



Tribunal Administrativo del Magdalena  
Despacho 004

Santa Marta, diez (10) de noviembre de dos mil veintiuno (2021)

Magistrada Ponente: Elsa Mireya Reyes Castellanos

|   |   |
|---|---|
| Reparación Directa                        |   |
| Falla Médica                              |   |
| 47001-3333-008-2013-00139-01 <sup>1</sup> |   |
| Demandante                                | William Rafael Orozco Puello, Yamile Altamar Barrios, Gina Paola Orozco Osorio, William Rafael Orozco Osorio, Jeison José Orozco Osorio, Luis Ángel Orozco Altamar, Gladys Puello Sáenz y Rafael Altamar Sierra |
| Demandado                                 | Nación – Policía Nacional   |
| Instancia                                 | Segunda   |

En cumplimiento del fallo de tutela de fecha 23 de septiembre de 2021, proferido por el Consejo de Estado<sup>2</sup> se profiere sentencia de reemplazo<sup>3</sup> en sede de esta instancia en el proceso de la referencia con el fin de atender los argumentos expuestos en su parte motiva que resolvió amparar los derechos fundamentales de la Sociedad Clínica La Milagrosa.

## I. ANTECEDENTES

### 1. Demanda:

Los señores, William Rafael Orozco Puello, Yamile Altamar Barrios, Gina Paola Orozco Osorio, William Rafael Orozco Osorio, Jeison José Orozco Osorio, Luis

<sup>1</sup> El proceso de la referencia correspondió en principio a este Tribunal, con número de radicado 470012331-001-2012-00189-00, posteriormente al Juzgado Tercero Administrativo de Santa Marta, bajo el radicado 47001333300320120007800 y finalmente al Juzgado Primero Administrativo de Descongestión, donde se le asignó el radicado de la referencia.

<sup>2</sup> Consejo de Estado – Sección Primera – CP Roberto Augusto Serrato. Radicado 11001031500020210135501

<sup>3</sup> Mediante sentencia de fecha 22 de mayo de 2019, esta Sala resolvió confirmar la proferida por el Juez de primera instancia en la que accedió parcialmente a las pretensiones de la demanda.

Ángel Orozco Altamar, Gladys Puello Sáenz y Rafael Altamar Sierra, por conducto de apoderado judicial, incoaron demanda en ejercicio de la acción de reparación directa contra la Nación – Policía Nacional, para que se acojan las pretensiones que en el apartado siguiente se precisan:

### 1.1. Pretensiones

Se declare que la demandada es administrativamente responsable por los daños y perjuicios irrogados a los demandantes por la muerte de la menor G.P.O.A.<sup>4</sup> como consecuencia de las omisiones en las que incurrió el personal médico durante la atención que su familiar recibió el Hospital Nuestra Señora del Rosario, lo que constituye una falla en el servicio.

Como consecuencia de la anterior declaración, solicitaron que se condene a las accionadas a pagar perjuicios **discriminados así:**

- Perjuicios Morales:

| Beneficiario                 | Calidad con que comparece | Suma equivalente en s.m.l.m.v. |
|------------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| William Rafael Orozco Puello | Padre                     | 3.000                          |
| Yamile Altamar Barrios       | Madre                     | 3.000                          |
| Luis Ángel Orozco Altamar    | Hermano                   | 500                            |
| William Rafael Orozco Osorio |                           | 500                            |
| Gina Paola Orozco Osorio     |                           | 500                            |
| Jeison José Orozco Osorio    |                           | 500                            |
| Gladys Puello Sáenz          | Abuela paterna            | 500                            |
| Rafael Altamar Sierra        | Abuelo materno            | 500                            |

- Daño a la salud

| Beneficiario                 | Calidad con que comparece | Suma equivalente en s.m.l.m.v. |
|------------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| William Rafael Orozco Puello | Padre                     | 3.000                          |
| Yamile Altamar Barrios       | Madre                     | 3.000                          |
| Luis Ángel Orozco Altamar    | Hermanos                  | 1.000                          |
| William Rafael Orozco Osorio |                           | 1.000                          |
| Gina Paola Orozco Osorio     |                           | 1.000                          |
| Jeison José Orozco Osorio    |                           | 1.000                          |
| Gladys Puello Sáenz          | Abuela paterna            | 1.000                          |
| Rafael Altamar Sierra        | Abuelo materno            | 1.000                          |

Finalmente, pidió que las sumas reconocidas deben ser indexadas y pagadas por la demandada conforme lo indican los artículos 177 y 178 del CCA.

Como fundamentos fácticos de las pretensiones, la parte actora expuso:

<sup>4</sup> Ver nombre en Registro Civil de Nacimiento y de Defunción (folios 81 y 82)

## 1.2. Hechos<sup>5</sup>

Narró que el 28 de abril de 2010, la señora Yamile Altamar Barrios condujo a la menor G.P.O.A. al servicio de urgencias de la clínica Nuestra Señora del Rosario porque presentaba un cuadro febril, donde fue atendida por el médico de turno (José Luis Salomón Calvano), quien le diagnosticó una Amigdalitis Estreptocócica, por lo que ordenó la administración de Amoxicilina, Ácido Ascórbico, Ibuprofeno en suspensión y Cetirizina en jarabe, así como la aplicación de una ampolla de Diclofenaco Sódico y el alta.

Que el 30 de abril de 2010 a la menor le persistía la fiebre, por lo que su señora madre, nuevamente, acudió al servicio de urgencias de dicho establecimiento hospitalario, siendo atendida por el médico de turno (Yineth de Jesús Stand Tache), quien, esta vez, diagnosticó Otitis Externa, sin embargo, continuó con el tratamiento ordenado por el médico anterior, además de ordenar que le aplicaran una ampolla de Dipirona Sódica.

Añadió que, a petición de la madre de la menor, el médico tratante ordenó la realización de un cuadro hemático, examen que debió hacerse en el laboratorio Olympus porque el aparato de la institución no funcionaba.

Que los resultados, además de haber tardado en ser remitidos, revelaron que la menor padecía de dengue, por lo que el médico ordenó su hospitalización y remisión a la Clínica La Milagrosa, donde fue trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos con signos de alarma por cuadro de Dengue Hemorrágico.

Finalmente relató que el 4 de mayo de 2010 los médicos tratantes comunicaron el deceso de la menor G.P.O.A., por Paro Cardiorespiratorio secundario a Dengue Hemorrágico.

## 2. Sentencia apelada<sup>6</sup>

Cumplidas cada una de las etapas propias del proceso, el Juez Octavo Administrativo de Descongestión del Circuito de Santa Marta, en sentencia de fecha 16 de marzo de 2017, accedió parcialmente a las súplicas de la demanda.

---

<sup>5</sup> Folios 2-3

<sup>6</sup> Folios 863-877

Como sustento de su decisión, el Juez de primera instancia determinó que, de acuerdo con la literatura médica y la historia clínica allegada al *sub-lite*, el daño antijurídico alegado por el extremo demandante, tiene su nexo causal en las demandadas, esto es, la Clínica Nuestra Señora del Rosario, adscrita a la Policía Nacional, consistente en la falla en el servicio médico por emitir diagnósticos apresurados sin haber examinado a la paciente y sin haberle realizado exámenes que confirmaran el diagnóstico emitido.

Por lo anterior, el *a quo* estimó que se omitió verificar, en la primera visita, los antecedentes de la menor, ya que había presentado un episodio de dengue en el 2009, lo que ameritaba un examen de laboratorio para verificar el estado de sus plaquetas, y no proceder como se hizo, ordenando medicamentos para tratar una patología distinta a la que padecía, y que, en pacientes con dengue, resultaba perjudicial y retardaban su pronta recuperación. Circunstancia, que se repitió con la segunda visita, realizada el 30 de abril de 2010.

De otra parte, en cuanto a la Clínica La Milagrosa S.A., el fallador de primera instancia advirtió una mala praxis al momento de emplear la conducta a seguir en el tratamiento del dengue de la paciente, por cuanto el descenso de las plaquetas que se reportó en los exámenes de laboratorio eran indicativos y advertían de un alto riesgo de sangrado y de choque por hemoconcentración, tal y como lo analizan en notas de evolución realizada a la paciente, por el equipo médico, por lo que de acuerdo a la guía para la Atención Clínica Integral del Paciente con Dengue al estar el enfermo con éstas condiciones críticas, es decir, cuando las plaquetas descienden, aunado a que había riesgo de choque, lo que procedía era ordenar transfusión de plaquetas en ese momento y no esperar a valoración al día siguiente, pues cada momento en que era monitoreada la menor Orozco Altamar era vital para aplicar en ella un tratamiento oportuno y eficaz para estabilizarla y contribuir a recuperar su estado de salud, el cual se encontraba en su etapa crítica por el dengue.

Consideró que sólo hasta el 2 de mayo de 2010, es decir, a los dos días de estar internada la menor Orozco Altamar, es que los galenos de dicha entidad ordenan transfusión de plaquetas, en donde ya se había advertido su descenso, razón por la cual no se encuentra justificación alguna en que dicha transfusión que requería la menor no se hiciera de forma oportuna una vez se conocieron el descenso de sus plaquetas, y no esperar a que aquéllas llegaran a un bajo rango de 12.000 para entonces proceder con dicha transfusión.

En consecuencia, concluyó el *a quo* que en el presente asunto se encuentra demostrada la falla alegada por la parte actora, consistente en el error de diagnóstico por parte de la Clínica de la Policía Nacional – Nuestra Señora del Rosario y de la falla en el servicio médico por mala praxis empleada por la Clínica La Milagrosa S.A., en el tratamiento dado a la patología de dengue hemorrágico con signos de alarma que padecía la menor familiar de los demandantes, por lo que declaró administrativamente responsables a dichas entidades y las condenó a pagar la suma total de 500 salarios mínimos legales mensuales vigentes, únicamente por concepto de perjuicios morales, denegando en consecuencia el resto de las pretensiones de la demanda.

## 2.1. Argumentos de la apelación

### Extremo accionante<sup>7</sup>

El apoderado del extremo accionante reparó sobre el hecho de que, contrario a lo decidido por el juez de primera instancia, en este caso debía accederse al reconocimiento y pago de perjuicios por daño a la vida de relación, teniendo en cuenta que se trata de la muerte de una hija, hermana y nieta, que apenas empezaba a vivir y que tenía futuro por delante, el cual fue coartado por la Policía Nacional.

### Policía Nacional – Hospital Nuestra Señora del Rosario<sup>8</sup>

En su recurso de alzada, estimó el ente demandado que en primera instancia no se otorgó valor probatorio al informe de auditoría de caso, adjuntado con la contestación de la demanda de fecha 11 de mayo de 2010, signado por la Médico Auditor de Calidad, Dra. Mayra Alejandra Oñate Granados, del cual se evidencia, a su juicio, que se prestó el servicio médico por intermedio del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, ajustado a las guías de manejo de la institución y remitida a Red Externa donde finalmente ocurrió el fatal y triste desenlace.

En este sentido, expresó que, de los anexos de la demanda, sobre todo de la historia clínica y del informe de auditoría del caso, se evidencia que se prestó el servicio médico pese al nefasto desenlace, por lo que debe tenerse en cuenta que la obligación es de medio y no de resultado en el servicio médico.

<sup>7</sup> Folio 878-880  
<sup>8</sup> Folios 881-886

Continúa sus argumentos, poniendo de presente que al momento de evaluar al paciente, en el caso en concreto, la accionada utilizó debidamente los medios para determinar la patología, como lo es el hecho de haberse ordenado por parte de la doctora Yineth de Jesús Stand Tache, un examen de laboratorio cuadro hemático, conforme se aprecia en el hecho cuarto de la demanda, inclusive ordenándolo en dos ocasiones al estar el laboratorio de la Clínica de la Policía Nacional – Nuestra Señora del Rosario fuera de servicio y ordenando la práctica del mismo en el laboratorio “OLIMPUS”, aunado a ello, se evidencia que se agotaron los medios que se disponía, como lo fue el hecho de remitirla a la Clínica La Milagrosa S.A., institución de mayor nivel en aras de garantizar el servicio de salud requerido por la menor, lo que denota a su criterio, una utilización de los medios que se tenían a disposición.

Finalmente, expuso que así como lo considera el *a quo*, si hubo retardo de la Clínica La Milagrosa S.A. en los procedimientos, se debió declarar la responsabilidad exclusiva de dicho centro asistencial o en su defecto, condenarla en mayor porcentaje, por cuanto el retardo de la transfusión que precia el juez de primer instancia, pudo impedir el nefasto resultado, que obedeció a su exclusiva responsabilidad, o si por el contrario consideró el fallador de primera instancia que hubo una concurrencia de culpas, debió condenar en el porcentaje correspondiente, en atención a que la entidad contribuyó en mayor porcentaje al resultado final.

### **Clínica La Milagrosa<sup>9</sup> / llamada en garantía de la Policía Nacional**

Dentro de la oportunidad prevista, este extremo procesal solicitó la revocatoria de la sentencia recurrida y que, en su lugar, se declare en forma igual o semejante que no existió ningún tipo de responsabilidad de su procurada, en la real causa de la lamentable muerte de la paciente por no existir el obligatorio nexo de causalidad entre la grave patología que se le diagnosticó a la paciente G.O.A., desde el momento de su ingreso a la Clínica La Milagrosa S.A., sobre los graves daños que la citada patología le causó a la paciente y los servicios médicos hospitalarios suministrados por el equipo de salud que la atendió a partir de su ingreso.

Adujo que muy por el contrario, existen pruebas médico científicas, entre ellas, la historia clínica, la literatura médica y las declaraciones de los médicos que en su oportunidad se arrimaron, además de las guías emitidas por el Ministerio de Salud

---

<sup>9</sup> Folios 887-892.

y/o el Instituto Nacional de Salud, vigentes y aplicables para la época de los hechos que sufrió la paciente, pues deviene exclusivamente de la gravísima patología diagnosticada y que inicialmente fue dengue con signos de alarma, que en forma dolorosa e inevitable para los médicos de la UCI evolucionó en la fase crítica que se presentó entre el quinto y séptimo día del decurso de tan temida patología a dengue grave, habiendo sido con altísima probabilidad por la clínica que mostró la paciente la causa principal del sufrido deceso de la paciente muy a pesar de los tratamientos, en concreto shock por dengue, como resultado de una evolución tórpida.

Al respecto, explicó que según lo plasmado en la Guía de Atención Clínica Integral del Paciente con Dengue 2010 y Anexo Pediátrico, se pueden establecer 3 clasificaciones del Dengue, Grupo A, B y C. En este orden, aduce que la paciente G.O.A., se clasificaría dentro de la guía como grupo C, en el cual el manejo que se aplicaría es el siguiente.

Un manejo con hidratación y posteriormente si hay sangrado y/o disminución de plaquetas ( $10.000/mm^3$ ), una transfusión. Por lo previo, afirma que la paciente G.O.A., no estaba en  $12.000$ , ya que, de acuerdo a la revisión de la historia clínica, la paciente ingresa con plaquetas a la UCI Pediátrica en  $38.000$ , estabilidad hemodinámica con alto riesgo de sangrado, que es el manejo inicial que se le debe dar al paciente con dengue, el cual va incrementado o disminuyendo de acuerdo a la respuesta del paciente y de la monitorización de ingresos y pérdida de líquidos. En ese momento, el paciente de acuerdo a la guía referida, no tiene indicación de inicio de plaquetas y se ordena el monitoreo y laboratorios más estudios imagenológicos de control correspondiente.

Estimó que la paciente evolucionó estable con leve edema palpebral explicado por la fuga capilar propia de la patología presentada, poco febril, manejado con acetaminofén y poseía buena tolerancia de la vía oral, se le realizan los controles de hemograma, proteínas, transaminasas, inmunoglobulina del dengue pertinentes por guía.

Continuó con hemoconcentración, disminución de plaquetas importante ( $12.000$ ), sin sangrado externo, hipoalbuminemia, por lo que se mantiene líquidos endovenosos con altos aportes, por lo cual se inicia transfusión de plaquetas.

Por lo previo, resalta que el actuar de los médicos que prestaron la atención a la paciente G.O.A., fue ajustado en un todo, siguiendo lo plasmado en las guías de atención clínica integral de paciente con dengue y su anexo pediátrico, por lo anterior fue ajustado a la oportunidad, pericia, prudencia y diligencia establecidos en los protocolos médicos.

#### **Liberty Seguros S.A. / Llamada en garantía de la Clínica La Milagrosa<sup>10</sup>**

Por su parte, esta compañía esgrimió que la Clínica la Milagrosa no concurrió a este proceso como parte demandada sino como llamada en garantía por parte de la Policía Nacional.

De manera que, a su juicio, la sentencia que aquí se analiza presentó un defecto procedimental, comoquiera que no era posible analizar la responsabilidad de la Clínica La Milagrosa S.A. de forma separada, pues, correspondía determinar si la Nación – Ministerio de Defensa – Policía Nacional, era responsable del daño antijurídico alegado por los demandantes y solo así, debía establecerse si, en virtud de la relación contractual o legal existente entre el llamante y llamado en garantía, el llamado [la compañía de seguros] debía responder por los eventuales perjuicios a que fuera condenada la llamante [Policía Nacional], situación que evidentemente no ocurrió en este proceso, siendo que la falladora de primera instancia, procedió tal vez sin percatarse de la calidad que ostentaba la Clínica La Milagrosa S.A. a estudiar de forma independiente su participación en los hechos de la demanda, teniendo en cuenta la atención de la paciente G.P.O.A., cuando la demanda ni siquiera iba dirigida en contra de ésta, ni mucho menos se avizora que los demandantes hayan predicado negligencia o falla en el servicio médico en cabeza de la llamada en garantía.

Por lo anterior, reiteró que la Clínica La Milagrosa S.A. no puede ser declarada administrativamente responsable en este proceso, como mal se hizo en sentencia de primera instancia, siendo que no tiene la calidad de demandada.

Agregó que, sólo podría ser condenada al pago de los perjuicios a que fuere condenada la llamante en garantía, por lo que se requiere necesariamente, que ésta tenga la obligación de conformidad con la Ley de resarcir el perjuicio que se ha logrado definir si a ello hay lugar, al comprobarse que en efecto el derecho que le

---

<sup>10</sup> Folios 906-909

asiste al llamante para solicitar que esta reposa por los perjuicios a que fuera condenada, ya sea porque tuvo participación en los hechos de los cuales se predica la falla en el servicio o porque previamente haya asumido ese riesgo, situación que no es posible en el caso, siendo que no puede predicarse en ésta un error de diagnóstico y mucho menos asumió en vía contractual ese riesgo.

Finalmente consideró que como su procurada es, a su vez, llamada en garantía por la Clínica La Milagrosa S.A.S., en virtud de la póliza de responsabilidad civil profesional clínica y hospitales, ésta corre la misma suerte de la llamante, por lo que es claro que, si dicho establecimiento hospitalario resulta absuelto de las pretensiones de la demanda, así mismo deberá declararse frente a Liberty Seguros S.A.

### **3. Trámite y alegatos**

#### **3.1. De la Competencia**

De conformidad con el artículo 133 del Código Contencioso Administrativo, la Sala es competente para conocer del recurso de apelación interpuesto contra la Sentencia del 16 de marzo de 2017, proferida por el Juzgado Octavo Administrativo de Santa Marta dentro del proceso de la referencia.

Igualmente, el artículo 181 de la citada normatividad establece que son susceptibles del recurso de apelación las sentencias de primera instancia proferidas por los Tribunales y los Jueces.

En el presente asunto se analiza el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante en contra de la sentencia dictada por el juzgado, en consecuencia, este Tribunal es competente para conocer de la alzada.

#### **3.2. Del recurso de apelación**

El *a quo*, mediante auto de fecha del 9 de agosto de 2017<sup>11</sup>, concedió la apelación interpuesto por el apoderado de la accionante. (Fl. 942-943)

---

<sup>11</sup> Dictado en la audiencia de que trata el artículo 70 de la Ley 1395 de 2010.

Este Tribunal, admitió el recurso de apelación (folio 973) y, mediante auto del 17 de octubre de 2017, ordenó correr traslado para alegar de conclusión (folio 975).

La parte demandante alegó que debía confirmarse la sentencia recurrida, frente a la declaratoria de responsabilidad de la Policía Nacional y de la Clínica La Milagrosa, pero debía accederse, además, al reconocimiento y pago de los perjuicios por daño a la vida de relación, tal como lo argumentó en su recurso de alzada (fls.976-984).

Por su parte, los apoderados de la Clínica La Milagrosa S.A., (fls.985-990), de la Nación – Ministerio de Defensa – Policía Nacional (fls.991-999) y el llamado en garantía CONFIANZA S.A.(llamada en garantía por el médico José Salomón Calvano, quien, a su vez, es llamado en garantía por la Clínica La Milagrosa), en sus escritos alegaron que debe revocarse la sentencia recurrida, conforme con los argumentos planteados en sus recursos de alzada, respecto de las razones de la compañía de seguros, (fls.1000-1008), en caso de resultar revocada o modificada la sentencia para proferir decisión con su llamante, tenga en cuenta los amparos de la póliza y sus deducibles.

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

### **1. Problema jurídico y tesis del Tribunal**

Procede la Sala a determinar si el daño antijurídico alegado, consistente en la muerte de la menor G.P.O.A. como consecuencia de un error en el diagnóstico durante la atención médica recibida en la Clínica Nuestra Señora del Rosario, es imputable o no a la Policía Nacional.

Como problema jurídico asociado, y conforme al escrito de alzada, deberá determinarse si la llamada en garantía, Clínica La Milagrosa, debe responder (indemnizar o reembolsar), en todo o en parte, por el pago de las condenas que se impongan a la Policía Nacional en caso de accederse a las pretensiones de la demanda.

En caso de encontrarse acreditada la responsabilidad de la Policía Nacional por la falla en el servicio que se le enrostra, se determinará si hay lugar al reconocimiento y pago de los perjuicios bajo la modalidad de daño a la salud.

**Tesis del Tribunal:** En cumplimiento a lo ordenado por la Sección Primera del Consejo de Estado, en providencia del 21 de septiembre de 2021, la Sala dicta sentencia en reemplazo a la de fecha 22 de mayo de 2019 atendiendo los parámetros establecidos por el alto Tribunal:

El daño antijurídico alegado por las partes, y demostrado en esta litis, es imputable jurídica y fácticamente a la Policía Nacional, por ende, se declarará su responsabilidad porque, durante la atención primaria, brindada a la familiar de los demandantes, uno de los facultativos, adscrito a la Clínica Nuestra Señora del Rosario, emitió un diagnóstico inexacto lo que impidió que el dengue padecido por la menor no fuese tratado en su etapa inicial con la terapéutica de apoyo recomendada, sino que optó por emitir un diagnóstico clínico sin ordenar estudios que corroboraran su hipótesis.

En cuanto a la atención brindada por la contratista de la Policía Nacional —por lo cual hace el llamamiento en garantía a la Clínica La Milagrosa—, una vez analizada la historia clínica, las guías de manejo para pacientes con Dengue y los testimonios rendidos en este proceso, no se advierte una mala praxis, pues, la muerte de la menor se debió a las complicaciones propias de un Dengue grave que no fue detectado por los médicos de la Clínica Nuestra Señora del Rosario por cuanto en el primer día de atención el facultativo no ordenó exámenes para determinar el origen de una fiebre que persistía desde el 27 de abril de 2010.

La Sala no hará ningún pronunciamiento sobre la responsabilidad de los llamamientos en garantía de los médicos que atendieron a la paciente en la Clínica Nuestra Señora del Rosario por cuanto la orden de tutela no se refirió a dicho tópico.

### **Fundamentos jurisprudenciales y legales que apoyan la tesis**

#### **Del régimen de responsabilidad**

La Sala Plena de la Sección Tercera, en sentencia de 19 de abril 2012<sup>12</sup>, unificó su posición en el sentido de indicar que, en lo que se refiere al derecho de daños, el modelo de responsabilidad estatal que adoptó la Constitución de 1991 no privilegió ningún régimen en particular, sino que dejó en manos del juez definir, frente a cada

<sup>12</sup> Consejo de Estado. Sala Plena de la Sección Tercera, sentencia de 19 de abril de 2012. Expediente: 21515, C.P. Hernán Andrade Rincón.

caso concreto, la construcción de una motivación que consulte las razones, tanto fácticas como jurídicas, que den sustento a la decisión que habrá de adoptar.

Por ello, la jurisdicción de lo contencioso administrativo ha dado cabida a la utilización de diversos títulos de imputación para la solución de los casos sometidos a su consideración, sin que esa circunstancia pueda entenderse como la existencia de un mandato que imponga la obligación al juez de utilizar, frente a determinadas situaciones fácticas, un específico título de imputación.

En este sentido, en aplicación del principio *iura novit curia*, la Sala puede analizar el caso bajo la óptica del régimen de responsabilidad patrimonial del Estado aplicable, de cara a los hechos probados en el proceso, sin que esto implique una suerte de modificación o alteración de la causa *petendi*, ni que responda a la formulación de una hipótesis que se aleje de la realidad material del caso, o que se establezca un curso causal hipotético de manera arbitraria<sup>13</sup>.

No obstante que el modelo de responsabilidad extracontractual del Estado colombiano no privilegió un título de imputación, la posición del alto Tribunal en esta época se orienta en el sentido de que la responsabilidad médica, en casos como el presente, debe analizarse bajo el tamiz del régimen de la falla probada, lo que impone no sólo la obligación de probar el daño a cargo del demandante, sino, adicional e inexcusablemente, la falla por el acto médico y el nexo causal entre esta y el daño, sin perjuicio de que en los casos concretos el juez pueda, de acuerdo con las circunstancias, optar por un régimen de responsabilidad objetiva<sup>14</sup>.

La Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual aquella es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, de suerte que se exige acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste<sup>15</sup>.

<sup>13</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, sentencia del 13 de mayo de 2015, expediente 50001 23 31 000 1994 04485 01 (17037), C.P. Hernán Andrade Rincón.

<sup>14</sup> Consejo de Estado. Sala Plena de la Sección Tercera, sentencia del 31 de agosto de 2006. Expediente: 15772, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

<sup>15</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias de: agosto 31 de 2006, exp. 15772, C.P. Ruth Stella Correa; de octubre 3 de 2007, exp. 16402, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; del 23 de abril de 2008, exp. 15750; del 1 de octubre de 2008, exp. 16843 y 16933; del 15 de octubre de 2008, exp. 16270. C.P. Myriam Guerrero de Escobar; del 28 de enero de 2009, exp. 16700, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; del 19 de febrero de 2009, exp. 16080, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; del 18 de febrero de 2010, exp. 20536, C.P. Mauricio Fajardo Gómez y del 9 de junio de 2010, exp. 18683, C.P. Mauricio Fajardo Gómez, entre otras.

## De la historia clínica

En materia médica, para que pueda predicarse la existencia de una falla, el Consejo de Estado ha precisado que es necesario que se demuestre que la atención no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso<sup>16</sup>.

Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance.

La normatividad colombiana define la historia clínica como elemento determinante para la práctica médica. La Ley 23 de 1981 señala:

ARTICULO 34. La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.

ARTICULO 35. En las entidades del Sistema Nacional de Salud la Historia Clínica estará ceñida a los modelos implantados por el Ministerio de Salud.

ARTICULO 36. En todos los casos la Historia Clínica deberá diligenciarse con claridad.

En desarrollo de lo dispuesto en las normas transcritas, el Ministerio de Salud expidió la Resolución 1995 de 1999, la cual estipula:

### ARTICULO 1. DEFINICIONES.

- o La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.
- o Estado de salud: El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario (...)

### ARTICULO 3. CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA.

**Integralidad:** La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

**Secuencialidad:** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe

<sup>16</sup> Sección Tercera, sentencia de 25 de febrero de 2009, exp. 17149, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

Así las cosas, la prueba directa, por excelencia, dentro de los procesos en los cuales se discute la responsabilidad extracontractual del Estado derivada del despliegue de actividades médico-asistenciales, es la historia clínica<sup>17</sup>.

De otro lado, la Ley 23 de 1981 establece las reglas para la prestación del servicio de salud conforme a la ética médica:

“ARTICULO 1o. (...)

1. La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distingos de nacionalidad, ni de orden económico-social, racial, político y religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes.

.....”

CAPITULO I. DE LAS RELACIONES DEL MEDICO CON EL PACIENTE

ARTICULO 3o. El médico dispensará los beneficios de la medicina a toda persona que los necesite, sin más limitaciones que las expresamente señaladas en esta Ley. (...)

ARTICULO 5o. La relación médico-paciente se cumple en los siguientes casos; (...)

4. Por haber adquirido el compromiso de atender a personas que están a cargo de una entidad privada o pública. (...)

ARTICULO 10. El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente.

ARTICULO 13. El médico usará los métodos y medicamentos a su disposición o alcance, mientras subsista la esperanza de aliviar o curar la enfermedad. (...)

ARTICULO 15. El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. (...)

ARTICULO 19. Cuando la evolución de la enfermedad así lo requiera, el médico tratante podrá solicitar el concurso de otros colegas en Junta Médica, con el objeto de discutir el caso del paciente confiado a su asistencia. (...)”

En ese orden de ideas, para que pueda predicarse la existencia de una falla médica, la jurisprudencia contenciosa administrativa, es necesario que se demuestre que la atención no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso<sup>18</sup>. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma

<sup>17</sup> Consultar sentencias del Consejo de Estado, de fechas 9 de febrero de 2011, con ponencia del consejero Mauricio Fajardo Gómez, dentro del proceso radicado con el número 7300123310001998002980, del 10 de agosto de 2007, exp. n.º 15178, CP. María Elena Giraldo Gómez. y del 31 de agosto de 2006, exp. n.º 15772, CP. Ruth Stella Correa Palacio.

<sup>18</sup> Sección Tercera, sentencia de 25 de febrero de 2009, exp. 17149, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance<sup>19</sup>.

## 2. Caso concreto

A la luz de las anteriores consideraciones jurisprudenciales y legales, descenderá la Sala, en primer lugar, a verificar el cumplimiento de los presupuestos del daño y la imputación, como se expone a continuación:

- **Existencia del daño antijurídico**

En el *sub lite*, tiénese que el daño alegado, es la muerte de la menor G.P.O.A., del cual da cuenta el Registro Civil de Defunción (folio 82, cuad. 1), y que supone el dolor y sufrimiento de sus familiares, una afectación que los demandantes no se encuentran en la obligación de soportar.

El daño, en esos términos, ostenta la naturaleza de cierto, actual y determinado, motivo adicional para predicar el cumplimiento de los preceptos normativos contenidos en el artículo 90 de la Constitución Política, necesarios para sustentar la existencia del daño antijurídico.

Corroborada la existencia del primer elemento de la responsabilidad —el cual no fue objeto de alzada—, se emprende el análisis respectivo, con el fin de establecer si, en el caso concreto, este le puede ser atribuido o imputado a la Policía Nacional y, por lo tanto, si es deber jurídico de aquella y sus llamadas en garantías de resarcir los perjuicios que de él se derivan.

- **imputación fáctica y jurídica**

En cuanto al aludido hecho dañoso concretado en la muerte del familiar de los demandantes, la parte actora sostuvo a lo largo del trámite de la presente acción que este daño era imputable a la Policía Nacional – clínica Nuestra Señora del Rosario por el error en el diagnóstico emitido por sus galenos durante la atención médica brindada en el servicio de urgencias, falla en el servicio en la que incurrió.

<sup>19</sup> Sección Tercera, sentencia de 11 de febrero de 2009, exp. 14726, C.P. Ramiro Saavedra Becerra.

Ahora bien, el siguiente interrogante que debe resolver la Sala se centra en determinar si el daño antijurídico sufrido por la demandante resulta fáctica y jurídicamente atribuible a la Policía Nacional – clínica Nuestra Señora del Rosario para lo cual deberá examinarse las historias clínicas aportadas a la contención y demás elementos de prueba.

### De la atención médico-asistencial brindada en la Clínica Nuestra Señora del Rosario

La historia clínica (folios 126-179), da cuenta que el 28 de abril de 2010, la menor G.P.O.A. acudió al servicio de urgencias de la clínica de la Policía Nacional por presentar fiebre alta, dolor de oído y dolor en la garganta.

El médico de turno, doctor José Luis Salomón Calvano, al examen físico observó:

"Estado General : ACEPTABLE  
Estado Hidratación : HIDRATADO  
Estado de Glasgow : NORMAL Glasgow 15/15  
Estado Respiratorio : SIN SDR [Síndrome de Dificultad Respiratoria]  
Estado de conciencia : ALERTA

| Nombre  | Observaciones                                     |
|---------|---|
| NARIZ   | RINORREA HIALINA                                  |
| FARINGE | HIPERÉMICA, AMIGDALAS GRANDES CONGESTIVAS         |
| OIDOS   | DOLOR A LA DIGITOPRESIÓN PERIAURICULAR IZQUIERDA  |
| CORAZÓN | RSCSRS [RITMOS CARDIACOS RITMICOS] BIEN TIMBRADOS |

En vista de lo observado durante el examen físico, el médico diagnosticó Amigdalitis Estreptocócica y Otolgia, por lo que ordenó el siguiente tratamiento:

#### "CONDUCTAS ORDENES DE MEDICAMENTOS - MEDICAMENTOS AMBULATORIA

| Descripción                         | .... |
|-------------------------------------|------|
| AMOXICILINA 500 MG/5ML SUSP         |      |
| ACIDO ASCORBICO (VITAMINA C) 500 MG |      |
| IBUPROFENO                          |      |
| CETIRIZINA                          |      |

#### CONDUCTAS ORDENES DE MEDICAMENTOS – MEDICAMENTOS HOSPITALARIA

| Descripción                         | .... |
|-------------------------------------|------|
| DICLOFENACO SODICO 75 MG INYECTABLE |      |

No obstante, el 30 de abril de 2010, la menor nuevamente consultó los servicios de urgencias de la clínica Nuestra Señora del Rosario, por persistir la sintomatología por la que había acudido el 28 de abril de 2010.

El médico de turno, doctora Yineth de Jesús Stand Tache", al examen físico encontró:

"Estado General : ACEPTABLE  
Estado Hidratación : HIDRATADO  
Estado de Glasgow : NORMAL Glasgow 15/15  
Estado Respiratorio : SIN SDR [Síndrome de Dificultad Respiratoria]  
Estado de conciencia : ALERTA

| Nombre  | Observaciones   |
|---------|---|
| FARINGE | HIPEREMIA LEVE  |
| OIDOS   | OTOSCOPIA DOLOROSA EN OIDO IZQUIERDO MEMBRANA TIMPÁNICA OPACA |

En vista de lo observado durante el examen físico, el médico diagnosticó: Fiebre no especificada y Otitis Media no supurativa sin otra especificación, por lo que ordenó el siguiente procedimiento:

"HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA] MÉTODO AUTOMÁTICO.  
Prioridad: URGENTE".

También ordenó la aplicación de una ampolla de Dipirona.

Más adelante, propiamente a las 06:33:31 de la noche, llegó el reporte del Hemograma III, el cual, a criterio del médico tratante, confirmó los diagnósticos: Fiebre no especificada y Otitis Media no supurativa sin otra especificación, por lo que remiten a la Clínica La Milagrosa para valoración y manejo por Pediatría, así como para considerar hospitalización.

En la hoja de remisión se lee<sup>20</sup>:

"Fiebre alta, persistente de 3 días de evolución, pérdida del apetito. Con Hemograma: Hemoglobina 11.6. Hematocrito 35%, Leucocitos 2000, Neutrófilos 4% 41%, Linfocitos 47%, Eosinófilos 12%, Recuento de Plaquetas 59.000/MM3. Opinión: Marcada Trombocitopenia y Leucopenia.  
Paciente al examen físico T°: 38.8 °C, Peso: 25.3 Kg.  
Paciente hemodinámicamente estable sin signos de sangrado – examen físico normal.  
IDx. Fiebre del Dengue Clásico.  
Valoración por pediatría."

En ese contexto, se tiene que el cuadro febril —asociado a dolor de oído y de garganta— que presentaba la menor G.P.O.A. correspondía a una de las primeras manifestaciones clínicas del Dengue, el mismo que le fue diagnosticado una vez obtenido el reporte del Hemograma.

<sup>20</sup> Folio 50

Para efectos ilustrativos, valga la pena referirse a la Guía de Atención Clínica Integral del Paciente con Dengue<sup>21</sup> (vigente para el año 2010), que define esta esta patología como:

"...una enfermedad viral aguda, endémo-epidémica, transmitida por la picadura de hembras de mosquitos del género *Aedes*, principalmente por *Aedes aegypti*, que constituye hoy la arbovirosis más importante a nivel mundial en términos de morbilidad, mortalidad e impacto económico. (Martínez, 2008)."

Dicha guía en seña también que esta enfermedad viral se desarrolla en tres etapas clínicas, a saber:

#### ETAPAS CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD

El dengue es una enfermedad de amplio espectro clínico incluyendo desde cuadros inaparentes hasta cuadros graves, que pueden evolucionar a muerte, por lo tanto, **debe ser vista como una sola enfermedad que puede evolucionar de múltiples formas**. Entre las formas graves se destaca la hepatitis, la insuficiencia hepática, encefalopatía, miocarditis, hemorragias severas y choque.

El espectro clínico del dengue tan variado explica la diversidad de cuadros clínicos que podemos encontrar en una población durante una epidemia, pues algunos pacientes (la mayoría) estarán con sintomatología leve y erróneamente ni siquiera buscarán atención médica; **otros tendrán síntomas inespecíficos (oligosintomáticos)** y otros estarán muy afectados, con gran postración y quizás con una evolución desfavorable, deterioro clínico y muerte; a veces en pocas horas.

Cada uno de los cuatro virus del dengue puede producir cualquier cuadro clínico mencionado previamente

También existen las formas clínicas que por no ser tan frecuentes se les llama "atípicas" que resultan de la afectación especialmente intensa de un órgano o sistema: encefalopatía, miocardiopatía o hepatopatía por dengue, así como la afectación renal con insuficiencia renal aguda y otras que también se asocian a mortalidad (Martínez, 2005).

El dengue es una enfermedad muy dinámica, a pesar de ser de corta duración (no más de una semana en casi el 90% de los casos). **Su expresión puede modificarse con el paso de los días y puede también agravarse de manera súbita; por lo cual el enfermo necesita que el médico realice seguimiento, preferentemente en forma diaria.**

- El curso de la enfermedad del dengue tiene tres etapas clínicas:
- Etapa febril; la única para la inmensa mayoría de los enfermos.
- Etapa crítica.
- Etapa de recuperación (Figura 1).

**La etapa febril: es variable en su duración y se asocia a la presencia del virus en sangre (viremia).** Como en otras enfermedades, la evolución hacia la curación pasa por la caída de la fiebre y durante la misma el enfermo va a tener sudoración, astenia o algún decaimiento, toda esta sintomatología es transitoria. La caída de la fiebre se asocia al momento en que el paciente se agrava, y la defervescencia (transición de la etapa febril a la etapa afebril), anuncia el inicio de la etapa crítica de la enfermedad.

La etapa crítica coincide con la extravasación de plasma y su manifestación más grave es el choque, que se evidencia con frialdad de la piel, pulso filiforme, taquicardia e hipotensión. A veces, con grandes hemorragias digestivas asociadas, así como alteraciones hepáticas y quizás de otros órganos. El hematocrito se eleva en esta etapa y las plaquetas que ya venían descendiendo alcanzan sus valores más bajos.

En la etapa de recuperación generalmente se hace evidente la mejoría del paciente, pero en ocasiones existe un estado de sobrecarga líquida, así como alguna coinfección bacteriana".

<sup>21</sup> Consultar [https://www.paho.org/col/dmdocuments/GUIA\\_CLINICA\\_DENGUE2010.PDF](https://www.paho.org/col/dmdocuments/GUIA_CLINICA_DENGUE2010.PDF)

Ahora bien, en cuanto al cuadro clínico de esta enfermedad viral, dicha literatura enseña:

**"CUADRO CLÍNICO** Generalmente la primera manifestación clínica es la fiebre de intensidad variable, aunque puede ser antecedida por diversos pródomos. La fiebre se asocia a cefalea, dolor retroocular, artralgias, mialgias que es el cuadro conocido como dengue sin signos de alarma.

**En los niños, es frecuente que la fiebre sea la única manifestación clínica o que la fiebre esté asociada a síntomas digestivos bastante inespecíficos.** La fiebre puede durar de 2 a 7 días y asociarse a trastornos del gusto bastante característicos.

**Puede haber eritema faríngeo, aunque otros síntomas y signos del aparato respiratorio no son frecuentes ni importantes.** Puede existir dolor abdominal discreto y diarreas, esto último más frecuente en los pacientes menores de dos años y en los adultos"

Así mismo, la literatura médica enseña<sup>22</sup> que una de las manifestaciones del Dengue en niños es la fiebre alta y falta de apetito, también señala:

"El dengue no siempre se acompaña de síntomas fáciles de identificar, pudiendo confundirse con una gripe, por ejemplo, lo cual puede despistar a los padres haciendo que el dengue se diagnostique en una fase más grave.

De esta forma, lo ideal es que siempre que el bebé o el niño presenten fiebre alta y otros signos diferentes a los habituales, sea evaluado por un pediatra para que identifique la causa e indique el tratamiento más adecuado, evitando posibles complicaciones".

En este caso, pese a que los médicos adscritos a la clínica Nuestra Señora del Rosario realizaron actos de auscultación, inspección y análisis del estado de la menor, en virtud de la sintomatología presentada, el facultativo que brindó la atención médica el 28 de abril de 2010 omitió adoptar las medidas adecuadas tendientes a corroborar su impresión diagnóstica, lo que conllevó a que se perdiera tiempo y a que no se aplicara la correcta terapéutica para tratar el Dengue.

Mejor dicho, sus diagnósticos — Amigdalitis Estreptocócica y Otolgia— sólo los trató de manera aislada sin que agotara los medios que la ciencia y la práctica médica ponen a su alcance para determinar el origen de dichas patologías *máxime* si se tiene en cuenta que, de acuerdo a estudios realizados, los enfermos de Dengue presentan sintomatologías otorrinolaringológicas como manifestación inicial, tal como se pasa a transcribir:

#### **"RESUMEN**

El Dengue es una enfermedad febril aguda, causada por un arbovirus y transmitida por el mosquito *Aedes aegypti*. Presenta manifestaciones clásicas como fiebre, mialgia, epistaxis, odinofagia, vértigo y zumbido. Constituye un serio problema de salud pública, llegando la tasa de incidencia entre el 50 al 70% de la población en el Estado de Río de Janeiro.

<sup>22</sup> <https://www.tuasaude.com/es/dengue-en-ninos/>

**OBJETIVO: El objetivo de nuestro estudio fue a evaluar pacientes con dengue, que presentan sintomatología otorrinolaringológica como manifestación inicial.**

**FORMA DE ESTUDIO:** Corte Longitudinal.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Fue realizado un estudio prospectivo, incluyendo 30 pacientes con dengue, **serología comprobada, que manifestaron quejas otorrinolaringológicas.**

**RESULTADOS:** Los signos y síntomas otorrinolaringológicos más importantes fueron odinofagia (60%), coriza (50%), obstrucción nasal (46,6%), **otalgia** (36,6%), vértigo (20%), epistaxis (13,3%) zumbido (6,6%), alteración de glándula salivar (6,6%) y gingivorragia (3,3%).

**CONCLUSIÓN:** Ante la evidencia de epidemias, la sospecha clínica del dengue es importante, sobre todo por las innumerables manifestaciones en el área de la otorrinolaringología<sup>23</sup>.

En ese contexto, se insiste en que el facultativo se mantuvo en un diagnóstico inexacto y erróneamente tratado por no solicitar la realización de estudios que lo llevaran a comprobar sus hipótesis, lo que conllevó a que no se detectara la enfermedad del Dengue en una etapa menos agresiva trayendo como consecuencia un desmejoramiento abrupto en la salud de la menor.

Así las cosas, es claro que el daño antijurídico guarda un nexo de causalidad con las actuaciones desplegadas por el personal médico adscrito a la Policía Nacional – Clínica Nuestra Señora del Rosario, al haber incurrido en una falla en el servicio médico por error en el diagnóstico de la menor G.P.O.A., comoquiera que omitieron agotar los medios que la ciencia y la práctica médica ponen a su alcance para determinar el origen de las patologías que afectaban a la paciente al momento de ser examinada.

De otro lado, y dando cumplimiento a lo ordenado por el Consejo de Estado – Sección Primera, en sede de tutela<sup>24</sup>, la Sala se adentra a estudiar las actuaciones desplegadas por el personal médico de la Clínica La Milagrosa, durante la atención médica brindada a la menor, luego de ser remitida a esa institución por existir un contrato de prestación de servicios de salud suscrita entre esta y la Policía Nacional.

Pues bien, en la historia clínica de dicha institución se reportó que la menor fue remitida por la clínica de la Policía Nacional con diagnóstico de Fiebre de Dengue Clásico. Recuento de Plaquetas: 59.000.

Que el ingreso se produjo a las 7:44 de la noche (folio 54).

<sup>23</sup> <http://articulos.sld.cu/otorrino/?cat=7192>

<sup>24</sup> Con ponencia del doctor Roberto Augusto Serrato Valdés, dentro del radicado 11001-03-15-000-2021-01355-01. Accionante: Clínica La Milagrosa contra el Tribunal Administrativo del Magdalena Por medio del cual accede al amparo porque se configuró un defecto fáctico.

También se anotó:

|                   |   |
|-------------------|---|
| Enfermedad Actual | Paciente remitida de segundo nivel con diagnóstico de Dengue clásico y para valoración por pediatría por cuadro de más o menos 3 días de evolución caracterizado por fiebre alta no cuantificada sin ningún otro síntoma. ... |
|                   |   |

Al examen físico registró una temperatura de 37 °C.

Durante la valoración efectuada a las 9:45 p.m., el médico de turno anotó:

"[...] 30 de abril de 2010

9+45 pm

Paciente de 9 años de edad viene remitida de la clínica la policía con diagnóstico de dengue clásico por cuadro de  $\pm$  3 días de evolución asociado a fiebre con múltiple rango sin mejoría trae **Cuadro Hemático con plaquetas 59.000 y leucocitos 2000 hemoglobina # 11 de hoy.** [...] Cuadro Hemático de ahora Plaquetas 38.000, Leucocitos 2.280, Hemoglobina 12.4, Linfocitos 44.3.

Por los resultados el médico determinó que el Dengue padecido por la paciente presentaba signos de alarma, por lo que ordenó su traslado a la *Unidad de Cuidados Intensivos* del área de Pediatría, así como hidratarla con Solución Salina Normal (SSN) 2500cc.

En la Unidad de Cuidados Intensivos, el examen físico registró:

"Paciente consciente, colaboradora, orientada en tiempo y espacio sin dificultad respiratoria y **sin evidencia de sangrado.**

..... T: 36.4°C

**DX: DENGUE HEMORRÁGICO CON SIGNOS DE ALARMA.  
RIESGO DE SANGRADO POR DENGUE.**

Análisis: Se trata de preadolescente con cuadro clínico de Dengue Hemorrágico que presenta estabilidad hemodinámica con alto riesgo de sangrado y de choque por hemoconcentración. En el momento no hay indicaciones trasfusión de plaquetas.

Plan: Venohidratación monitoreo y exámenes de laboratorio de control por la mañana".

El 1 de mayo de 2010 (atención en UCI) se registró<sup>25</sup>:

Hb 12.4 ht 34.9 leuco 2100 neutro 29 linf 71 plaquetas 27000 pcr 17.4.

Paciente con cuadro de fiebre por dengue hoy en su 5 día, en el momento sin pico febril, **con plaquetas en descenso, se encuentra en etapa crítica del dengue donde Choque se presenta con una frecuencia 4 o 5 veces mayor en el momento de la caída de la fiebre** o en las primeras 24 horas de la desaparición de ésta. En el momento paciente hemodinámicamente estable llama la atención **PCR [Proteína C Reactiva]** elevada lo cual podría explicarse por la propia reacción inflamatoria del dengue, más se observa en remisión de la paciente fue iniciado manejo domiciliario con amoxicilina no se tiene datos de por qué se indagará con la madre. Se amplía rastreo solicito Rx de Tórax, parcial de orina, se mantiene líquidos 2000. Por /sc control de cuadro hemático y hemocultivo.

23+00

<sup>25</sup> Folios 55-59

Hb 12.4 ht 34.9 leuco 2100 neutro 29 linfo 71 plaquetas 27000 pcr 17.4 ...

Paciente estable se observa discreto edema parpebral del medio día en adelante, lo cual se explica por fuga, paciente presentó un pico febril sede con acetaminofén acepta y tolera la vía oral ingiere buen volumen por vio oral se mantiene en la parte de la tarde noche afebril, se solicita control mañana de hemograma y proteínas transaminas.

2/5/2010 9:00

DX  
DENGUE HEMORRÁGICO CON SIGNOS DE ALARMA  
RIESGO DE SANGRADO POR DENGUE  
RIESGO DE FUGA CAPILAR YCHOQUE

Recibe: Hartman, ACETAMINOFEN Dieta

R/ paraclínicos Hb 13,6 hit 38,5 leuco 3070 neutro 15 linfa 83 **plaquetas 12.000** ...  
5:0 Paciente hemodinámicamente estable pero sus paraclínicos indican aun hipoalbuminemia o por lo que se mantiene lev altos aporte (3.000 cc xx m2sc + enteral) se decide transfundir plaquetas e iniciar pulso con albumina. Paciente con alto riesgo de fuga capilar y/o choque. se solicita Eco abdominal y se mantiene monitoreo estricto. Se informó a los padres.

15+00

Recibe: Hartman, ACETAMINOFEN Dieta, transfusión de plaquetas.

5:0 paciente despierta afebril sin dificultad respiratoria que presenta tos seca, inapetencia y sensación de plenitud abdominal no evidencia de sangrado externo.

Paciente que se confirma fuga capilar importante por la presencia de derrame pleural y ascitis sin compromiso cardiorrespiratorio en el momento con compensación gasométrica por lo que se inicia plasma p. semisentada y oxígeno de apoyo a 1 litro x cánula nasal...

21+30

DX  
DENGUE HEMORRÁGICO CON SIGNOS DE ALARMA RIESGO DE SANGRADO  
POR DENGUE  
FUGA CAPILAR (Derrame pleural + ascitis)  
RIESGO DE CHOQUE  
Recibe: Hartman, ACETAMINOFEN Dieta, transfusión de plaquetas albumina,

Transfusión de plasma.

R/Ch control HG 10,7 HTO 30,3 R = 2,8 LEUCOS 3940 NEUTROS = 10% LINFOS  
87% PLT= 17.000

Paciente delicada compensada a pesar de su mínima dificultad respiratoria, las plaquetas subieron a rango aun no satisfactorio, pero no hay signos de sangrado por lo que se decide esperar el control de la mañana antes de nueva transfusión (se tienen en reserva), persiste distensión abdominal probablemente por inflamación hepática y ascitis compresiva por lo que se ordena analgésico...

3/05/10 8+00

DX  
DENGUE HEMORRÁGICO CON SIGNOS DE ALARMA  
RIESGO DE SANGRADO POR DENGUE  
FUGA CAPILAR (Derrame pleural + ascitis)  
RIESGO DE CHOQUE

...plaquetas 19.000 sin evidencia desangrado.

Paciente en mejores condiciones los exámenes de laboratorio reportan mejoría de todos los sistemas, la función hepática se encuentra en recuperación, recibiendo la VO

con tolerancia. Persiste el riesgo de fuga tisular. Se ordena transfusión de plaquetas 3 unidades.

12:58 Presenta camita con sangre y escalofrió, se ordena colocar Dipirona 1 cc IV ahora, se encuentra recibiendo 3 unidades de plaquetas.

16:00

DENGUE HEMORRAGICO CON SIGNOS DE ALARMA  
RIESGO DE SANGRADO POR DENGUE  
FUGA CAPILAR (Derrame pleural + ascitis)  
RIESGO DE CHOQUE  
HEMNORRAGIA DE VIAS DIGESTIVAS

Paciente que ha presentado epistaxis en 2 ocasiones y deposiciones melénicas, se ordena transfusión de plaqueta cada 8 horas, valoración por cx pediátrica para seguimiento del derrame pleural masivo del hemitórax derecho, se deja omeprazol en infusión continua por **hemorragia de vías digestivas**. Paciente con alto riesgo de deterioro, tendencia a la hipotensión...

4/05/10 7:10

DX  
DENGUE HEMORRAGICO CON SIGNOS DE ALARMA  
RIESGO DE SANGRADO POR DENGUE  
FUGA CAPILAR (Derrame pleural + ascitis)  
RIESGO DE CHOQUE

Paciente en malas condiciones generales... con signos severos de dificultad respiratoria, con alto riesgo de falla ventilatoria, presenta deposiciones melénicas.

15+16 hs paciente que rápidamente inicia disminución de Fc. En monitor y de 1100 x pasa a nuevo paro cardiaco, En compañía del Dr Acevedo (pediatra) se inicia nuevamente reanimación avanzada..., cuando se dictamina su muerte... [...]

Hasta aquí es claro que la menor G.P.O.A., luego de ser remitida a la Clínica La Milagrosa (unas horas después), empezó a presentar descensos en su temperatura corporal y en los recuentos de plaquetas, lo que, según la ciencia médica *"se asocia al momento en que el paciente se agrava y anuncia el inicio de la etapa crítica de la enfermedad, tal como lo corroboró el doctor Armando Augusto Romero Estrada, quien manifestó:*

*"CONTESTÓ: Inicialmente la sintomatología viral es inespecífica se puede acompañar solamente de fiebre, cefalea dolo extra muscular, un brote rojito, dolor articular, y así puede durar hasta la evolución sin causar problema o puede variar en el momento en que **la fiebre baja que es cuando comienza la fase crítica de la enfermedad y pueden presentarse las complicaciones tipo hemorragia, choques, derrames, o laceraciones neurológicas o renal convirtiéndose en un dengue grave que puede ocasionar la muerte, depende también (la respuesta inmunológica) de cada persona** ante el virus.  
(...)"*

En este punto, el cambio en el estado de la paciente conllevó a que los médicos modificaran la conducta, pues, debían tratar un Dengue en fase crítica con signos de alarma por hemorragia, tal como lo enseña la ciencia médica citada en párrafos anteriores, pues, *"La etapa crítica coincide con la extravasación de plasma y su manifestación más grave es el choque, que se evidencia con frialdad de la piel,*

pulso filiforme, taquicardia e hipotensión. A veces, **con grandes hemorragias digestivas asociadas**, así como alteraciones hepáticas y quizás de otros órganos”.

En el caso de la menor, ya presentaba deposiciones melénicas o negras<sup>26</sup> y derrame pleural.

Ahora, la Guía de Atención a Pacientes con Dengue (2010), recomienda que al examen físico general el facultativo “debe buscar edema (palpebral, de pared abdominal, y de extremidades), verificar llenado capilar, manifestaciones hemorrágicas en piel, mucosas, escleras. Evaluar estado de hidratación, así como también, realizar el control de signos vitales, tal como se reportó en la historia clínica analizada.

En cuanto al tratamiento, dicha guía recomienda:

“Iniciar reposición de líquidos por vía intravenosa (I.V.) utilizando soluciones cristaloides, como Lactato de Ringer u otra solución (Dung et al., 1999; Wills et al., 2005). Comenzar por 10 ml/Kg/hora y posteriormente mantener la dosis o disminuirla de acuerdo a la respuesta clínica del paciente. Es importante monitorear el estado hemodinámico del paciente permanentemente teniendo en cuenta que el dengue es una enfermedad dinámica. Se debe tomar una muestra para hematocrito antes de iniciar la reposición de líquidos por vía intravenosa (I.V.) y después repetir el hematocrito periódicamente (cada 12 a 24 horas). Administrar la cantidad mínima necesaria para mantener la adecuada perfusión y una diuresis adecuada (>0.5 ml/kg/hora). Habitualmente se necesita continuar esta administración de líquidos por vía I.V. durante 48 horas. Si hay empeoramiento clínico o elevación del hematocrito, aumentar la dosis de cristaloides I.V. a 10 ml/kg/peso/hora hasta la estabilización del paciente o hasta su remisión a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). (Anexo 1, algoritmo para atención clínica).

[...]

Manejo del paciente pediátrico (Ver Anexo Pediátrico): 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. (Tenga en cuenta la fórmula de hidratación de Holliday utilizada en pediatría para otras patologías que cursan con deshidratación) (Ver Cuadro 3 del Anexo Pediátrico)”.

<sup>26</sup> Las heces de color negro (color carbón o alquitrán), tienen relación con un sangrado que tiene origen en las vías digestivas altas como el esófago o el estómago, ya que el color negro se produce con la digestión de los componentes de la sangre.  
<https://www.medicinatv.com>.

De la revisión de la historia clínica, se observa que dichos protocolos se aplicaron, así como la terapéutica, tal como lo corroboraron los doctores:

Tito Israel Acevedo.

**"CONTESTADO:** el diagnóstico se puede hacer en las fases iniciales de la enfermedad por medio del cultivo viral no disponible en el medio y solo disponible en el INSTITUTO NACIONAL DE SALUD y creería que para la época de los hechos se apoyaban en la CDC de EEUU. Sin embargo, por medio de muestras de sangre se puede determinar la reacción del organismo a la presencia del virus por medio de algo que se llama INMUNOGLOBINA, los cuales están presente al 5 o 6 día de la enfermedad. Ni el diagnóstico, ni a través de la INMUNOGLOBINA predice la evolución de la enfermedad, en el sentido que pueda indicar si va hacer una enfermedad benigna o pueda llevarla a la muerte. Tampoco ayuda a establecer un tratamiento porque en si no tiene un tratamiento, el tratamiento que se ofrece se llama de sostén que quiere decir que de acuerdo a los síntomas se le ofrecerán soportes como analgésico, antipiréticos, líquidos hemodinámicos y complemento sanguíneo.

**CONTESTADO:** De acuerdo con el cuadro clínico de la niña el tratamiento se fue ajustando a la sintomatología según días de evolución es así como el día del ingreso lo predominante de la niña era de descenso de e las plaquetas. Posteriormente la niña presenta derrame pleural asicitis los cuales están presente en 4 o 5 días de evolución, que si bien se mantenía estable en su situación hemodinámica no quería decir que estuviera teniendo una buena evolución y nos estaba confirmando la presencia de signos de alarma.

[...]

**CONTESTADO:** Yo creería de acuerdo a revisiones personales que fue recién de mediado o pasados del año 2010, donde el ministerio expidió un protocolo para el manejo del dengue y con una precisión de certeza la del manejo pediátrico la expidió entre septiembre y octubre del 2010, en ese protocolo se clasifica el dengue como clásico, hemorrágico, con presencia de signos de alarma o no. También se da una clasificación adicional dengues atípicos, habitualmente fatales por compromiso multiorgánico. El tratamiento es de soporte de acuerdo a las alteraciones que presente el paciente, unos de los aspectos del tratamiento con presencia de signos de alarma se deben hacer un tercer nivel que básicamente incluye el manejo en UCI como se hizo en el caso de la niña. El tratamiento de soporte incluye el aporte de líquido endovenosos, un monitor continuo y el parte derivados sanguíneos de o acuerdo a las alteraciones hematológicas que presenta el paciente. Aclaro que todos los dengues tienen las plaquetas bajas y no necesariamente el paciente pueda tener sangrado.

[...]

**CONTESTADO:** Los líquidos son la herramienta fundamental en el tratamiento. Los cuales se suministra según el estado hemodinámico el cual evaluamos a través del monitoreo de la tensión arterial, a través del relleno capilar y a través de la cantidad de orina eliminada (diuresis)".

Armando Augusto Romero:

**"CONTESTADO:** Si, la niña el mismo día que llego a la clínica fue trasladada a UCI se le inicio un monitoreo continuo de carácter horario se le suministro (sic) soportes con líquidos endovenosos y se realizaron controles de laboratorios tratando de corroborar la evolución de la enfermedad".

Enzo Gil Covilla

**"[...] la PACIENTE RECIBE EL TRATAMIENTO ESPECIFICO POR PROTOCOLO con transfusiones de plaquetas, pero su evolución es hacia el dengue hacia manifestaciones graves desarrollando shock y fallece a pesar del tratamiento**

protocolizado por el ministerio de salud de Colombia el recurso humano especializado de la clínica la milagrosa y el soporte técnico asistencia de la UCI.  
[...]

**CONTESTADO: Hasta ese momento la clasificación no había cambiado pero se mantenía la clasificación de dengue clásico y dengue hemorrágico este tenía una sub clasificación que era la fuga capilar: y el show (sic) y los protocolos estaban encaminados de acuerdo al examen físico y a los laboratorios orientaran con el enfoque de las manifestaciones clínicas, incluso los pacientes con dengue clásico sin antecedentes médicos importantes podían manejarse ambulatoriamente con controles diarios de hemogramas para seguimiento de las plaquetas y determinar si ameritaba o no hospitalización según evolutivo. La otra clasificación que era la hemorrágica al encontrarse signos de petequia a punto hemorrágicos así estuvieran muy cercano a las normas las plaquetas es un signo de mal pronóstico que el paciente tiene que hospitalizarse. Ahora actualmente estos mismos se pueden clasificar con o sin signos de alarma.**

[...]

**CONTESTADO: Si, claro para este tipo de enfermedades que son patologías de vigilancia epidemiológica para el país el ministerio emana protocolos los cuales deben ser aplicados de manera obligatoria e ineludible de acuerdo al nivel de atención al que el caso se esté tratando. Para el caso de las instituciones de segundo nivel en adelante nos corresponde aplicar el tratamiento a pacientes con dengue o signos de alarma es decir la hospitalización del paciente y a esta paciente (...) se le practicaron todos los protocolos de signos de alarma, la clínica la traslado a UCI se le inicio un monitoreo Continuo de carácter horario se le suministro soportes con líquidos endovenosos y se realizaron controles de laboratorios tratando de corroborar la evolución de la enfermedad".**

De acuerdo a los procedimientos y tratamientos aplicados por el personal médico de la Clínica La Milagrosa, se debe indicar que los mismos obedecen a los establecidos en los protocolos de Atención de Pacientes con Dengue, del Ministerio de Salud para la época de los hechos.

Ahora, si pese a que se aplicaron los procedimientos y terapéuticas establecidas por parte del personal médico de la clínica la Milagrosa ¿por qué devino la muerte de la paciente?

Sobre el pronóstico de esta enfermedad en fase crítica, la Organización Mundial de la Salud<sup>27</sup> tiene averiguado que "El dengue grave es una complicación potencialmente mortal porque cursa con extravasación de plasma, acumulación de líquidos, dificultad respiratoria, hemorragias graves o falla orgánica".

En ese orden de ideas, para este Tribunal es claro que no existió una mala praxis por parte de los médicos que brindaron atención a la menor, por cuanto las complicaciones de un Dengue grave, en ese momento, conllevan a una muerte.

Visto lo anterior, se tiene entonces que las complicaciones propias del Dengue grave dieron lugar a la muerte de la menor G.P.O.A.

<sup>27</sup> <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>

En ese orden de ideas, lo único que, en óptica de la Sala se probó, fue si existió un daño antijurídico, pero, respecto a las atenciones brindadas en la Clínica La Milagrosa, no hay demostración fehaciente que por imperio de la causalidad se pueda responsabilizar a la contratante por cuanto la parte interesada no demostró que la actuación de la Administración se hubiese dado en contra de los mandatos de la *lex-artis*.

En ese entendido, por el contrario, la actuación de la clínica La Milagrosa se aviene a los dictados legales, ya que los servicios médicos asistenciales que se prestaron, por lo menos probatoriamente en este caso, fueron adecuados a la juridicidad y no se contravino, en conclusión, el artículo 90 Superior, por lo tanto, este ente, en su condición de llamado en garantía, no debe responder por las condenas que se impusieron en contra de la Policía Nacional.

Hasta aquí, valga mencionar que los casos médicos, sobre todo aquellas patologías que se complican y originan otras patologías, no pueden analizarse de manera separada o aislada, como en efecto lo señala la literatura médica "*que el tratamiento es, en medicina, la suma de los medios que corresponde emplear para la conservación de la vida, el mejoramiento de la salud, o a veces, sólo para el alivio del dolor del paciente*"<sup>28</sup>.

En ese orden de ideas, comoquiera que en este asunto se acreditó un error en el diagnóstico durante la atención primaria de la paciente, por parte de uno de los facultativos de la Clínica Nuestra Señora del Rosario se debe imputar la responsabilidad a la Policía Nacional por falla en el servicio médico asistencial, por que se modificará la sentencia proferida en primera instancia.

Por lo anterior, la Sala dará cumplimiento al fallo de tutela de fecha 21 de septiembre de 2021, proferido por el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Primera, que ordenó dejar sin efectos la sentencia de fecha 22 de mayo de 2019 dictada por esta Corporación, en segunda instancia, y en su lugar, modificará la sentencia recurrida.

<sup>28</sup> CAZEAUX- TRIGO REPRESAS, Derechos de las obligaciones

### 3. Costas

No hay lugar a la imposición de costas en la instancia, debido a que no se evidencia en el caso concreto actuación temeraria o de mala fe atribuible a los extremos procesales, como lo exige el artículo 55 de la Ley 446 de 1998 para que se proceda de esta forma.

### III. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el Tribunal Administrativo del Magdalena, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

#### FALLA

**Primero:** Dar cumplimiento al fallo de tutela de fecha 21 de septiembre de 2021, proferido por el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Primera, que ordenó dejar sin efectos la sentencia de fecha 22 de mayo de 2019 dictada por esta Corporación.

**Segundo:** Modificar la sentencia del 16 de marzo de 2017, proferida por el Juzgado Octavo Administrativo de Santa Marta, la cual quedará así:

"1. Declarar a la **Nación – Ministerio de Defensa – Policía Nacional**, administrativamente responsable por los perjuicios causados a los señores William Rafael Orozco Puello, Yamile Altamar Barrios, Gina Paola Orozco Osorio, William Rafael Orozco Osorio, Jeison José Orozco Osorio, Luis Ángel Orozco Altamar, Gladys Puello Sáenz y Rafael Altamar Sierra, por la falla en el servicio médico.

2. Como consecuencia de la anterior declaración **condenar a la Nación – Ministerio de Defensa – Policía Nacional** a reconocer y pagar, por concepto de perjuicios morales, las siguientes sumas:

| Beneficiario                 | Beneficiario   | Suma equivalente en s.m.l.m.v. |
|------------------------------|----------------|--------------------------------|
| William Rafael Orozco Puello | Padre          | 100                            |
| Yamile Altamar Barrios       | Madre          | 100                            |
| Luis Ángel Orozco Altamar    | Hermano        | 50                             |
| William Rafael Orozco Osorio |                | 50                             |
| Gina Paola Orozco Osorio     |                | 50                             |
| Jeison José Orozco Osorio    |                | 50                             |
| Gladys Puello Sáenz          | Abuela paterna | 50                             |
| Rafael Altamar Sierra        | Abuelo materno | 50                             |

3. Negar las demás pretensiones de la demanda.

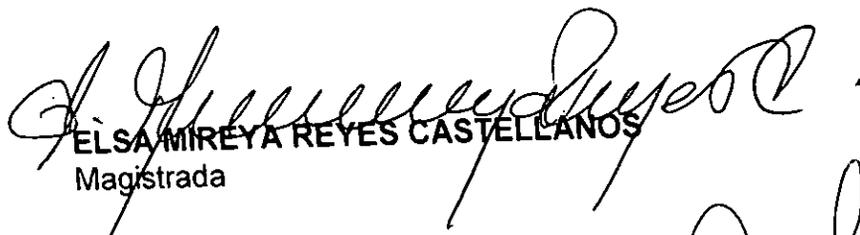
4. Sin costas para la parte vencida.

5. La entidad condenada dará aplicación, para el cumplimiento de esta sentencia, a lo dispuesto en los artículos 176 y 177 del C.C.A".

Tercero: Sin costas en esta instancia.

Ejecutoriada esta providencia devolver el expediente al Juzgado de origen (Juzgado Octavo Administrativo de Santa Marta).

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE



ELSA MIREYA REYES CASTELLANOS  
Magistrada

**AUSENTE CON  
PERMISO**



MARTHA LUCÍA MOGOLLÓN SAKER<sup>29</sup>  
Magistrada

MARIBEL MENDOZA JIMÉNEZ  
Magistrado

<sup>29</sup> Al momento de proferirse la decisión conformábamos la Sala, la suscrita y las doctoras Maribel Mendoza Jiménez y María Victoria Quiñones, no obstante, a la titular del Despacho 01, Doctora María Victoria Quiñones Triana, el Consejo Superior de la Judicatura mediante la Resolución No. PCSJSR21-048 del 24 de mayo de 2021 le concedió una Comisión Especial de Servicios por el término de tres (3) meses (1 de junio a 31 de agosto), motivo por el cual el Consejo de Estado designó en provisionalidad a la Dra Martha Lucía Mogollón Saker por el término de la comisión. La anterior comisión fue prorrogada hasta el 30 de noviembre de 2021 mediante la Resolución No. PCSJSR21-119 del 30 de agosto de 2021. En este orden de ideas, se conformará esta Sala con la Doctora Martha Lucía Mogollón Saker.