulsos filiformes...”. Diagnóstico: “... Dengue con signos de alarma y por clasificar gravedad con laboratorios, actualmente malas condiciones generales con fuga plasmática e hipotensión, requiere monitoreo

continuo. REANIMACIÓN”. Orden Médica: “1. Hospitalizar. 2. LR (Lactato Ringer) en bolo 300cc luego 200cc/hora luego revalorar y ajustar. 3. Acetaminofén 10cc cada 6 horas, si temperatura mayor a 38°C. 4. Solicita Cuadro hemático, glicemia, BUN, creatinina, PT (Tiempo de Protrombina), PTT (Tiempo de Tromboplastina Parcial), bilirrubina total y directa, Got (Transaminasa), GPT (Transaminasa), Proteínas totales y diferenciadas, albumina, parcial de orina, ecografía abdominal y rayos x de tórax PA y lateral. 5. Control estricto de líquidos administrados y líquidos eliminados y gasto urinario. 6. Control de tensión arterial llevar hoja aparte. 7. Valoración por médico de turno. 8. Valoración por pediatría. 9. CSV (Control signos vitales) –AC. 10. Monitoreo continuo manejo hemodinámico por fuga plasmática”. Notas de Enfermería sobre los procedimientos realizados a la paciente y estado de la misma: Hora 1:30 p.m. “La Jefe Mayra Urbina recibe llamada del Dr. Gerardo González médico pediatra quien ordena bajar líquidos, solución Hartman a 100cc hora por bomba de infusión y continuar monitoreada”; 2:00 p.m.; 3:00 p-m; 4:00 p-m y 5:00 p.m.

Milita en el fardo probatorio historia clínica de control de evolución médica a la menor ANGIE NATALIA GUTIÉRREZ PARRA, Clínica Urgencias La Merced, fecha **18 de agosto de 2019, hora 5:30 p.m.** “Paciente ahora con regular aspecto general (RAG), febril, dolor abdominal, no vomito. Tensión Arterial: 100/60. F Cardíaca: 105xMin. F Respiratoria: 20xMin. SPO2 (Saturación): 90%. Temperatura: 37.5°C”. Paraclínicos: “Leucocitos: 5100. HGB: 14,2. HTO: 42%. PLT: 42000. Neutrófilos: 72%. Linfocitos: 20%. Transaminasas TGP TGO: Aumentadas. PTT Y PT: Aumentadas. Albumina: Disminuida. Se mantienen órdenes médicas pendiente valoración por pediatría... Rayos X Tórax-aumento difuso de la trama broncopulmonar intersticial. Pendiente Eco-abdominal total”. Orden Médica. “1. Traslado a cama normal. 2. Ringer lactato a 100CC/hora (5cc/kg/H). 3. Dieta líquida. 4. Acetaminofén 10cc cada 6 horas según fiebre...”. Notas de evolución de enfermería sobre los procedimientos realizados a la paciente y estado de la misma: Hora 6:00 p.m.; Hora 7:00 p.m.; Hora 8:00 p.m.; Hora 9:00 p.m. y Hora 10:00 p.m.

Igualmente reposa historia clínica por control de evolución médica a la menor ANGIE NATALIA GUTIÉRREZ PARRA, Clínica Urgencias La Merced, fecha 18 de agosto de 2019, hora 11:30 p.m. “Paciente con diagnóstico de dengue con signos de alarma. Paciente con edema en los párpados, no fiebre, oliguria, dolor abdominal. Paciente afebril... Tensión Arterial: 94/63. F Cardíaca: 121xMin. PSO2 Saturación: 99% F Respiratoria: 22. Ojos con edema palpebral. C/P: Normal. Abdomen: Hepatomegalia + (positiva). Ext: Normal. Diagnóstico. “**Paciente con signos de alarma**. Pendiente valoración por pediatría, pero no hay en el momento, se remite a UCI PEDIÁTRICA de IV

*NIVEL por condiciones del paciente”. Control de la Evolución: Fecha 19-08-2014, hora 00:50 a.m. “Paciente con Tensión Arterial: 90/60 F Cardíaca: 120xMin. Temperatura: 36,7°C. F Respiratoria: 20xMin. Saturación: 99%. Paciente se remite a UCI PEDIÁTRICA (CLÍNICA SANTA ANA) ...”. Nota de Enfermería “Sale paciente consciente, orientada, se ubica en camilla de traslado... Sale hacia la CLÍNICA SANTA ANA en compañía de familiares y auxiliares de ambulancia”.*

En el dictamen pericial que obra como prueba en el proceso se destaca por los peritos que en la segunda valoración realizada al paciente en la CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED S.A.S., esto es, el 18 de agosto de 2014, corresponde a lo pautado en la guía del dengue para la **“etapa afebril”** y el tratamiento brindado fue eficiente y oportuno, al indicar *“...que se observa que la paciente es llevada a consulta en horas de la tarde en malas condiciones, con signos probables de dengue grave, en ese momento no hay hipotensión presentando otros signos de choque, ... que el dengue es una enfermedad muy dinámica y el enfermo puede agravarse de manera súbita por el cual necesita que el médico realice seguimiento diariamente, lo cual de acuerdo al registro de la historia clínica se hizo adecuadamente en este caso... El manejo que recibió en la segunda consulta fue medicamente adecuado, y con estricto apego a buenas prácticas médicas, con enfoque múltiple y valoración por especialista pediatra”*. A una de las respuestas del cuestionario realizado por el juez de primera instancia, los peritos contestaron que *“Durante la etapa afebril en el que ocurre de forma impredecible condiciones de inestabilidad cardiovascular y afectación de órganos de acuerdo a la fisiopatología del dengue, se hizo una reanimación con LEV que logró estabilizar a la paciente en 5 horas según datos consignados la valoración del 18 de agosto de 2014 ....., donde además se indicó remisión a UCI dadas las condiciones del paciente... durante el tiempo de permanencia en urgencias se mantuvo con estabilidad cardiovascular según datos de presión arterial...”*.

Bajo este trazo, se demuestra que el 18 de agosto de 2014, a la hora de atender a la menor los médicos de acuerdo a la sintomatología que presentaba, no pasaron por alto que la evolución en ese instante configuraba ya un dengue con signos de alarma,<sup>11</sup> realizando el manejo establecido conforme a lo indicado por las guías y protocolos médicos para los pacientes del **“Nivel II” o “Grupo B”**, esto es, ser *“hospitalizados para una estrecha observación y tratamiento médico”*. Los formatos de evolución médica y notas de enfermería que aparecen en la historia clínica acreditan, que desde el inicio le suministraron a la paciente el tratamiento pertinente que establece la guía de atención integral del dengue,

---

<sup>11</sup> Según la guía de atención integral del dengue son los que presentan cualquiera de los siguientes signos de alarma: Dolor abdominal intenso y continuo, vómitos persistentes, diarrea, somnolencia y/o irritabilidad, hipotensión postural, hepatomegalia dolorosa > 2cms, disminución de la diuresis, caída de la temperatura, hemorragias en mucosas, caída abrupta de plaquetas (<100.000) asociada a hemoconcentración.

tales como el mantenimiento de la hidratación, el volumen sanguíneo y estabilidad hemodinámica<sup>12</sup>, hicieron un seguimiento de observancia estricto, es decir, entre "1-4 horas", se le realizaron exámenes de laboratorio previstos en la guía para pacientes del GRUPO B o NIVEL II<sup>13</sup> y se le monitorearon los signos de alarma, que ante el compromiso que evidenciaban ese mismo día **-18-08-2014, hora 11:30 p.m.-**, sin esperar la evolución de las 48 horas que establece la mencionada guía, se tomó la decisión de remitirla a una institución médica de cuarto nivel de complejidad para que recibiera la atención médica especializada debida en caso probable de un dengue grave y garantizar la prestación de la Unidad de Cuidados Intensivos para el manejo de sus complicaciones, al no ofertar la CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED S.A.S., dicho servicio.

Si bien la parte apelante argumenta que la menor no fue atendida por la especialidad de pediatría que fue solicitada por el médico tratante que ingresó a la paciente, obra nota de enfermería en la que certifica que hubo comunicación telefónica del médico pediatra Dr. GERARDO GONZÁLEZ, dando las indicaciones y órdenes médicas a seguir respecto al manejo médico de la paciente. El factor de la no presencia en persona física del pediatra para los peritos que realizaron la experticia que milita como prueba, no es una causa determinante para la mala evolución de la patología de la paciente. Sobre dicho aspecto el Dr. FABIÁN ALBERTO RUEDA ZAMBRANO, médico pediatra y docente del centro universitario UIS SANTANDER - SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS, en su declaración señaló "*...Que un médico general es apto para manejar un paciente con dengue, la interconsulta pediátrica es útil para afinar los datos que tienen que ver con el manejo, por lo que no puede decirse si tiene alguna incidencia o no su concepto, porque la evolución del dengue hacia lo fatal es completamente impredecible, es decir, no se puede decir que a este paciente que lo maneja un pediatra le puede ir mejor a este que no lo maneja un pediatra, no tiene nada que ver, puede valorarlo un especialista con la mejor experticia, pero si ese paciente sigue esa cascada o acontecimiento que lleva al desenlace fatal, eso es completamente impredecible y no tiene ningún tipo de relación con las valoraciones de una u otra especialidad*".

En cuanto al hecho de no habersele realizado el día 18 de agosto de 2019 a la paciente la ECOGRAFÍA ABDOMINAL, que fue ordenada por el Dr. PEDRO ALEJANDRO BARRERA médico adscrito a la CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED S.A.S., se indica

---

<sup>12</sup> Tratamiento en pacientes con signos de alarma. Iniciar reposición de líquidos por vía intravenosa (I.V.) utilizando soluciones cristaloides, como Lactato de Ringer u otra solución, monitorear el estado hemodinámico del paciente permanentemente teniendo en cuenta que el dengue es una enfermedad dinámica, repetir el hematocrito periódicamente (cada 12 a 24 horas).

<sup>13</sup> (cuadro hemático completo con el fin de evaluar leucopenia, trombocitopenia, hemoglobina y hematocrito, transaminasas a LT, a ST, tiempos de coagulación, PT, PTT e IGM dengue y electrocardiograma, pero en pacientes con ritmo cardíaco que en este caso no se presentaba.

en el dictamen pericial, como también expone en su testimonio el perito Dr. FABIÁN ALBERTO RUEDA ZAMBRANO, “... que la historia clínica no refleja que cuando la paciente fue atendida el 17 de agosto de 2019 tuviera complicación respiratoria, no figura ningún deterioro de la oxigenación y no figuran datos como aumento del tamaño hepático o liquido libre en el abdomen que hubiera sugerido la necesidad de los exámenes ECOGRAFÍA ABDOMINAL Y RADIOGRAFÍA DE TÓRAX, que solo hay lugar a ellos cuando se sospecha fuga capilar, que es la complicación que lleva a las complicaciones más graves del dengue, explicó que las actuaciones deben ir acorde al diagnóstico y a la clasificación que se tenga en ese momento del paciente”. También declaró el Dr. FABIÁN ALBERTO RUEDA ZAMBRANO, que para el 18 de agosto del 2014 ya existían hallazgos suficientes para determinar la existencia del dengue, considerando que la ecografía abdominal la ordenó el médico sólo para procurar establecer seguramente hallazgos adicionales que ya había evidenciado o quería refrendar, dadas las complicaciones que conforme a la guía de atención del dengue se pueden presentar tales como el choque. Conclusión que se corrobora con la declaración rendida por el Dr. LUÍS HERNÁN ALBARRACÍN, médico de URGENCIAS CLÍNICA LA MERCED S.A.S., quien atendió a la menor el 18 de agosto de 2014, al haber indicado que la razón de dicho examen correspondía a la necesidad de un mejor manejo de la paciente.

Si bien en la historia clínica de fecha 18 de agosto de 2014, hora 12.20 p.m., se dejó constancia por el médico tratante de la CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED S.A.S., que la paciente presentaba fuga plasmática e hipotensión, el perito Dr. FABIÁN ALBERTO RUEDA ZAMBRANO, en su declaración fue muy claro al manifestar que para ese momento la paciente estaba debidamente monitoreada y canalizada con el manejo de líquidos, por lo que era intrascendente para los efectos de la patología tomar o no la ecografía, en razón a que no le adicionaba nada al tratamiento, no iba a variar el diagnóstico o variar su estado de salud. Bajo tal contexto no encuentra la Sala elementos suficientes que fueren concluir que la no realización de la ECOGRAFÍA ABDOMINAL haya afectado el curso de la evolución de la enfermedad de la menor o hubiese evitado lo que finalmente ocurrió -la muerte de la niña-, al quedar evidenciado que la finalidad de dicho examen era complementar el diagnóstico más no cambiar el protocolo o manejo de la enfermedad.

Por otra parte, el cuestionamiento de la falla del servicio médico que se atribuye por la demora en la atención de la paciente, así como la demora en la remisión hospitalaria pasando en 24 horas de un dengue sin signos de alarma a un dengue hemorrágico, es una afirmación que no tiene respaldo probatorio, pues en la experticia que se realizó como prueba se consigna que “...la paciente presentaba un dengue con signos de alarma y de

*acuerdo a las guías de práctica clínica podía ser manejada en hospitalización general como efectivamente se estaba haciendo, sin embargo, y de acuerdo al criterio clínico del médico de urgencias se hace la anotación de remitir a la UCI de 4 nivel a pesar de que no se trataba estrictamente en ese momento de un caso probable de dengue grave con hemorragia o falla orgánica. Aun así, se nota que hubo intención desde esa fecha de trasladarla a la UCI, lo que se hizo según se anota en la historia clínica efectivamente, lo cual denota una actitud positiva y preventiva y anticipatoria hacia este caso”.*

No obstante, al reproche de que la CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED S.A.S., no contaba con el servicio de ambulancia que requería la paciente para ser trasladada a la CLÍNICA SANTA ANA S.A., en el proceso no existe prueba concluyente que permita afirmar fehacientemente que esta dificultad de tipo administrativo fuera de una envergadura tal que causara agravamiento de las condiciones de salud de la paciente; o que, de no haber sucedido, permitiera concluir que hubiera podido variar el diagnóstico. Tampoco resulta acertado imponer responsabilidad alguna a COOMEVA EPS, por la presunta falla de la disponibilidad de una ambulancia para el traslado de la paciente a IV nivel de complejidad, por cuanto obra constancia en la historia clínica que por parte de la misma se expidió la correspondiente orden de servicio al prestador UNIMEDICAS; cosa distinta es que dicha empresa no hubiese atendido el servicio. Aparte de ello, el transcurso del tiempo entre la orden y traslado efectivo de la paciente, no superó más de dos horas; donde la institución hospitalaria cumplió con sus responsabilidades de prestar a la paciente los servicios que necesitó hasta el momento en que egresó para la entidad receptora – CLÍNICA SANTA ANA- como se reseñó precedentemente.

A partir del análisis del dictamen pericial, los testimonios técnicos y la historia clínica no es posible concluir que los médicos que atendieron a la menor mientras estuvo en la CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED S.A.S., el día 18 de agosto de 2014, desatendieron la lex artis, pues no pasaron por alto los signos de alarma de dengue que la niña manifestó acertando con el diagnóstico, aplicando las guías de protocolo y manejo a la hora de atenderla precisamente para reducir el riesgo de muerte o la ocurrencia de complicaciones derivadas de la enfermedad, brindándole una atención integral desde el mismo momento del ingreso a la institución, con un control estricto de sus síntomas y antes de que entrara en una etapa crítica, dieron oportunamente la orden de ingresarla a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos para garantizar el manejo de las complicaciones, que conforme a la guía de manejo, puede generar el dengue como son: hemorragias masivas, coagulación intravascular diseminada, edema pulmonar no cardiogénico, fallo múltiple de órganos (síndrome de hipoperfusión-reperfusión), alteración hepática, renales y neurológicas.

Del anterior análisis fluye que la paciente fue diagnosticada de manera oportuna y correcta; por tanto, no puede predicarse que la demora y desacierto en el diagnóstico sean los factores desencadenantes del deceso de la paciente, tampoco dicho suceso es factible atribuirlo como una consecuencia de la negligencia, culpa e irresponsabilidad de parte de los médicos adscritos a la CLÍNICA URGENCIAS LA MERCED S.A.S., ni por mala prestación de los servicios por parte de la clínica o errores fatales que afectó el tratamiento de la paciente y constitutivos de culpa por no actuar de conformidad con las pautas establecidas, de donde se sigue que no media nexo causal para endilgar la responsabilidad civil anhelada por la parte demandante.

## 2. ATENCIÓN A LA PACIENTE CLÍNICA SANTA ANA S.A.

En lo que atañe a la prestación del servicio médico brindado a la menor en la **CLÍNICA SANTA ANA S.A.**, se reprocha por la parte actora que la menor ingresó el **19 de agosto de 2019, hora 01.08 a.m.** y pese a su evidente estado de salud solo fue posible de que fuera valorada personalmente por el médico pediatra Dr. JOSÉ ANTONIO ROLÓN MANTILLA a las 5:20 a.m., modificándose posteriormente las órdenes médicas que dio el médico pediatra Dr. FÉLIX MARTÍN BERMÚDEZ SANTAELLA y disponiendo urgente manejo por UCIP. También se duele la parte demandante que pese a su evidente estado de salud de la paciente existió demora injustificada para su ingreso a la UCI Pediátrica.

Bajo tal espectro argumentativo, refulge necesario decir que a partir de la valoración de la historia clínica de la menor se evidencia que hubo integralidad y continuidad en la atención médica por parte del médico pediatra, pues obra nota de enfermería realizada el 19 de agosto de 2014, hora 2:17 a.m., de haberse llamado vía telefónica al Dr. ROLÓN, médico pediatra, a quien se le comentó el caso clínico y dispuso de manera verbal órdenes médicas, entre ellas: “1. Observación. 2. Lactato Ringer ADM 400CC para 1 Hora, continuar con 100 cc/hora por 2 horas. 3. ST toma de paraclínicos. 4. Reserva de 2 Unidades de Plaquetas”. Seguidamente obra otra nota de evolución de enfermería realizada el 19 de agosto de 2014, hora 2:31 a.m., en la cual se consignó: “La jefe ANGÉLICA JÁCOME del bloque B de la CLÍNICA SANTA ANA, refiere que el Dr. ROLÓN la llamó vía telefónica y le dio la orden verbal de realizar remisión a UCIP y traslado inmediato”. Luego nota de evolución médica por pediatría, fecha 19 de agosto de 2014, hora 5:20 a.m., diagnóstico “FIEBRE DEL DENGUE HEMORRÁGICO”, concepto diagnóstico “DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA V/S DENGUE GRAVE”, plan “Hospitalizar - Manejo en UCIP”,

pronóstico: “*Reservado a Evolución*” y destino “*Hospitalización*”. Si bien la valoración del médico pediatra inicialmente fue a través de comunicación telefónica, no puede decirse que hubo demora en la atención de la menor ya que el médico pediatra conociendo la urgencia del caso de un dengue grave evolucionando hacia la forma de hemorrágico, como lo dio a conocer en la declaración que rindió, actuó de manera diligente ordenando el tratamiento adecuado para el estado clínico que presentaba en ese momento (líquidos endovenosos, reserva de plaquetas-exámenes paraclínicos de control), treinta minutos después se volvió a comunicar ordenando la hospitalización y traslado a la UCI; esto es, ubicó a la paciente en el tercer grupo que son aquellos que requieren tratamiento de emergencia y cuidados intensivos.

Con relación al hecho que el Dr. MARTÍN BERMÚDEZ SANTAELLA, médico pediatra que atendió posteriormente a la paciente, hubiese realizado una reevaluación de las órdenes médicas de su pediatra antecesor, en su declaración explicó que ello obedeció a que en ese momento evolucionó la paciente y advirtió el dengue en fase grave, por lo que dispuso proporcionarle solución salinas y la necesidad de pasarla a la UCI, dado que desde su percepción la evolución dinámica de la enfermedad en la menor era regresiva y con tendencia de agravarse, donde el desenlace irremediamente iba a ser fatal.

En punto a este tema obra como prueba el dictamen pericial en donde los peritos emitieron el concepto que “...Desde el ingreso a la CLÍNICA SANTA ANA el 19 de agosto de 2014 a las 1+08 a.m. hasta las 5+20 a.m. sigue el soporte de LEV con el cual se mantiene la estabilidad hemodinámica, aclara que en esta etapa a la evolución hacia el empeoramiento es impredecible. A las 8+15 del 19 de agosto de 2014 se precipita su remisión a UCIP por inestabilidad hemodinámica a pesar de soporte con LEV”. Igualmente el testimonio técnico del DR. FABIÁN ALBERTO RUEDA ZAMBRANO, quien expresó que en la fase febril no es posible reconocer si el paciente va a evolucionar a la curación espontánea o si es el comienzo de un dengue grave con choque o grandes hemorragias, por lo que se torna imposible determinar que el período de tiempo que la menor estuvo en la CLÍNICA SANTA ANA, sin ser ingresada a la UCI-DUMIAN MEDICAL (1:08 am hasta las 9:18 am del 19 de agosto de 2014), fuera determinante para que el estado de salud se hubiese agravado, puesto que la cascada de efectos que ocurre en el dengue desafortunadamente a la luz de los planteamientos que se tiene es impredecible, como lo dice la guía del ministerio del 2010. Completó lo anterior el perito diciendo “...Que el hecho de haberse diagnosticado a la paciente con dengue hemorrágico y no haber ingresado inmediatamente a la paciente al haberse ordenado por el Dr. ROLÓN, médico pediatra de la CLÍNICA SANTA ANA, no tiene incidente en el caso porque durante el lapso de tiempo que se dio la

*orden y se hizo el ingreso a la UCI (2:31am-9:18am del 19 de agosto de 2014), la paciente recibió el soporte con líquido endovenoso que es el manejo para el dengue grave y que si el monitoreo que se hace en una UCI pudo haber evitado que el paciente falleciera, es imposible predecir con el conocimiento actual.... Que el manejo en Colombia y en todas partes del mundo en los pacientes críticos con dengue es imponer líquidos intravenosos, desafortunadamente el dengue no responde a otras medidas de intervención, lo que uno busca escalando en los niveles de atención, es que el paciente se monitorice, básicamente...”.*

Permite decir lo antepuesto que para los peritos la actuación de los médicos que trataron a la paciente en la CLÍNICA SANTA ANA fue con la diligencia exigida por la Lex Artis médica o técnica de la actuación de la profesión, no fueron calificados de negligentes o como mala praxis médica, no infirieron que hubiesen incurrido en yerros de diagnóstico y de tratamiento de acuerdo al protocolo, tampoco observaron errores médicos que contribuyeran al empeoramiento del estado de salud de la paciente -por acciones comisivas u omisivas-, no opinaron que los resultados hubiesen sido diferentes de haber sido tratada la paciente por otros profesionales bajo las mismas circunstancias. Además, conceptuaron que el centro hospitalario por pertenecer al tercer nivel estaba autorizado para brindar la cobertura de atención que requería la menor, que la atención dispensada a la paciente fue eficiente en tanto que fue atendida en forma permanente y periódica por el personal profesional que se requería para enfrentar este tipo de situación y de acuerdo con estándares aceptados para el manejo de los casos de dengue grave en todo el territorio nacional, para evitar que los pacientes lleguen a un estado de choque o la ocurrencia de complicaciones y el riesgo de muerte.

Por lo tanto, en este evento, no aflora tampoco la existencia del nexo causal entre una imprecisa atención médica por los galenos a la patología del dengue que para ese momento presentaba la paciente y su fallecimiento, en razón a que su génesis no puede atribuirse a una atención medica brindada en forma deficiente, imperita y negligente, sino a que el proceso infeccioso había evolucionado de tal modo que el tratamiento brindado pese a ser el adecuado no fue suficiente para lograr la recuperación de su salud.

### **3. ATENCIÓN A LA PACIENTE EN LA UCIP - DUMIAN MEDICAL S.A.S – CLÍNICA SANTA ANA**

En relación con la atención médica brindada a la menor ANGIE NATHALIA GUTIÉRREZ PARRA en la UCIP-DUMIAN MEDICAL habilitada en la CLÍNICA SANTA ANA, se

observa de la historia clínica que cuando ingresó – 19 de agosto de 2014 a las 9:18 a.m.- estaba en la fase grave causado por la evolución propia del tipo del dengue que padecía, donde el tratamiento estuvo enfocado al manejo del dengue en fase de choque ya que la paciente presentó fallas hemodinámicas y otros órganos lo que generó las complicaciones tales como falla renal, falla cardiaca, falla pulmonar y alteración de la coagulación, las que en la guía de manejo de la enfermedad están contempladas como probables consecuencias y presentes en la inmensa mayoría de los enfermos que agravan y fallecen, explicando la guía que la infección que causa el virus resulta en un amplio espectro de presentaciones clínicas, que van desde formas asintomáticas y subclínicas hasta cuadros muy graves con compromiso vascular, afección de órganos y sistemas que se asocian a mortalidad. Es de resaltar que la gravedad del cuadro clínico de la paciente y las complicaciones de las fallas multiorgánicas, se registraron en las evoluciones periódicas que hicieron los diferentes médicos especializados, advirtiéndose siempre que el pronóstico de vida de la menor era muy malo –reservado- en razón a que se preveía un desenlace fatal por el tipo de dengue que presentaba. A pesar que la historia clínica permite ver que la paciente tuvo un monitoreo constante, restablecimiento de líquidos, aplicación de plasma, mantenimiento de la vía aérea, que los médicos hicieron todo lo que estaba a su alcance según lo ordenan los protocolos y guías médicas para esa época, no se pudo lograr la resolución de las diferentes fallas multiorgánicas que presentó y la llevaron a la muerte, conclusión que tiene respaldo en el concepto emitido por los peritos donde al realizar el análisis integral que hicieron a la historia clínica, concluyeron que siempre hubo diligencia en la atención médica brindada a la paciente y pese haber mediado el manejo médico conforme a la guía, la menor no dio respuesta favorable por tratarse de una enfermedad agresiva.

De la lectura a la historia clínica se observa que la evolución de las fallas multiorgánicas de la paciente fue muy rápida, al punto de que pese haberse realizado el esfuerzo médico como administrativo, (a través del proceso de referencia y contra referencia que permite garantizar la facilitación de la prestación de los servicios de salud en forma oportuna y eficaz) no dieron tiempo para que fuera trasladada a una institución de cuarto nivel de complejidad para realizar la diálisis y otros procedimientos médicos que fueron ordenados, lo que explica que el daño no es el resultado de una conducta jurídicamente reprochable en términos culpabilísticos, por cuanto no se produjo por el quebrantamiento de los deberes legales de actuación del equipo médico de la IPS o una deficiencia administrativa de la EPS, sino a la complejidad de la enfermedad de la menor.

No puede pasar por alto la Sala que la guía de manejo del dengue indica que es una enfermedad muy dinámica o rápida, de corta duración (no más de una semana en casi el

90% de los casos), donde su expresión puede modificarse con el paso de los días y puede también agravarse de manera súbita, sumado a como lo declaró el perito Dr. FABIÁN ALBERTO RUEDA ZAMBRANO “... Que las alternativas terapéuticas, así sean de cuarto nivel, son muy limitadas en los pacientes que hacen la cascada de deterioro del dengue, desafortunadamente no se pueden frenar y se escapan del conocimiento actual aquellos factores en que los médicos pudieran actuar para disminuir la velocidad con el que el paciente se deteriore”.

Para la Sala es lamentable el deceso de la niña ANGIE NATHALIA GUTIÉRREZ PARRA, pero acorde con las pruebas que se han analizado en este asunto, tal acontecimiento no puede ser atribuido por deficiencia en la actividad médica desplegada por los médicos al servicio de la UCIP DUMIAN MEDICAL que funciona en la CLÍNICA SANTA ANA, pues como quedó ampliamente demostrado el tipo de dengue hemorrágico que presentó la menor, no se encontraba en circunstancias fácticas que le permitieran obtener el resultado esperado. Dada la delicada condición médica del paciente, no se puede inferir, de manera categórica, la existencia de una oportunidad probable de recuperación, pues desde su ingreso a la institución no presentaba un pronóstico favorable. Para el caso en estudio, ninguno de los medios probatorios aportados al expediente permite concluir que fue inadecuado el servicio asistencial prestado a la niña y fueran determinantes para causar su deceso, ni media prueba sobre certeza acerca de la existencia de una oportunidad legítima, que sea seria, verídica, real y actual, como lo exige la Corte Suprema de Justicia. Agréguese a lo anterior que, en materia médica, es insuficiente el sentido común o reglas de la experiencia, pues tratándose de un tema científico el juez deberá acudir a las pruebas recaudadas, como la peritación, documentos o testimonios técnicos, para esclarecer la cuestión sometida a su escrutinio.

Si bien la carga dinámica de la prueba tiene aplicabilidad, en este evento no lo fue como bien se advierte en el auto de decreto de pruebas. Pesaba entonces sobre los hombros de la parte actora la acreditación que la participación del ente demandado en el hecho, fue la única causa del resultado del fallecimiento de la menor, carga probatoria que incumplió al no haber aportado ningún elemento de convicción para acreditar esa relación de causa a efecto, que debe existir entre el hecho y el daño sin admitirse de manera absoluta la presunción de culpa de los médicos o las personas integrantes de las instituciones.

De esta forma con apoyo legal y jurisprudencial la responsabilidad endilgada al centro hospitalario demandado no fue probada, sumado a que no se encuentra demostrado el nexo causal entre las actuaciones médicas desarrolladas y el deceso de la menor, pues no existe prueba de un error médico o de diagnóstico, por el contrario, se acreditó que le fue brindado

el tratamiento médico adecuado y/o correspondiente respecto de la patología que presentaba la menor, pero dado la gravedad de la enfermedad no fue posible la recuperación de la salud, lo que le generó su fallecimiento. Por lo que se impone sin otros comentarios desechar los reparos que planteó la demandante a la sentencia apelada.

#### **4. PRESTACIÓN SERVICIO A LA PACIENTE POR LA EPS COOMEVA**

Finalmente, precisa la Sala que en el sub lite no existe mérito para calificarse como inoportuna la atención brindada por la EPS COOMEVA a la menor, pues de la historia clínica aportada como prueba al expediente consta que siempre autorizó sin demoras los servicios médicos que requirió la menor, por lo que no se encuentra acreditado que el daño se debió al quebrantamiento de una obligación de acción de la EPS. La imputación jurídica respecto de esta entidad queda sin piso alguno, toda vez que no está demostrado que el perjuicio se produjo por el incumplimiento de las obligaciones a su cargo, verbigracia, una deficiencia organizativa, administrativa o presupuestal.

### **3. CONCLUSIÓN**

Del análisis realizado por la Sala, no se vislumbra motivo válido para reprochar la decisión del Juez A-quo, como lo consideró la apoderada de la parte demandante en la sustentación del recurso de apelación, pues el epílogo probatorio allegado al plenario permite sostener, sin hesitación alguna, que ante la falta de demostración de la culpa en las entidades convocadas no es posible imputarles la responsabilidad por el fallecimiento de la menor y obligarlas a responder por los perjuicios que de dicha situación pudieron generarse, motivo por el cual las pretensiones están llamadas al fracaso y como a idéntica conclusión llegó el Juez de primera instancia, la sentencia apelada deberá confirmarse por estar ajustada a derecho y a la prueba legalmente recaudada, dando de esta forma respuesta al problema jurídico planteado.

Costas en esta instancia a cargo de la parte demandante, acorde con lo previsto en el numeral 3 del art. 365 del CGP., las cuales se liquidarán en forma concentrada por el juez a quo.

En mérito de lo expuesto, la SALA DE DECISIÓN CIVIL FAMILIA del TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CÚCUTA, N. DE S., administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

**RESUELVE**

**PRIMERO: CONFIRMAR** la sentencia apelada de origen y fecha señalados, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

**SEGUNDO: CONDENAR** en costas en esta instancia a la parte demandante, conforme lo dispone el numeral 3, del artículo 365 del Código General del Proceso. Las agencias en derecho de esta instancia se señalarán por auto separado emitido por el Magistrado Ponente, según lo prevé el numeral 3 del art. 366 del CGP y se liquidarán en forma concentrada por el juez *a quo*.

**TERCERO: REMITIR** el expediente al Juzgado de origen, en firme esta sentencia.

**CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

Los Magistrados:



**BERNARDO ARTURO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ**  
Magistrado Ponente



**MANUEL ANTONIO FLECHAS RODRÍGUEZ**  
Magistrado



**ÁNGELA GIOVANNA CARREÑO NAVAS**  
Magistrada

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Departamento Norte de Santander  
**TRIBUNAL SUPERIOR**  
Distrito Judicial de Cúcuta

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CÚCUTA  
SALA CIVIL

San José de Cúcuta, treinta (30) de junio de dos mil veinte (2020).

REF: PROCESO PRIVACIÓN DE LA PATRIA POTESTAD.

Radicado 1ª Inst. 54001-3160-003-2018-00059-01.

Radicado de 2ª Inst. 2019-00207-01.

DEMANDANTE: MARIBEL ECHEVERRY MARTÍNEZ en representación de su menor hija M.G.E., a través de apoderado judicial.

DEMANDADO: GIANCARLO GANDOLFO QUINTERO

En el proceso de la referencia se procede a resolver lo que en derecho corresponda, teniendo en cuenta la constancia secretarial que antecede de fecha el 26 de junio de 2020, en la que se informa:

*“La Doctora GENNI LEONOR GANDOLFO QUINTERO, apoderada judicial del Señor GIANCARLO GANDOLFO QUINTERO, remitió vía correo electrónico, memorial de sustentación del recurso de apelación recibido el día miércoles 17 de junio de 2020 a las 3:47 p. m., quedando fuera del término legal que venció el diecisiete (17) de junio del presente año a las tres de la tarde, de conformidad con el Acuerdo CSJNS20-120 del 13 de marzo de 2020, la Circular No. 041 del 22 de mayo y el Acuerdo CSJNS2020-149 del 16 de junio de la misma anualidad”. (Se resalta).*

*“De: GENNI LEONOR GANDOLFO QUINTERO <prof.ggandolfo@gmail.com>*

*“Enviado: miércoles, 17 de junio de 2020 3:47 p. m.*

*“Para: Despacho 01 Sala Civil Familia Tribunal Superior - N. De Santander - Cúcuta <des01sc□scuc@cendoj.ramajudicial.gov.co>; drcarlosasotop@yahoo.es <drcarlosasotop@yahoo.es>*

*“Asunto: Fwd: Sustentación de recurso de apelación radicado 540013160003201800059*

*“Igualmente le informo que el apoderado judicial de MARIBEL ECHEVERRY MARTÍNEZ, remitió, vía correo electrónico alegatos.*

*De: Carlos Augusto Soto Peñaranda <drcarlosasotop@yahoo.es>*

*“Enviado: martes, 23 de junio de 2020 6:32 p. m.*

*“Para: Despacho 01 Sala Civil Familia Tribunal Superior - N. De Santander - Cúcuta*

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Departamento Norte de Santander  
**TRIBUNAL SUPERIOR**  
Distrito Judicial de Cúcuta

"<des01sc□scuc@cendoj.ramajudicial.gov.co>

"Asunto: RDO DE 2ª INSTANCIA: 2019-00207-01

ANTECEDENTES

La señora Juez TERCERA DE FAMILIA de Cúcuta, en el proceso de la referencia, mediante sentencia de fecha veinticinco (25) de junio de 2019 resolvió lo siguiente:

*"PRIMERO: PRIVAR al señor GIANCARLO GANDOLFO QUINTERO del ejercicio de la PATRIA POTESTAD sobre su hija MELISSA GANDOLFO ECHEVERRY y en consecuencia la patria potestad sobre la citada menor de edad, será ejercida en forma exclusiva por la madre, señora MARIBEL ECHEVERRY MARTÍNEZ, por lo expuesto.*

*"SEGUNDO: INSCRIBIR esta sentencia en el correspondiente registro civil de nacimiento de la niña MELISSA GANDOLFO ECHEVERRY, el cual reposa en la NOTARÍA CUARTA DE CÚCUTA, bajo el serial 36924211. OFICIAR a su titular.*

*"TERCERO: CONFIRMAR como cuota mensual de alimentos a favor de la niña MELISSA GANDOLFO ECHEVERRY y a cargo del señor GIANCARLO GANDOLFO QUINTERO la misma cuota fijada en sentencia del 10 de noviembre de 2008 proferida en este juzgado, actualizada a la fecha, es decir, por \$1.038.722, que deberá entregar a la madre de la niña dentro de los primeros cinco días de cada mes en la cuenta que ésta disponga para ello, de no haber acuerdo al respecto se consignará en la cuenta del señor ÁLVARO ECHEVERRI FACCINI, abuelo materno de la niña.*

*"CUARTO: IMPONER visitas en favor de la niña MELISSA GANDOLFO ECHEVERRY, por parte de su padre, para tal fin ella podrá compartir la mitad de las vacaciones escolares de fin de año con él, previo acuerdo entre los padres, debiendo el señor GIANCARLO GANDOLFO QUINTERO, suministrar los pasajes de venida de la niña hasta Cúcuta y cubriendo la totalidad de los gastos de alojamiento y manutención para ella durante su estadía en este país, el pasaje de regreso a Chile o a donde se encuentra la niña, lo cubrirá la madre.*

*"QUINTO: CONDENAR en costas al demandado y se fijan como agencias en derecho el valor correspondiente a un salario mínimo legal mensual vigente a esta fecha.*

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Departamento Norte de Santander  
**TRIBUNAL SUPERIOR**  
Distrito Judicial de Cúcuta

*“SEXTO: EXPEDIR copia auténtica de la parte resolutive de esta sentencia, previa cancelación del arancel judicial. (...)”.*

Inconforme con dicha decisión, la apoderada judicial del demandado formuló recurso de apelación contra la aludida sentencia, presentando ante la Juez *a quo* los reparos correspondientes.

El recurso de apelación fue concedido en el efecto suspensivo para ante esta Superioridad y llegada la actuación a esta instancia se admitió el recurso, pero debido a las circunstancias relacionadas con el decreto de la Emergencia Social decretada por el Gobierno Nacional, por motivos del COVID-19, los términos del trámite quedaron suspendidos, pero una vez se ordenó su reanudación mediante proveído del ocho (8) de junio de 2020, el cual fue notificado por estado de fecha nueve del citado mes, se ordenó correr traslado a las partes por el término de cinco (5) días a cada una y empezó a correr el mismo para la parte demandada apelante, con el fin de que sustentara el recurso, todo lo anterior acorde a lo dispuesto en el inciso segundo (2º) del artículo 14 del Decreto Legislativo 806 de 2020.

El término concedido en referencia venció el 17 de junio de 2020 a las 3:00 p.m., presentando ante este Tribunal la parte interesada y recurrente la sustentación del recurso, pero de manera extemporánea toda vez que allegó el escrito vía correo electrónico a las 3:47 P.M. como se reseñó anteriormente.

En consecuencia, procede el Magistrado Sustanciador a decidir previas las siguientes,

ARGUMENTACIÓN

Rememórese que con relación a la oportunidad para interponer el recurso de apelación contra una sentencia, es necesario tener en cuenta si la misma fue proferida dentro o fuera de audiencia. En el primer caso, el recurso deberá interponerse en la misma audiencia o dentro de los tres días siguientes a su finalización y, en el segundo caso, deberá interponerse dentro de los tres días siguientes a su notificación (inc. 2º, núm. 3º, art. 322 del CGP) que establece: *“Si el apelante no sustenta en debida forma y de manera oportuna, el juez de primera instancia lo declarará desierto. La misma decisión adoptará cuando no se precisen los reparos a la sentencia apelada, en la forma prevista en este*

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Departamento Norte de Santander  
**TRIBUNAL SUPERIOR**  
Distrito Judicial de Cúcuta

*numeral. El juez de segunda instancia declarará desierto el recurso de apelación contra una sentencia que no hubiere sido sustentado*”. (Se resalta).

La formulación del recurso exige que el apelante precise brevemente (inciso 1°, artículo 324 del CGP) los reparos concretos que se hacen a la decisión el juez de primera instancia, lo cual delimita la competencia del funcionario que resolverá la apelación.

En este sentido la competencia del juez de segunda instancia estará limitada no solo en cuanto al principio de la *non reformatio in pejus*, en virtud del cual no puede agravarse la situación de apelante único, sino además tendrá la limitación que le impone la pretensión impugnativa, en virtud de la cual su decisión solo puede estar orientada a resolver con base en los motivos específicos formulados por el apelante.

La exigencia de formular reparos concretos garantiza el derecho de defensa de la parte no apelante, quien ejercerá su derecho de contradicción con base en los mismos, siendo totalmente injusto que sea sorprendido con una decisión de segunda instancia basada en argumentos que no pudo conocer ni controvertir.

Así mismo, con relación a dichos reparos específicos deberá versar la sustentación del recurso que deberá hacer el apelante ante el Superior, en donde será suficiente expresar las razones de inconformidad con la sentencia apelada, sin que sea posible en dicha oportunidad incluir temas diferentes a los especificados en los reparos hechos a la sentencia (inciso 3°, art. 327 del CGP).

La sustentación del recurso de apelación será en la audiencia de sustentación y fallo que fije para el efecto el juez de segunda instancia (inc. 2°, art. 327 del CGP). Sin embargo, dada la situación presentada por la Emergencia Social y Sanitaria para la prevención, contención y mitigación de los efectos del virus COVID-19, la regulación jurídica del trámite de la apelación tuvo una variación por el Decreto Legislativo N° 806 de 2020, por lo que el recurso de alzada ya no se sustenta oralmente en la audiencia a que se refiere el art. 327 del CGP, sino por escrito dentro de cinco (5) días concedido para dicho fin a la parte recurrente, todo lo cual se dejó explícito en el auto de fecha 8 de junio de 2020.

Ciertamente, el inciso segundo (2°) del artículo 14 del Decreto Legislativo 806 de 2020, establece que “... *Ejecutoriado el auto que admite recurso o el que niega la solicitud de pruebas, el apelante deberá sustentar el recurso a más tardar dentro de los cinco (5) días*

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Departamento Norte de Santander  
**TRIBUNAL SUPERIOR**  
Distrito Judicial de Cúcuta

*siguientes. De la sustentación se correrá traslado a la parte contraria por el término de cinco (5) días. Vencido el término de traslado se proferirá sentencia escrita que se notificará por estado. Si no sustenta oportunamente el recurso, se declarará desierto”, deberá declararse desierto el mismo acorde a los lineamientos de la citada norma.*

Debe tenerse en cuenta que en la apelación de sentencias la interposición del recurso, con la formulación de los reparos concretos y la sustentación del mismo son dos momentos procesales diferentes, que en la práctica han llevado a confusión y, por ende, a que el recurso sea declarado desierto, en ocasiones, como: (i) Cuando formulado el recurso no se especifican los reparos concretos y se deja esta tarea para la audiencia de sustentación y fallo, o (ii) Cuando interpuesto el recurso y formulados los reparos, no se sustenta en la oportunidad legal, por considerarse que en la formulación del mismo ya se han indicado las razones de inconformidad frente a la sentencia apelada.

En el primer caso, esto es, cuando no se precisen los reparos, la declaratoria de desierto del recurso será ordenada por el juez de primera instancia y, en el segundo caso, es decir, cuando pese a precisarse los reparos no se sustentan el recurso, será el juez de segunda instancia quien profiera dicha declaración (inc. final art. 322 del CGP).

De otra parte, pertinente tener en cuenta que mediante acuerdo CSJNS2020-120 de 13 de marzo de 2020 emanado del Consejo Superior de la Judicatura de Norte de Santander, se dispuso temporalmente el cambio de horario de atención a los usuarios desde el 16 de marzo hasta el 30 de mayo de 2020, adoptándose como tal, el horario de 07:00 a.m. a 3:00 p.m. en jornada continua, el cual fue prorrogado mediante Circular No. 41 de la misma Corporación hasta tanto se establezca medida diferente, y mientras continúen y subsistan las consideraciones de la parte motiva del Acuerdo original. “(...) **Por tanto, las actuaciones judiciales que pretendan adelantar los usuarios, deben efectuarse dentro del marco temporal de dicho horario, a efecto de que las mismas no se tornen extemporáneas. (...)**”. (Resaltado a propósito). Dicho acuerdo, por ser un acto administrativo de carácter general, fue debidamente publicado en la página web <https://tribunalsuperiordecucuta.gov.co/> del Tribunal Superior de Cúcuta,<sup>1</sup> habiendo tenido

---

<sup>1</sup> Link's de las publicaciones:

A) Acuerdo CSJNS2020-120 del 13 de marzo de 2020 expedido por el Consejo Seccional de la Judicatura de Norte de Santander. <https://tribunalsuperiordecucuta.gov.co/wp-content/uploads/2020/03/aviso-05.pdf>

B) Circular No. 41 proferida por el Consejo Seccional de la Judicatura de Norte de Santander <https://tribunalsuperiordecucuta.gov.co/wp-content/uploads/2020/05/CIRCULAR-41-Contin%C3%BAa-horario-establecido-de-Atenci%C3%B3n-a-P%C3%BAblico.pdf>

C) Acuerdo CSJNS2020-149 expedido por el Consejo Seccional de la Judicatura de Norte de Santander

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Departamento Norte de Santander  
**TRIBUNAL SUPERIOR**  
Distrito Judicial de Cúcuta

amplia difusión y está aún visible en la página web, razón por la que no existe justificación alguna a efectos de no observar su cumplimiento, aunado a ello la Secretaría del Tribunal mantiene abierto los canales de comunicación, como lo son los correos electrónicos, a efectos de obtenerse cualquier información por parte de los usuarios y litigantes.

Por consiguiente, el recurso de apelación interpuesto por la señora apoderada judicial del demandado, conforme a lo dispuesto en la parte final del inciso segundo (2º) del artículo 14 del Decreto Legislativo 806 de 2020, ha de declararse desierto por haberse presentado extemporáneamente la sustentación, como en efecto se hará.

En mérito de lo expuesto el suscrito Magistrado de la Sala Civil Familia Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cúcuta,

**R E S U E L V E:**

**PRIMERO:** DECLARAR DESIERTO EL RECURSO DE APELACIÓN interpuesto por la señora apoderada de la parte demandada, contra la sentencia del veinticinco (25) de junio de 2019 proferida por la señora JUEZ QUINTA FAMILIA de Cúcuta, acorde a los lineamientos de la parte final del inciso segundo (2º) del artículo 14 del Decreto Legislativo 806 de 2020, por lo motivado *supra*.

**SEGUNDO:** DEVOLVER, una vez en firme el presente auto, la actuación al Juzgado **TERCERO DE FAMILIA** de Cúcuta.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.**

(El presente documento se suscribe de conformidad con lo previsto en el artículo 11 del Decreto Legislativo 491 de 28 de marzo de 2020, por cuya virtud se autoriza la “*firma autógrafa mecánica, digitalizada o escaneada*”, en virtud de la emergencia sanitaria decretada por el Gobierno Nacional).

**BERNARDO ARTURO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ**  
Magistrado