

REPÚBLICA DE COLOMBIA



TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL PEREIRA - RISARALDA SALA DE DECISIÓN CIVIL – FAMILIA

Magistrado Sustanciador: Carlos Mauricio García Barajas

Marzo quince (15) de dos mil veintidós (2.022)

Rad. No: 66001310300120140012501
Asunto: Responsabilidad médica.
Proviene: Juzgado Primero Civil del Circuito de Pereira.
Demandantes: Carolina Grajales Mora y Otros.
Demandado: SaludCoop E.P.S en Liquidación.

Número de acta: 101 de 15/03/2022
Sentencia: SC-0011-2022

Motivo de la Providencia

Procede la Sala a resolver la apelación propuesta por la parte demandante contra la sentencia proferida el 12 de noviembre de 2019, por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Pereira, en la cual se desestimaron las pretensiones de la demanda.

La demanda

Carolina Grajales Mora, Carlos Emilio Cuellar Moreno, J.J.C.G. (menor) y Gloria Amanda Mora Grajales, pretenden se declare responsable a Saludcoop E.P.S., de la muerte de su familiar T.C.G. (también menor), acaecida el 19 de mayo de 2012, y se le condene al pago de perjuicios extrapatrimoniales, en sus modalidades de daño moral y daño a vida de relación, en la suma de 100 smmlv para cada uno de los demandantes, y por los mismos rubros y en idéntica cantidad, a favor del menor fallecido (en cabeza de sus herederos) por el sufrimiento que padeció.

También se reclamaron lo siguientes perjuicios patrimoniales:

- a. La suma de \$ 260.000 a fin de resarcir el salario dejado de percibir por la madre (licencia no remunerada en el trabajo para cuidar al niño);
- b. \$ 500.000 a favor del padre, como préstamo que solicitó para sufragar los gastos de atención del hijo;
- c. A título de lucro cesante, los salarios dejados de recibir por el hijo fallecido entre los 17 y 25 años, en favor los padres.

Sumas estas, con intereses y debidamente indexadas al momento del pago.

Como **soporte fáctico** se indicó que el 19 de abril de 2012, el menor Tomas sufrió un accidente en el hogar, que motivó consulta por urgencias en “su E.P.S.”, allí le prescribieron medicamentos y se le dieron indicaciones de alerta a la madre. Al día siguiente se presentó un episodio convulsivo debiendo acudir por urgencias al Hospital Kennedy, donde se remitió a la clínica de SaludCoop, siendo atendido el día siguiente. Pese a que hubo remisión a médico pediatra por parte del galeno general que lo atendió, un especialista de esa área sin valorarlo ordenó cambio de medicamentos, resaltando además que el pediatra no suscribió sus notas en la histórica clínica. Le dieron de alta el día 22 de abril con dos pendientes, valoración por neuropediatría y electroencefalograma.

Ante nuevas convulsiones fue internado el día 23 de abril en la unidad de cuidado intermedio neonatal, ello según le explicaron a la madre, para poder ser valorado por neuropediatría. En la historia clínica, anotación del día 24 a las 14:03, la auxiliar de enfermería constata que le aplicaron un medicamento para el corazón que no le habían prescrito, error que no fue reportado por el medico responsable.

Para el día 26, se evidencia en el documento médico en mentes que se advierten síntomas indicadores de enfermedad nosocomial (secreciones gruesas), para esa fecha el menor se encontraba en la UCI pediátrica, recién también le diagnostican neurofibromatosis benigna (tipo 1).

La deficiente prestación de salud -se asevera en la demanda- continuó; siguen suministrando medicamentos anticonvulsionantes pese a que un médico anterior había indicado que ello solo si se presentaban nuevas convulsiones, compra y delegación de suministro de

medicamentos en los familiares, interrupción del suministro de un medicamento por haberse agotado y sustituido por otro, pero diluido, finalmente, que no se practicó “Rx de tórax” prescrito, a pesar de los indicios de infección nosocomial. El 05 de mayo se permitió su salida nuevamente con dos pendientes: valoración por oftalmología pediátrica y electroencefalograma.

El último interregno de internación clínica lo fue desde el 8 de mayo hasta el día 19 cuando falleció. Ingresó nuevamente por convulsiones. En esta ocasión hay picos febriles altos, el médico pediatra da cuenta de una inexplicable suspensión de medicamentos, nuevamente hubo problemas con el suministro y aplicación de otros, se prescribe transfusión de plaquetas, procedimiento que fue practicado con retardo; el 18 de mayo, “tardíamente” se diagnostica infección nosocomial. El 19 de mayo, el menor presenta neumotórax, posibilidad que no le fue informada a los padres en el consentimiento informado, como consecuencia sus sistemas orgánicos fallaron llevándolo a la muerte.

Trámite del proceso.

El auto admisorio fue notificado a la entidad demandada por aviso, según quedó definido en primera instancia (ff. 145 y 125, cuaderno 1), si bien no hubo contestación de la demanda, tanto en la audiencia de que trata el artículo 101 del C.P.C., con en la de instrucción y juzgamiento (arts. 373 y 625 del C.G.P), estuvo representada por apoderado judicial.

Sentencia de primera instancia.

Luego de establecer la responsabilidad demandada, examinar la legitimación de ambas partes y esbozar los presupuestos necesarios para la prosperidad de las pretensiones cuya prueba, señaló, está a cargo del demandante, negó tales aspiraciones.

Para llegar a esa conclusión indicó que no se probó el cambio de medicamento informado en el hecho 5 de la demanda, y la prueba diagnóstica de la que habla el hecho 19, se aclara en la misma historia clínica, corresponde a otro paciente. Al continuar el análisis de ese documento encontró relacionados algunos de los hechos mencionados en el libelo (aplicación de medicamento por error, variación de medicamentos, adquisición de medicamentos por los parientes al haberse agotado el de farmacia, ausencia de plaquetas para la trasfusión

ordenada), pero indicó con base en pasaje jurisprudencial, que ese medio de prueba por sí solo no revela errores médicos, y que no existen otros que indiquen las consecuencias que pudieron producir tales eventos en la salud del menor.

En lo relacionado con la infección nosocomial, destacó la ausencia de prueba de que la bacteria hubiese sido adquirida por el menor debido a mala asepsia o antisepsia en la clínica, o que la institución, médicos o enfermeros no cumplieran sus deberes de cuidado, así como tampoco se demostró la existencia de relación causal de ella con la muerte, máxime cuando en la historia clínica se habla de mera sospecha, que no fue determinada. Tampoco se estableció tardanza en las valoraciones que hayan mediado en el deceso del paciente.

En suma, lo planteado en la demanda no surge naturalmente del análisis de la historia clínica, el indicio grave por no contestar la demanda, junto a las deficiencias observadas en la atención al menor, no son suficientes para establecer el nexo de causalidad y la responsabilidad de la demandada; y la prueba obrante al folio 13 no tiene valor pues se desconoce su autor y origen (cuaderno primera instancia, carpeta CD'S, archivo AUDIENCIA 373-LECTURA DE SENTENCIA).

Del recurso.

Luego de dictado el fallo, el apoderado judicial de la parte demandante exteriorizó su voluntad de apelar, y dentro de los tres días siguientes, por escrito, presentó los reparos concretos (ff. 150 y ss, cuaderno principal primera instancia). Admitida la apelación en segunda instancia, en vigencia del Decreto 806 de 2020 (art. 14) se sustentó la alzada (archivo 04 cuaderno segunda instancia), argumentos que versaron sobre la causa de la muerte del menor y su prueba, el régimen jurídico aplicable ("objetivo") y otros aspectos probatorios así:

1. Nexo causal	1.1 El nexo de causalidad es natural: El menor consultó por convulsiones, y debido al desdén de la demandada y a la falta de cuidado como administradora de la salud del pequeño, murió por infección nosocomial. En las notas de la historia clínica que se transcriben se puede notar la presencia de la infección nosocomial desde los primeros síntomas hasta el fallecimiento del bebé, siendo esta la causa de la muerte y no las convulsiones asociadas a la Neurofibromatosis o epilepsia, que fueron la causa pero de las consultas médicas.	1.2 La causalidad puede acreditarse mediante indicios en casos en que sea muy difícil de probar. Además, no se requiere certeza absoluta, basta un grado suficiente de probabilidad (grado de probabilidad preponderante o predominante), conforme a decisión del Consejo de Estado que cita.
-----------------------	---	---

2. Culpa	2.1 Desorden y desden en la prestación del servicio de salud: se le suministró por error medicamento, se cambio varias veces el medicamento, la familia lo tuvo que comprar porque se agotó, lo dejaron caer, no le practicaron a tiempo exámenes, no le hicieron transfusión de plaquetas. No obstante no se tuvo por probada la culpa [ni el nexo de causalidad].	2.2 Habiendo muerto el menor por una infección nosocomial, se debe aplicar un régimen de responsabilidad objetivo (Consejo de Estado), estando a cargo de la demandada probar los eximentes de responsabilidad.
3. Pruebas	3.1 Se descartó literatura proveniente de internet aportada con la demanda para acreditar la infección nosocomial por ser copia.	3.2 La entidad demandada no contestó la demanda, acarreado la sanción de que trata los arts. 95 C.P.C. y 97 del C.G.P. No se aprecia en la sentencia que se dieran por confesados ni por ciertos los hecho susceptibles de confesión que corresponden a los hechos 4 al 29 del libelo.

La parte demandada no se pronunció sobre la alzada.

Consideraciones

1.- Se encuentran reunidos los presupuestos procesales para proferir decisión de fondo, y no se observa alguna irregularidad que genere la nulidad de lo actuado. Además, la Sala es competente para decidir, al actuar como superior jerárquico de la *a quo* (art. 31-1 del C.G.P.).

Si bien dentro del escrito de sustentación se refirió el apelante a la prueba pericial no practicada en primera instancia, y frente a ella solicitó *“al Despacho, si fuere necesario para esclarecer los hechos, se sirva ordenar[la]”*, se entiende que se trata de una insinuación de prueba que no se convierte en un *“imperativo absoluto en la medida en que regla general es la consagrada en el artículo 167 del Código General del Proceso, a cuyo tenor «[i]ncumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen»*¹. Además, por el sentido de la decisión a adoptar, tampoco se contempló necesario su decreto.

Para resolver la alzada circunscribe esta instancia su actuación a los reparos concretos señalados por el recurrente, debidamente sustentados en esta instancia, conforme lo mandan los artículos 320 y 328 del C. G. del P.

2.- Breve descripción del caso y problema jurídico

Luego de un golpe en la cabeza producto de una caída y la atención hospitalaria ofrecida, que se describe con detalle en la demanda para destacar las que se consideran falencias en el

¹ CSJ. Sentencia SC3918-2021.

servicio, el menor Tomas falleció en la I.P.S. Clínica Pereira, siendo atendido por cuenta del “Convenio Saludcoop Clínica Pereira - Pos Evento”. Se atribuye la muerte (hechos 27 y 28 del libelo, f. 32 cuaderno principal) a una falla total producto de un neumotórax de ambos pulmones, ocasionado por una infección nosocomial (klebsiella pneumonie) - .

En primera instancia se negaron las pretensiones, básicamente porque no se determinó la existencia de la señalada infección ni que, de existir, ella hubiera sido la causa del deceso. Si bien se demostraron algunas deficiencias en la prestación del servicio (a las que se aludió en el relato de hechos) y no se contestó la demanda por la accionada, esas situaciones son insuficientes para dar por establecido el nexo de causalidad y la responsabilidad.

A juicio del recurrente la historia clínica sí muestra la existencia de la infección nosocomial, y por ella murió el menor, no por las convulsiones que consultó, luego el nexo causal luce natural. Por ser esa la causa de la muerte no se debe demostrar nada más por los demandantes, siendo la demandada quien debe probar la causa de su exoneración. Alega, además, que la causalidad puede acreditarse mediante indicios, y sin que se requiere certeza absoluta, basta un grado suficiente de probabilidad. En ambos casos se soporta en decisiones que, dígase de una vez, no constituyen precedente con fuerza vinculante para esta Sala.

Conforme a lo anteriormente expuesto es oportuno plantear como **problema jurídico** si, tal como lo alega el recurrente, la historia clínica prueba de manera suficiente la causa de la muerte del menor Tomas, y si ella correspondió a una infección asociada a la atención de la salud (IAAS) atribuible a la demandada. Solo en caso afirmativo deberá continuarse el examen de los demás elementos de la responsabilidad civil demandada.

3.- La legitimación en la causa por activa se desprende de la calidad de víctimas y causahabientes en que se presentan los demandantes, a fin de obtener el resarcimiento de los perjuicios que reclaman.

De un lado, como víctimas indirectas se presentan los demandantes Carolina Grajales Mora y Carlos Emilio Cuellar Moreno (padres, f. 6 cuaderno principal), así como J.J.C.G. (hermano, f. 10 lb.), para reclamar los perjuicios personales o propios causados por la muerte de un familiar, relación de estirpe extracontractual porque ningún contrato suscribieron con la E.P.S. demandada.

También acuden los demandantes Carolina Grajales Mora y Carlos Emilio Cuellar Moreno como herederos del menor T.C.G. (f. 6 lb.), invocando los perjuicios extrapatrimoniales sufridos por este durante su estancia en las instalaciones hospitalarias, en cuyo caso ejercen una acción contractual, derivada de la relación de la E.P.S. con el afiliado² (paciente fallecido).

Valga precisar que nada impide acumular ese tipo de pretensiones³.

Respecto de la señora Gloria Amanda Mora de Grajales la situación es distinta. Se tiene que se presentó en forma clara y expresa como abuela del menor fallecido, tal cual lo expuso en el acápite que en la misma demanda se llamó “Legitimación”, a reclamar los perjuicios personales ocasionados por el deceso de su nieto. Sin embargo, con el libelo no se acreditó esa calidad, ni se hizo dentro del término probatorio cuando por iniciativa del juzgado se ordenó aportar la prueba. En efecto, en el auto que abrió a pruebas el proceso (f. 136 cuaderno principal), de oficio se dispuso traer el registro civil de nacimiento de Carolina Grajales, para demostrar la relación familiar de la abuela, documento que jamás se trajo al expediente.

En ese orden de cosas, si las pretensiones de la demanda frente a esta actora se estructuraron sobre la fuente del parentesco con la víctima directa del daño, no en una calidad diferente, la ausencia de tal prueba en los términos establecidos en el Decreto 1260 de 1970⁴ permite concluir que su legitimación en la causa quedó sin demostrarse, omisión que no puede entenderse subsanada porque en el registro de matrimonio de la demandante Carolina Grajales se indica como su progenitora, a “GLORIA MORA” (f. 12 cuaderno principal).

No desconoce la Sala que puede reclamar el resarcimiento de perjuicios derivados de la muerte de un tercero no solo sus familiares o parientes, sino todo aquel a quien tal hecho se los haya irrogado, incluso los extrapatrimoniales, debiendo demostrarse en debida forma su configuración. Como se sostuvo en la providencia de esta Corporación⁵ invocada por la a quo al resolver el punto, no es de la condición de pariente de donde emerge la legitimación para

² Cfr. Corte Suprema de Justicia. Sala Civil. SC003-2018.

³ En similar sentido: TSP, sentencia 07/12/2016, radicado No.2012-00322-01.

⁴ “Siendo por tanto el parentesco y más concretamente el primer círculo familiar (esposos o compañeros permanentes, padres e hijos), uno de los fuertes hechos indicadores que ha tomado en consideración la jurisprudencia para derivar de allí la inferencia o presunción de que, en razón de los afectos que en ese entorno se generan, la muerte, la invalidez o los padecimientos corporales de unos integrantes hiere los sentimientos de los otros por esa cohesión y urdimbre de que se habla -surgiendo así por deducción la demostración de la existencia y la intensidad del daño moral-, ha de presentarse cabalmente una prueba de esos lazos y es por ello que debe acudir al decreto 1260 de 1970, estatuto que organiza lo concerniente al estado civil (...)”. C.S.J., sentencia SC5686-2018.

⁵ Auto de 25 de abril de 2016, radicado 66001-31-03-2015-00221-01.

demandar, sino de la posición de víctima o afectado por el hecho dañino. Lo que acá sucede es que se invocó una precisa calidad para reclamar ese perjuicio, que no se demostró, sin que pueda atenderse lo pretendido con base en una causa fáctica distinta.

En consecuencia, frente a la demandante Gloria Amanda Mora de Grajales existe una falta de legitimación en la causa por activa, y así deberá declararse.

En cuanto hace con la legitimación en la causa por pasiva la misma se encuentra estructurada en cabeza de SaludCoop E.P.S. en liquidación. En ese sentido, en las historias clínicas aportadas se lee que el menor fue atendido por instituciones prestadores de servicios de salud por convenio con esa entidad, teniendo en cuenta la afiliación con esa E.P.S. (v.gr. arch. "Registros Hospitalarios 8 de mayo de 2012", cuaderno "CD`S", primera instancia). Su llamado al proceso para resistir las pretensiones se soporta, entonces, por ser la entidad a la que la víctima se encontraba afiliado en salud, calidad en la que de manera directa y solidaria responde por la prestación del servicio de salud que reciben sus usuarios (artículos 2341 y 2344 del C.C., art. 177 de la Ley 100 de 1993⁶, y 14 de la Ley 1122 de 2007⁷).

4.- Se desenvuelve la responsabilidad civil médica entre los siguientes elementos axiológicos: (i) el daño, (ii) el actuar culposo del demandado y (iii) el vínculo de causalidad entre aquel y este.

4.1.- En el caso el daño no amerita discusión alguna: lo es la muerte del menor Tomas, que ocurrió el 19 de mayo de 2012, en las instalaciones de la Clínica Pereira, donde se encontraba hospitalizado. El registro de defunción obra a folio 8 del cuaderno principal.

4.2.- Sobre los dos elementos restantes se precisa lo siguiente:

⁶ "Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley."

⁷ "Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento. Las entidades que a la vigencia de la presente ley administran el régimen subsidiado se denominarán en adelante Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS). Cumplirán con los requisitos de habilitación y demás que señala el reglamento."

La sentencia apelada, en últimas, descansó en la ausencia de prueba del nexo causal. Si bien de la lectura de la historia clínica reconoció la existencia de conductas que pueden constituir culpa, como la aplicación de un medicamento errado, la suspensión del medicamento por desabastecimiento o la ausencia de plaquetas para realizar la transfusión cuando fue ordenada, lo cierto es que no encontró demostrado las consecuencias que ello generó en la salud del menor, o la relación entre tales situaciones y su muerte. Tampoco halló la demostración del nexo entre el deceso y la infección intrahospitalaria alegada.

La alzada se esfuerza en demostrar que la causa de la muerte fue aquella infección, de lo cual sí da cuenta la historia clínica. Si bien se hace alusión a los otros actos médicos que identificó en la demanda como negligentes, refundiendo en su alegato causa y culpa cual si fueran categorías semejantes⁸, no determinó con precisión cuál era el error de juicio cometido por la *a quo* al descartarlos como causa del deceso (véase audiencia de instrucción y juzgamiento, minuto 1:22:45 y ss.), causalidad que él mismo descarta al señalar en la sustentación que el menor murió por la infección.

Es por lo anterior que el análisis de la Sala se centrará de manera inicial y exclusiva en la infección asociada a la atención en salud que se presenta como causa de la muerte, por ser el problema medular que se suscita en la apelación.

4.3.- Para que alguien pueda ser condenado a responder de los perjuicios sufridos por otro resulta imprescindible que se le pueda atribuir jurídicamente su causa.

Para resolver el punto es necesario desarrollar un análisis que, siguiendo de cerca la jurisprudencia de casación civil⁹, se compone de dos fases o etapas: *“La primera, conocida como causalidad fáctica, o causalidad de hecho, tiene por objeto identificar, en sentido material, si una actividad es condición necesaria para la producción del hecho dañoso; la segunda, que suele denominarse como causalidad jurídica, o alcance de la responsabilidad busca atribuir, a través de criterios normativos, la categoría de causa a una de esas condiciones antecedentes –como directiva para imputar a su autor las secuelas de la interacción lesiva–.”*¹⁰

⁸ Sobre el tema se puede consultar: TSP. Sentencia de 10/06/2020, radicado No. 2017-00190-00. CSJ.

⁹ En este Tribunal se acogió el análisis planteado así: TSP. SC-0039-2021, SC-0046-2021, SC-0060-2021.

¹⁰ CSJ, sentencia SC4425-2021 de 4 de octubre de 2021.

Tal distinción ya había sido planteada de antes por la Corporación, como cuando en la sentencia SC13925 del 30 de septiembre de 2016 expresó: *“Cuando en el lenguaje común y corriente se toma un hecho como generador de una consecuencia jurídica, normalmente se está en presencia de un concepto normativo y no naturalista de causa, sin que esta distinción se haga explícita en la mayoría de los casos por fuerza de la costumbre. Al respecto, GOLDENBERG explica: «No debe perderse de vista el dato esencial de que, aun cuando el hecho causa y el hecho resultado pertenecen al mundo de la realidad natural, el proceso causal va a ser en definitiva estimado de consuno con una norma positiva dotada de un juicio de valor, que servirá de parámetro para mensurar jurídicamente ese encadenamiento de sucesos. Para la debida comprensión del problema, ambos niveles no deben confundirse. De este modo, las consecuencias de un hecho no serán las mismas desde el punto de vista empírico que con relación al área de la juridicidad. En el iter del suceder causal el plexo jurídico sólo toma en cuenta aquellos efectos que conceptúa relevantes en cuanto pueden ser objeto de atribución normativa, de conformidad con las pautas predeterminadas legalmente, desinteresándose de los demás eslabones de la cadena de hechos que no por ello dejan de tener, en el plexo ontológico, la calidad de “consecuencias”». (La relación de causalidad en la responsabilidad civil. Buenos Aires: Editorial Astrea, 2011, p. 8)”*

Y lo reiteró, por ejemplo, en sentencias SC3348-2020, SC2348-2021 y SC3919-2021, donde sentenció nuevamente que *“en la búsqueda del nexo causal concurren elementos fácticos y jurídicos, siendo indispensable la prueba - directa o inferencial- del primero de ellos, para lograr una condena indemnizatoria”*. Lo relevante, entonces, es la prueba – directa o por inferencias - de la atribución fáctica o material del daño en cabeza del servicio médico y sanitario brindado por la demandada.

4.4.- El examen de la **causalidad fáctica**, como ya se anunció, busca determinar en forma razonable, desde una perspectiva estrictamente física o material, los hechos o actuaciones que probablemente tuvieron injerencia en la producción del daño. Para desarrollarlo se acude al test de la *conditio sine qua non*, o *“método experimental de la eliminación mental: si eliminado mentalmente el hecho imputable, subsiste el daño, el hecho no es causa del daño; si eliminado mentalmente el hecho, el daño desaparece, el hecho sí es causa del daño. Es condición necesaria del daño en iguales condiciones que todos los demás que cumplan con el test”*.¹¹

¹¹ Baena Aramburo, Felisa. La causalidad en la responsabilidad civil. Tirant lo blanch. Bogotá. 2021. Pág. 12. Los principios de derecho europeo de la responsabilidad civil presentan la *conditio sine qua non* (Art. 3:101) así: *“Una actividad o conducta (en adelante, actividad) es causa del daño de la víctima si, de haber faltado tal actividad, el daño no se hubiera producido”*. Principios de derecho europeo de la responsabilidad

El anterior ejercicio permite seleccionar, entre los diversos sucesos que antecedieron al daño, aquellos imprescindibles para que sucediera, obtenidos “a partir de las reglas de la vida, el sentido común y la lógica de lo razonable”¹², dejando de lado aquellas presuntas causas que, en realidad, devienen inocuas frente al resultado, o tan solo coadyuvan a su realización. Esas potenciales causales que resulten seleccionadas serán materia del segundo análisis.

4.5.- La segunda fase o de **causalidad jurídica**, consiste en una valoración de esa misma naturaleza que persigue “establecer si el resultado dañoso causalmente imbricado a la conducta del demandado, puede o no serle objetivamente imputado”¹³. Se resolverá acá, entonces, si resulta viable atribuir al demandado las secuelas del “resultado dañoso en cuya producción intervino materialmente”¹⁴, o si “¿Existe algún principio que impida tratar a Y como la consecuencia de X para efectos legales?”¹⁵, entendiendo por Y el daño, y por X la causa física identificada.

De entre las causas seleccionadas en la fase inicial, entonces, solo importan para el derecho aquellas que sean jurídicamente relevantes para comprometer la responsabilidad del demandado, no en un plano de culpabilidad, sino como autor del efecto dañoso. Para determinarlo se debe hacer una “evaluación jurídica, con el fin de atribuir sentido legal a cada gestión, a partir de un actuar propio o ajeno, donde se hará la ponderación del tipo de conexión y su cercanía” (CSJ, SC3919-2021), valiéndose la jurisprudencia “—explícita o implícitamente— del criterio denominado causa adecuada, según el cual el agente debe ser considerado responsable «solo del daño que resulta regularmente y de acuerdo con el curso normal de las cosas de la conducta o actividad desplegada»¹⁶, teniendo en cuenta variables como la previsibilidad, la cercanía temporal entre la conducta y el daño, o la entidad de este en relación con las secuelas de aquella, entre otras” (CSJ, sentencia SC4425-2021)¹⁷.

civil. EUROPEAN GROUP ON TORT LAW . Revista de Derecho Privado [en línea]. 2005, (9), 221-234[fecha de Consulta 20 de Enero de 2022]. ISSN: 0123-4366. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=417537584011>

¹² CSJ. Sentencia SC3348 del 14 de septiembre de 2020 ya citada.

¹³ Juan Manuel Prevof, El problema de la relación de causalidad en el derecho de la responsabilidad civil. En Revista Chilena de Derecho Privado, n° 15, 2010, p. 165. Cita tomada de la sentencia SC3919-2021.

¹⁴ CSJ, sentencia SC4425-2021 ya citada.

¹⁵ Baena Aramburo, Felisa. Op. Cit.

¹⁶ MARTIN-CASALS, Miquel. *Acotaciones sobre la relación de causalidad y el alcance de la responsabilidad desde una perspectiva comparada*. En: SANTOS, María, et al. (Dir.). *Nuevos retos del Derecho de daños en Iberoamérica*. Ed. Tirant lo Blanch, Valencia. 2020, pp. 225.

¹⁷ Al respecto señalan los principios de derecho europeo de responsabilidad civil: “Sección 2. Alcance de la responsabilidad. Art. 3:201. Alcance de la responsabilidad. Si una actividad es causa en el sentido de la Sección 1 de este Capítulo, la cuestión de si puede ser imputada a una persona y en qué medida depende de factores como los siguientes: a) la previsibilidad del daño para una persona razonable en el momento de producirse la actividad considerando, en especial, la cercanía en el tiempo y en el espacio entre la actividad dañosa y su consecuencia, o la magnitud del daño en relación con las consecuencias normales de tal actividad; b) la naturaleza y valor del interés protegido (art. 2:102); c) el fundamento de la responsabilidad (art. 1:101); d) el alcance de los riesgos ordinarios de la vida; y e) el fin de protección de la norma que ha sido violada”.

4.6.- En el campo de la responsabilidad médica, las pruebas técnicas (v.gr., dictámenes periciales y testigos técnicos) ofrecen mayor poder de convicción para encontrar configurados los elementos necesarios para su estructuración, en especial el nexo causal y la culpa¹⁸. Con todo, es bueno precisar que al respecto no existe una tarifa legal, luego cualquier medio de convicción puede ser usado para llevar certeza al juzgador sobre su existencia, valga decir, indicios, documentos - como la historia clínica -, testimonios no técnicos, dependiendo de lo claro y certero que estos se muestren frente al hecho por probar. Corresponderá en cada caso concreto su valoración, de manera individual y en conjunto, para hallar su eficacia demostrativa.

De acuerdo con la Ley 23 de 1981, la historia clínica es un documento privado que contiene “el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente”, y debe dar cuenta de manera cronológica, de su estado, de “los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención” (artículo 1°, Resolución 1995 de 1998). Su valoración, conforme a los demás medios de prueba, debe realizarse en conjunto, atendiendo las reglas de la sana crítica, sin perder de vista que, tratándose de un documento técnico, en regla de principio su comprensión escapa a los profesionales del derecho, por lo que, salvo casos marcadamente groseros o evidentes, se necesita que sean analizados por profesionales de la medicina para extraer de ella con claridad, juicios de causalidad o de culpabilidad.¹⁹

5. Caso concreto

Sostiene el recurrente que el menor Tomas murió a causa de una infección asociada a la atención en salud que recibía, de lo cual da cuenta la historia clínica. Anticipa la Sala que le asignará la razón a su teoría del caso porque, aun cuando en el expediente no existe prueba pericial ni algún otro medio probatorio adicional a los registros de las diversas historias clínicas, ellos por sí solos son claros y suficientes al permitir identificar la causa material del deceso del menor y el *iter* causal que le precedió, que coincide con lo señalado por la parte actora, y, como se explicará, puede ser imputado a la persona jurídica demandada.

¹⁸ Cfr. Corte Suprema de Justicia. Sala de casación civil. Sentencia del 26 de septiembre de 2002. Expediente 6878.

¹⁹ Op. Cit. SC003-2018. Cfr. T.S.P. Decisión del 15 de enero de 2021. Exp. 66001310300420160019701. M.P. Jaime Alberto Saraza Naranjo. *“Existiendo en la materia libertad probatoria, al ser el juez ajeno al conocimiento médico, la Corte tiene sentado que “(...) un dictamen pericial, un documento técnico científico o un testimonio de la misma índole, entre otras pruebas, podrán ilustrar (...) sobre las reglas (...) que la ciencia de que se trate tenga decantadas en relación con la causa probable o cierta de la producción del daño que se investiga (...)”. Las historias clínicas y las fórmulas médicas, por lo tanto, en línea de principio, por sí, se insiste, no serían bastantes para dejar sentado con certeza los elementos de la responsabilidad de que se trata, porque sin la ayuda de otros medios de convicción que las interpretara, andaría el juez a tientas en orden a determinar, según se explicó en el mismo antecedente inmediatamente citado, “(...) si lo que se estaba haciendo en la clínica era o no un tratamiento adecuado y pertinente según las reglas del arte (...)”.*”

5.1.- En efecto, consta en la última anotación de evolución médica en la historia clínica del menor fallecido lo siguiente (19/05/2012):

Fecha Evolución: 2012/05/19 02:00
Subjetivo :
Objetivo : edad 2 años 9 meses 28 días
DIX DE MANEJO
1-SHOCK SEPTICO.
2-DISFUNCION MULTIORGANICA
3-EPILEPSIA DE DIFICIL CONTROL.
4-NEUROFIBROMATOSIS
5- FALLA RENAL AGUDA?
6- NEUMOTORAX BLATERAL A TENSION.

NUEVAMENTE INFORMAN EPISODIO DE BRADICARDIA SEVERA Y ASISTOLIA SE INICIA MANIOBRAS DE REANIMACION DURANTE 25 MINUTOS SIN RESPUESTA Y FALLECE.
MANEJO: ATROPINA, ADRENALINA, LIDOCAINA.
PADRES YA VENIAN SIENDO INFORMADOS DE LA SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD Y EL SERIO PRONOSTICO.

Analisis : .

Ubicación al momento de la Evolución: UCI Pedátrica-240

Diagnósticos
Nombre Diagnóstico: Otras formas de choque CIE10: R578
Observaciones Diagnóstico: SEPTICO, FOM

Especialista : Julian Grajales Rojas Especialidad : Médico

Las siglas CIE corresponden a Clasificación Internacional de Enfermedades, y CIE10 a la décima revisión. Constituye uno de los estándares internacionales más usados para elaborar estadísticas de morbilidad y mortalidad en el mundo (Organización Panamericana de la Salud)²⁰. En el caso, entonces, el médico que elaboró la nota del deceso estableció su relación con “*otras formas de choque*”, en concreto el choque “*SEPTICO, FOM*”.

La anterior nota no resulta aislada o sorpresiva en el contexto de la historia clínica analizada (puede ser revisada en el cuaderno de primera instancia, carpeta CD’S, teniendo cada archivo en su nombre la fecha de inicio de la atención²¹), en especial de los últimos días de vida del paciente. Nótese como allí mismo, al señalar los diagnósticos de manejo, se indicaron en primer lugar el (1) shock séptico, y en segundo término (2) la disfunción multiorgánica, valoraciones que se aprecian con claridad en toda la atención en salud, a partir del 15 de mayo de 2012, como pasa a exponerse, habiendo incluso desplazado el diagnóstico inicial que motivó la repetida visita del menor al centro de salud (convulsiones a repetición, neurofibromatosis, epilepsia).

El 14 de mayo de 2012 (evolución de las 9:42 am) – pp 25 y 26 archivo 08-05-2012 -, por fiebre de 3 días de evolución se sospecha infección viral. Ese mismo día en valoración de las 9:08

²⁰ https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3561:2010-clasificacion-internacional-enfermedades-cie&Itemid=2560&lang=es

²¹ Para mayor facilidad se indican los rangos de páginas dentro de las dos últimas historias clínicas, así: - Del 23/04/2012 a 5/05/2012 = 1 a 9: notas de enfermería; 9 a 38: evolución médica; 38 a 75: medicamentos; 76 a 81: órdenes no farmacológicas; 81 a 92: insumos; 92 a 97: ayudas diagnósticas y terapéuticas. – Del 08/05/2012 a 19/05/2012: 1 a 8: notas de enfermería; 8 a 52: evolución médica; 52 a 115: medicamentos; 115 a 120: órdenes no farmacológicas; 120 a 130: insumos; 130 a 147: ayudas diagnósticas y terapéuticas.

pm (p. 27 lb.), se advirtió la existencia de edema en cara y en extremidades, sin descartar “*septicemia Vs dengue*”.

Al día siguiente (mayo 15) aumentaron los edemas, y en la valoración de las 7:27 am se indicó que la serología para el dengue había salido negativa. La interpretación de este examen también obra en la página 40 del archivo “registros hospitalarios 8 de mayo de 2012”. Se descartó así esa enfermedad (dengue) como causante del foco de fiebre y deterioro que presentaba el menor, por lo que se insistió en la “probable septicemia”. Se encontraba pendiente el reporte de los cultivos. Se decidió también realizar una punción lumbar (PL) para descartar infección de sistema nervioso central (snc) – p. 29 lb. – En la valoración de ese mismo día a las 4:32 pm se revisó el reporte de bioquímico “LCR NORMAL, NO ES COMPATIBLE CON NEURO INFECCION”.

En la evolución médica del mismo 15 de mayo a las 3:11 pm, el médico Juan Carlos Arroyave Franco señaló que el paciente tenía signos clínicos de sepsis, e indicó que del laboratorio informaban que está creciendo un bacilo gram negativo en los hemocultivos tomados la noche anterior, se cambió un medicamento (a meropenem) para cubrir gérmenes nosocomiales – pp. 29 y 30 lb. -.

A partir de la valoración de ese mismo día a las 9:29 pm inició el deterioro “rápido y progresivo” de la función respiratoria (por falla respiratoria, se ordenó intubación para soporte ventilatorio), neurológica (no responde a estímulos), cardíaca (requirió masaje cardíaco durante 3 minutos y 2 dosis de adrenalina, luego de la cual se recuperó el pulso – disfunción miocárdica) y renal del menor (las últimas anotaciones hablan de inicio de falla renal porque no responde a los diuréticos).

La doctora María Claudia Flórez Aristizábal, en evaluación del 16 de mayo a las 9:57 am, señaló como impresión diagnóstica choque séptico por gramnegativos y falla orgánica de varios sistemas (p. 35 lb.), lo que ratificó en su análisis (choque séptico por gramnegativos) y diagnóstico (septicemia no especificada, gramnegativo aun no tipificado). Las valoraciones sucesivas ofrecieron la siguiente información relevante en cuanto acá se analiza:

Fecha	Hora	Diagnóstico / observaciones
16/05/2012	4:26 p. m.	Fiebre no especificada. Sepsis, SDR (síndrome de dificultad respiratoria)
16/05/2012	6:49 p.m.	Otras neumonias bacterianas
16/05/2012	9:36 p.m.	Sepsis por gramnegativos & infección nosocomial / SDRA. Septicemia debida a otros organismos gramnegativos.
17/05/2012	10:18 a.m.	Sepsis por gramnegativos / SDRA / falla respiratoria.
17/05/2012	3:19 p.m.	Sepsis severa Disfunción multiorgánica. Septicemia no especificada.
18/05/2012	10:21 a.m.	IDX Choque séptico por klebsiella pneumonie, sdra (...) con falla renal inicial. Si no hay función renal se estará iniciando diálisis peritoneal.
18/05/2012	12:52 p.m.	Paciente con falla multisistémica. Otras septicemias especificadas.
18/05/2012	6:42 p.m.	Neumonía debida a klebsiella pneumonie
18/05/2012	8:19 p.m.	Otras septicemias especificadas
18/05/2012	8:33 p.m.	Se deja anotación del reporte de hemocultivos 1-2 klebsiella pneumonie. Klebsiella pneumonie como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos.
19/05/2012	12:40 a.m.	Diagnósticos anotados, falla orgánica múltiple. Compromiso pulmonar, cardiovascular, renal, metabólico, infeccioso, edema generalizado, abotagado, enfisema subcutaneo severo, neumotorax.

Nótese entonces que la historia clínica permite inferir con claridad que la muerte del menor obedeció a choque séptico con falla multiorgánica, sepsis que a su vez se gestó debido a la infección con klebsiella pneumonie o neumonía por klebsiella pneumonie adquirida, circunstancia que se encuentra ampliamente documentada por el mismo personal de salud que le atendió, y según se anotó el 18 de mayo a las 8:33 pm, estaba confirmada con el reporte de hemocultivo – p. 50 lb.-. La misma evolución enseña cómo las otras dolencias que se sospecharon (dengue e infección del sistema nervioso central), fueron oportunamente descartadas con los procedimientos que se realizaron con ese objeto.

Restaría determinar si de la misma historia clínica se puede obtener, si la klebsiella pneumonie fue una infección adquirida intrahospitalariamente, como se sostiene por el apelante.

Se considera una infección asociada a la atención sanitaria aquella que no está presente ni incubándose en el momento de la admisión, pero que se observa durante la estadía hospitalaria o al alta del paciente. A su turno, la infección asociada a la atención en unidades de cuidados intensivos (UCI) es aquella infección que no está presente ni incubándose en el momento de la admisión a la unidad de cuidados intensivos y que puede estar relacionada con el período

de internación en la UCI e incluso detectarse después del alta de la unidad. Puede asociarse también a los procedimientos invasivos realizados al paciente durante su estancia en aquella unidad²².

Advierte de forma expresa la Sala que acude nuevamente a una página web de una reconocida organización internacional de salud pública (Organización Panamericana de la Salud) para obtener un concepto o definición “*que, por ser propios de la medicina, no son del conocimiento de los profanos a la materia, y en ello no se advierte irregularidad*” (CSJ, SC3729-2021 ya citada). No se usa como prueba, sino como referente científico para su valoración, en concreto para el mejor entendimiento de la historia clínica, como regla de la experiencia de conocimiento científico relacionado con el arte u oficio sobre el que versa el proceso (CSJ, SC042-2022; SC9193-2017)²³. El uso de información científica de manera diferente podría resentir las garantías de contradicción de las partes del proceso (CSJ, SC5186-2020).

La Sala procedió a revisar las historias clínicas del menor desde el 19 de abril de 2012, con el siguiente resultado:

Lugar atención	Fecha	Motivo	Información asociada a síntomas respiratorios	Impresión diagnóstica	¿Fue hospitalizado ?
Urgencias	19/04/2012	Consulta por edema (chichón) en región frontal izquierda, producto de caída en las escaleras de la casa.	Campos pulmonares bien ventilados. Ruidos cardíacos rítmicos. Afebril. Glasgow: 15	Traumatismo superficial	No
Urgencias	21/04/2012	Consulta por episodio convulsivo.	Campos pulmonares bien ventilados. Ruidos cardíacos rítmicos. Afebril. Glasgow: 15	Traumatismo superficial. Otras convulsiones (post trauma).	En observación pediátrica. Tuvo episodios convulsivos en la institución. Dado de alta al día siguiente.
Urgencias	23/04/2012	Consulta por nuevo episodio convulsivo.	Murmullo vesicular conservado. Afebril. Glasgow: 15	Otras convulsiones	Dr. Martínez (pediatra) decide hospitalizar.

La hospitalización relacionada en la última fila se extendió del 23 de abril al 5 de mayo de 2012. Según nota de enfermería del 24/04/2012, 8:10 pm, el menor fue trasladado a intermedios UC, según la evolución médica, para monitoreo hd respiratorio y neurológico - nota de la misma fecha, 9:16 pm -. Se destaca que las notas de enfermería siempre refirieron, durante esta estancia hospitalaria, buen patrón respiratorio, buena saturación y sin fiebre.

²² Organización Panamericana de la Salud. Módulo I : Vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención en salud; 2011. Consultado en: <https://www.paho.org/es/documentos/modulo-i-vigilancia-epidemiologica-infecciones-asociadas-atencion-salud-2011>

²³ Sobre el uso de información recopilada de internet como criterio hermenéutico o de valoración de la prueba pericial, y la forma cómo debe hacerse, se pueden consultar providencias de esta Corporación, así: TSP, sentencia del 01/09/2017, radicado No.2012-00283; sentencia del 01/12/2017, radicado No.2012-00370.

De la evolución médica, se recalca:

- 24/04/2012: No SIRS (síndrome de respuesta inflamatoria sistémica) actual, sin signos dificultad respiratoria.
- 26/04/2012 - 9:41 pm: en la auscultación del médico Martínez Ríos se habla de movilización de secreciones gruesas, sin más datos.
- 27/04/2012 - 12:13 pm: Nota de valoración por neuropediatría, donde se confirma el diagnóstico de neurofibromatosis tipo I.
- De la misma fecha (27/04/2012) obra otra auscultación con resultado "ESCASOS RONCUS EN ACP" (10:30 am) y se reporta por la familia la presencia de tos frecuente (4:02 pm), en la evaluación médica se encontró: CREPITOS GRUESOS EN BASE DERECHA, SIN SDR – síndrome de dificultad respiratoria -, SIN DISNEA NI TAQUIPNEA. Esa misma tarde se practica terapia respiratoria, encontrándose ruidos respiratorios simétricos bilaterales con estertores ocasionales en base. Inhalaciones con salbutamol. Respecto del salbutamol (medicamento usado en la terapia respiratoria), se evidencia en el listado de fármacos usados que lo ordenó el Pediatra Jairo Bedoya desde el 27/04/2012, y aparece aplicado los días 27 a 30 de abril y 2 de mayo. Ya en la evaluación médica de la noche aparece como diagnóstico Bronquiolitis aguda, no especificada.
- 29/04/2012 - 3:10 pm: en valoración se indica que ha disminuido la tos.
- 30/04/2012 - 2:30 am: ruidos respiratorios normales.
- 01/05/2012 - 5:41 pm: se refiere tos húmeda, y se puede trasladar a piso.
- 03/05/2012 - 11:22: tos escasa. Ese mismo día en control con neuropediatría, se autoriza el alta con control.
- Luego de un nuevo episodio convulsivo (4/05/2012), se da de alta el 05/05/2012 con un examen general normal (Dr. Jairo Bedoya Giraldo.)

La última historia clínica inicia el 8 de mayo de 2012, donde se consulta otra vez a urgencias por nuevos episodios de convulsión. Se advirtió, a la valoración pediátrica, que el paciente estaba en aceptables condiciones generales, con murmullo vesicular conservado sin sobreagregados, sin que se evidencie alguna anotación que sugiera síntomas adicionales como tos, fiebre o dificultad para respirar. Según la historia clínica, sitio de la evolución y la nota de enfermería de las 11:37 am, desde ese mismo día el niño fue trasladado a la UCI

pediátrica, y ubicado en la cama 240, donde quedó con oxígeno por cánula y catéter periférico para la administración del medicamento (nota enfermería 11:45 am), misma cama que ocupó hasta su deceso que ocurrió 11 días después (mayo 19).

El 10 de mayo, según nota de enfermería de las 5:04 am, se canalizó un nuevo acceso venoso para el suministro de medicamentos.

Solo hasta el 12 de mayo, según nota de enfermería de las 4:52 pm, aparece referencia en la historia clínica a la existencia de un pico febril.

A las 5:39 am del 14 de mayo, las notas de enfermería indican que en la noche anterior el menor presentó nuevo pico febril con escalofríos y respiración ruidosa.

Las notas de enfermería coinciden con la evolución médica, donde se lee efectivamente que solo en la valoración galénica del 12 de mayo a las 2:57 pm, se refiere por primera vez la presencia de fiebre, que reapareció a las 19:11 y no cedía a acetaminofén ni medios físicos. El 12 de mayo a las 20:22 se cambió nuevamente el medicamento para la fiebre (de dipirona a nimesulida). El 14 de mayo, en valoración de las 9:42, ante la información del nuevo pico febril y escalofríos, atendiendo los 3 días de evolución de fiebre, el médico sospecha de infección viral, se ordenan paraclínicos de control y dipirona. A esa altura de la evolución señala la historia clínica que la madre refería que su hijo estaba "hinchado", lo que se confirma en las evaluaciones médicas de ese día a las 21:08 (edema en cara y extremidades), y del 15 de mayo a la 1:25 (aumento de los edemas, oliguria²⁴).

Una vez descartado el dengue, en la valoración médica del 15 de mayo a las 7:27 se plantea por el galeno una probable septicemia. De allí en adelante, la evolución tórpida que presentó ya se analizó, hasta llegar a la muerte.

Se infiere de lo anterior por este Tribunal que en ninguna de las atenciones realizadas los días 19, 21 y 23 de abril de 2012, el paciente reflejaba algunos de los síntomas relacionados con la situación que finalmente lo condujo a la muerte (choque séptico con falla multiorgánica, al haber sido infectado por *klebsiella pneumonie*).

²⁴ Disminución del gasto urinario, cuando se produce menos orina de lo normal. Definición tomada de: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003147.htm>

Dado de alta el 5 de mayo de 2021, luego de haber estado hospitalizado desde el 23 de abril, tampoco se hizo referencia a la salida con algún síntoma relacionado a ella, pues los episodios respiratorios que cursó fueron diagnosticados como bronquiolitis, y no se habla de ellos a la orden de alta. Es más, cuando reconsultó el 8 de mayo e ingresó a la unidad de cuidados intensivos pediátricos, solo se refiere la información a los nuevos episodios de convulsiones, que no se encontraban controladas no obstante el suministro del medicamento, sin síntomas asociados a una enfermedad diferente.

Fue solo a partir del 12 de mayo en la tarde, luego de 4 días de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos, que el paciente comenzó a reportar señales distintas, como fiebre, escalofríos, ruido al respirar, y más adelante disminución de orina, que llevaron a sospechar en la presencia de septicemia, confirmándose finalmente con el reporte de laboratorio el positivo para klebsiella pneumoniae, y las fallas que en sus diferentes sistemas empezó a padecer hasta fallecer.

Que los nuevos síntomas presentados estén asociados a la infección no es asunto que suponga el Tribunal, o sobre lo cual no exista prueba, pues se infiere de manera razonable del mismo contenido de la historia clínica y del comportamiento adoptado por el personal médico: fueron los galenos, según los reportes escritos analizados, quienes asociaron la fiebre de tres días de evolución con un posible proceso infeccioso frente al cual, como ya se vio, se descartó su origen viral (dengue), así como su relación con una infección de sistema nervioso central, confirmándose por el contrario frente a la infección de origen bacteriano, que allí mismo se catalogó como nosocomial.

Se trató, entonces, de una enfermedad que no estaba presente en el momento de la admisión del menor en la Clínica Pereira el 8 de mayo de 2012, ni al momento de su ingreso en la unidad de cuidados intensivos pediátricos, y que se observó durante la estadía hospitalaria del paciente. Esa conclusión, en adición al análisis ya realizado, se reitera que se soporta también en el comportamiento del personal médico. Nótese como, ante el reporte preliminar de crecimiento de bacilos gramnegativos en el hemocultivo, de inmediato el médico ordenó el suministro de meropenem, con el propósito de “*cubrir gérmenes nosocomiales*” – evolución del 15 de mayo a las 15:11 –. Del mismo modo, en valoración del 16 de mayo a las 21:36 puede leerse de parte del médico que valora, el siguiente diagnóstico: “EPILEPSIA DE DIFICIL

CONTROL SECUNDARIA A NFT TIPO 1 / SEPSIS X GRAM NEGATIVOS & INFECCION NOSOCOMIAL/ SDRÁ". (se subraya)

También se soporta en la forma misma como ocurrieron las cosas que, acudiendo a las reglas de la experiencia y al sentido de lo razonable, permiten sostener que se trata de una infección adquirida en el servicio de salud. Nótese que se trataba de un menor que consultaba desde hace días por otro evento distinto, sin enfermedades de base u otros diagnósticos diferentes a los que motivaban las consultas (convulsiones de difícil manejo), que estuvo en unidad de cuidados intensivos y fue sometido a procedimientos invasivos, como la instalación del catéter periférico para el suministro de medicamentos por lo menos en dos ocasiones, en la misma hospitalización, antes de empezar a exteriorizar síntomas de infección.

Es cierto, como lo señaló la a quo, que en la historia clínica también se habla en una ocasión de "sospecha de infección nosocomial", cuando se asentó el reporte de hemocultivo positivo para K. pneumonie – valoración del 18 de mayo a las 20:33 -. Sin embargo, cree la instancia que esa exclusiva anotación en términos de "sospecha" no puede ser suficiente para desvirtuar el resto del análisis realizado, conforme a las circunstancias en que ocurrieron los hechos, debiendo entenderse en el punto *"que, en la valoración del comentado medio de demostración, es imperativo, como en las otras probanzas, atender las reglas de la sana crítica, sin soslayar, de un lado, que su elaboración está deferida a quienes eventualmente estarán involucrados en la relación jurídica discutida en el proceso y, de otro, que la ausencia del registro o su diligenciamiento con omisiones, errores o inexactitudes, puede generar un indicio grave en contra del profesional de la medicina o de la institución de salud"* (SC3729-2021 ya citada). Si bien con posterioridad de ella no hay una sola nota que vuelva a hablar de la infección asociada a la atención en salud, pues el menor murió menos de 24 horas después, lo cierto es que a esa altura ya existía suficiente información para concluirlo así, sobre lo cual ya se avanzó.

Sirve también para afianzar esta conclusión el indicio grave en contra que gravita en contra de la demandada, en atención a la omisión al no contestar la demanda, aspecto en el que viene bien precisar que para el momento en que eso ocurrió el proceso transitaba por el trámite establecido en el anterior estatuto procesal civil, cuyo artículo 95 señalaba como sanción para la ausencia de respuesta a la demanda, un indicio grave en contra del demandado. De allí que no sea posible, como lo reclama el recurrente, tener por probados los hechos 4 a 29 del libelo por la vía de la confesión establecida en el actual Código General del Proceso (art. 97).

Se concluye entonces, que el menor murió por un choque séptico con falla multiorgánica, que a su vez se originó por la infección con klebsiella pneumonie o neumonía por klebsiella pneumonie asociada a la atención sanitaria que recibía en la unidad de cuidados intensivos, todo lo cual se deriva en forma razonable del análisis pausado de la historia clínica. De acuerdo con el avance que traía el menor en su atención médica antes de empezar a presentar los síntomas relacionados con la sepsis, era claro que la finalidad de la atención, una vez confirmado el diagnóstico de neurofibromatosis, era lograr el manejo o control de las convulsiones con el medicamento suministrado, todo lo cual sufrió una grave alteración con la aparición del proceso infeccioso, que indudablemente generó su muerte. Dicho en otros términos, de no haberse presentado la infección, el menor no hubiera fallecido.

5.2.- Causalidad jurídica.

Identificada la causa material del daño, se ocupa la Sala de resolver si ella resulta atribuible jurídicamente a la sociedad demandada. La respuesta es afirmativa.

El Decreto 1011 de 2006, actualmente compilado en el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016, establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Dirigido a los prestadores de servicios de salud, entidades promotoras de salud del régimen contributivo o subsidiado, entre otros, define la atención en salud como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población. A su turno, entiende la calidad de la atención de salud como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Esa misma norma define el sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país, sistema que dentro de sus características encuentra la de

seguridad, que se plantea en los siguientes términos: *“Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias 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”*.

La Resolución 1446 de 2006 del Ministerio de Protección Social, vigente para cuando ocurrieron los hechos que acá se juzgan²⁵, definía el Sistema de Información para la Calidad y adoptaba los indicadores de monitoreo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS). Corresponde, en cuanto acá interesa, a una estrategia de vigilancia y de gestión de eventos adversos. Allí, en el nivel de monitoría interna, se incluyeron los indicadores que se evalúan y los eventos adversos que se vigilan al interior de los actores en la implementación del SOGCS. En el Anexo Técnico que forma parte integral de la resolución se incluye la tasa de infección intrahospitalaria (indicador nivel monitoría del sistema) bajo el dominio gerencia de riesgo, para las IPSs, y en la ficha técnica se define *como la incidencia de infecciones que aparecen dentro del ámbito hospitalario o asistencial, como complicación de un proceso de atención ambulatorio o con internación. A través de él puede monitorizarse la eficiencia de los procesos de asepsia y antisepsia utilizados para el control de microorganismos patógenos en el personal asistencial, las áreas físicas, los equipos y materiales de la institución*.

En el año 2008 el Ministerio de la Protección Social expidió la guía sobre Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente²⁶. Se explicó allí que la iniciativa se lidera por el SOGCS, y su objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente (página 9). Se afirma que las acciones requeridas se derivan de la tipificación de acuerdo con la frecuencia y severidad de los riesgos identificados, indicando en primer lugar la infección nosocomial (página 19), y en su anexo 2 se clasifican los tipos de atención en salud insegura que pueden causar eventos adversos (Adaptación para uso en Colombia, de la clasificación propuesta en la “International Classification for Patient Safety”, 1.0 de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la O.M.S.), dentro de ellos la infección ocasionada por la atención en salud (tipo 4).

²⁵ Fue derogada por el artículo 16 de la Resolución 256 de 2016, conforme al régimen de transición dispuesto en el artículo 15. La muerte que motivó el presente asunto ocurrió el 19 de mayo de 2012.

²⁶ (2008). Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. Seguridad del paciente; Calidad de la atención en salud; Seguridad del paciente;. 52 p. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_D EL_PACIENTE.pdf

En el anterior contexto, las entidades hospitalarias deben “...de tomar todas las medidas necesarias para que [el paciente] no sufra ningún accidente en el curso o con ocasión del cumplimiento de las prestaciones esenciales que por razón del contrato dicho centro asume” (GJ. T.CLXXX, pág. 421, citada en SC-003 de 1º de febrero de 1993, rad. n°. 3532).” En ese sentido, merecen connotación especial las infecciones intrahospitalarias, o infecciones asociadas a la atención en salud, sobre cuyo deber de evitarlas ha señalado la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia:

“Tal obligación supone la implementación y mantenimiento de medidas dirigidas a prevenir accidentes e infecciones, sobre la base de un control estricto acorde con protocolos contentivos de normas técnicas, adoptados por el propio centro de salud o exigidos por las autoridades que tienen a su cargo su inspección, vigilancia y control, y que se extienden pero no se limitan a la señalización, transporte adecuado de enfermos, dotación infraestructural apropiada, métodos de limpieza y esterilización, procedimientos de seguridad, desinfección, control de visitas, identificación, idoneidad e inspección en materia de salud del personal, coordinación de tareas con el fin de aminorar errores en procesos, disposición de residuos orgánicos, recintos especializados, entre muchas otras variables. Deberes todos positivos que coadyuvan en el logro de un non facere: que el paciente no sufra ningún accidente.

Todas estas aristas son mucho más relevantes y dignas de que su cumplimiento sea examinado con estrictez, pues, como es suficiente y comúnmente sabido, las bacterias han ganado en resistencia a antibióticos, a resultas de lo cual las infecciones que ellas provocan han multiplicado las muertes por infecciones intrahospitalarias, constituyéndose dicho fenómeno en un grave problema de salud pública^[27].” (CSJ, sentencia SC2202-2019).

Para decirlo con otras palabras, las instituciones hospitalarias deben “hacer lo que esté a su alcance con miras a que su paciente no adquiera en su recinto enfermedades diferentes de las que lo llevaron a hospitalizarse” (Ib.). Así, cuando los protocolos o lineamientos para la implementación de políticas de seguridad del paciente no se cumplen, o se cumplen de manera imperfecta, aumenta de manera enorme el riesgo de que se presenten los eventos adversos

²⁷ Dice la Organización Mundial de la Salud: “Las IAAS, también denominadas infecciones «nosocomiales» u «hospitalarias», son infecciones contraídas por un paciente durante su tratamiento en un hospital u otro centro sanitario y que dicho paciente no tenía ni estaba incubando en el momento de su ingreso. Las IAAS pueden afectar a pacientes en cualquier tipo de entorno en el que reciban atención sanitaria, y pueden aparecer también después de que el paciente reciba el alta. Asimismo incluyen las infecciones ocupacionales contraídas por el personal sanitario. Las IAAS son el evento adverso más frecuente durante la prestación de atención sanitaria, y ninguna institución ni país puede afirmar que ha resuelto el problema. Según los datos de varios países, se calcula que cada año cientos de millones de pacientes de todo el mundo se ven afectados por IAAS. La carga de IAAS es varias veces superior en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos. // Cada día, las IAAS provocan la prolongación de las estancias hospitalarias, discapacidad a largo plazo, una mayor resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos, enormes costos adicionales para los sistemas de salud, elevados costos para los pacientes y sus familias, y muertes innecesarias” Pagina consultada el 29 de enero de 2019: https://www.who.int/qpsc/country_work/burden_hca/es/ // En la presentación del “plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos”, publicado por ese mismo órgano, se lee: “La resistencia a los antimicrobianos supone una amenaza a la esencia misma de la medicina moderna y a la sostenibilidad de una respuesta de salud pública mundial eficaz ante la amenaza persistente de las enfermedades infecciosas. Los antimicrobianos eficaces son imprescindibles para las medidas preventivas y curativas, para proteger a los pacientes frente a enfermedades potencialmente mortales y para garantizar que se puedan llevar a cabo procedimientos complejos, como la cirugía y la quimioterapia, con escasos riesgos.// Sin embargo, el mal uso y el abuso sistemático de estos fármacos en la medicina y la producción de alimentos han puesto en riesgo a todas las naciones. Hay pocos productos de recambio en fase de investigación y desarrollo. Sin medidas armonizadas e inmediatas a escala mundial avanzamos hacia una era posantibiótica en la que infecciones comunes podrían volver a ser mortales. // Alerta ante esta crisis, la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2015 adoptó un plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos...” (<https://www.who.int/antimicrobial-resistance/publications/global-action-plan/es/> página consultada el 29 de enero de 2019)

que se pretenden evitar, como las infecciones asociadas a la atención sanitaria que, dada su gravedad, pueden incluso comprometer la vida del paciente.

En síntesis, y conforme al marco normativo que viene de verse, puede afirmarse que en el curso normal de los acontecimientos resulta previsible en un plano abstracto que, ante la presencia de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), pueda generarse la muerte del paciente, pues aquellas tienen la idoneidad de producir ese resultado, de allí la necesidad imperiosa de controlarlas como problema de salud pública mundial, a través de los protocolos adecuados, obligación que gravita en cabeza de los prestadores del servicio. La muerte del paciente, entonces, no es un resultado completamente atípico a aquellas, como tampoco lo es la presencia de IAAS en espacios donde no se atienden, con estrictez, los protocolos obligatorios para prevenir su aparición.

Así las cosas, el hecho dañoso resulta atribuible jurídicamente a la demandada, al existir una correlación entre el hecho dañino y el daño, pues la ausencia de protocolos adecuados incrementa significativamente la probabilidad de que ocurra una IAAS y esta, a su vez, aumenta el riesgo de lesión o muerte del paciente.

Precisado lo anterior, debe continuarse el examen de los demás elementos constitutivos de la responsabilidad civil demandada, al estar demostrados a esta altura de la providencia el daño y el nexo de causalidad y no existir causales de rompimiento del nexo causal (aspecto negativo de la causalidad) invocadas por la defensa.

6. Fundamento del deber de reparar: la culpa.

Aunque sostiene el recurrente que, muerto el menor por una infección “nosocomial” se debe aplicar un régimen de responsabilidad objetivo, para lo cual se apoya en pronunciamiento de la máxima autoridad dentro de lo Contencioso Administrativo, lo cierto es que dentro de la justicia ordinaria se aplica a la responsabilidad médica un régimen de responsabilidad subjetiva que encuentra en la culpa el fundamento al deber de reparar, que en principio debe ser acreditada por quien la alega. No sobra destacar, en todo caso, que resultaría impropio el empleo de jurisprudencia de otra especialidad, que carece de fuerza vinculante para la Sala, sin justificar su inexistencia en el área civil.

Siguiendo la jurisprudencia civil, al analizar en el contexto médico el elemento culpa, debe entenderse que *per se* la prestación de los servicios de salud presupone que el galeno actúa de forma diligente y cuidadosa, respetando la *lex artis* de la profesión, porque la actividad está atada a los principios de benevolencia y no maledicencia²⁸; luego, de antaño, se concibe como de medios la obligación que surge de la relación médico - paciente, v.gr. art. 16 de la Ley 23 de 1981²⁹, art. 26 de la ley 1164 de 2007 (con la modificación del art. 104 de la Ley 1438 del 2011³⁰), a no ser que se adquiriera una obligación diferente, correspondiendo al demandante demostrar, la impericia, imprudencia, negligencia o violación de la *lex artis* médica por parte del profesional o de la entidad que debía garantizar la debida prestación del servicio³¹.

Ese régimen subjetivo fincado en la culpa aplica, a juicio de la Sala de Casación Civil, incluso a los eventos como los que acá se juzgan, al ser las infecciones intrahospitalarias un riesgo inherente a la prestación de los servicios de salud, que constituyen un problema de salud pública a nivel mundial y que no han podido ser prevenidas en su totalidad (CSJ., Sentencia SC2202-2019). Sin embargo, y tras catalogar la obligación bajo análisis como una de seguridad - consistente en la implementación y mantenimiento de medidas dirigidas a prevenir accidentes e infecciones, sobre la base de un control estricto acorde con protocolos contentivos de normas técnicas, adoptados por el propio centro de salud o exigidos por las autoridades que tienen a su cargo su inspección, vigilancia y control - , que a su vez subclasificó en obligación de medio, - es de cargo de los estos establecimientos hacer lo que esté a su alcance con miras a que su paciente no adquiera en su recinto enfermedades diferentes de las que lo llevaron a hospitalizarse -, estableció en materia de cargas probatorias que si *“cada parte debe demostrar el supuesto de hecho de la regla cuya consecuencia persigue, el demandante que le achaca negligencia, imprudencia, impericia o violación de reglamentos a la entidad hospitalaria deberá establecer los elementos fácticos que dan pie para dicha aserción; y ésta, si alega que, por el contrario, fue diligente, deberá asimismo probarlo”* (Ib.)

Así las cosas, acreditada por la parte actora los elementos fácticos de su aspiración, esto es, que el daño ocurrió como consecuencia de una infección asociada a la atención en salud

²⁸ Cfr. Op. Cit. No. SC780-2020

²⁹ *“La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto.*

El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados.”

³⁰ *“Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional.”*

³¹ Cfr. Corte Suprema de Justicia. Sentencia del 05 de noviembre de 2013. Ref.: 20001-3103-005-2005-00025-01. M.P. Dr. Arturo Solarte Rodríguez.

atribuible a la demandada, corresponde a esta para exonerar su responsabilidad, demostrar que actuó con diligencia y cuidado al emplear los medios idóneos, de acuerdo con las circunstancias y las normas técnicas y protocolos aplicables, para minimizar el riesgo de presencia de tales infecciones (inciso 3° del art. 1604 C.C., primera parte: La prueba de la diligencia o cuidado incumbe al que ha debido emplearlo), esto es, ausencia de culpa, sin perjuicio de que, por supuesto, pueda adicionalmente acreditar el rompimiento del nexo de causalidad a través de la demostración de una causa extraña (ib).

La defensa, entonces, no debe dirigirse a demostrar la idoneidad y oportunidad de los servicios médicos ofrecidos conforme a la *lex artis*, sino a la adopción y cumplimiento estricto de los protocolos de seguridad y normas técnicas establecidas para minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud, o para mitigar sus consecuencias.

En el caso concreto la parte actora acreditó que la muerte del menor Tomas ocurrió como consecuencia de una infección asociada a la atención en salud atribuible a la demandada. Correspondía a esta demostrar su diligencia y cuidado (ausencia de culpa), esto es, que hizo todo lo que estaba a su alcance, de acuerdo con la observancia estricta de protocolos de seguridad y normas técnicas, para disminuir al máximo el riesgo de infecciones de esa naturaleza para sus pacientes. Sin embargo, la demandada no contestó la demanda ni aportó pruebas, luego en el expediente no existe ni un solo medio de convicción que permita al Tribunal corroborar tal situación.

Al no haber cumplido la demandada su carga de demostrar que actuó con diligencia y cuidado, según las previsiones del artículo 1604 C.C. ya citado, debe concluirse que no se desvirtuó la culpa como elemento de la responsabilidad demandada.

7. Lo que hasta ahora se ha expuesto luce suficiente para concluir que el alegato del recurrente tiene acogida en esta instancia, por lo que se revocará la sentencia apelada al encontrarse demostrados los elementos axiológicos de la responsabilidad civil demandada.

Al no existir excepciones de mérito por resolver, ni hechos probados que den lugar a declarar de oficio probada alguna de ellas, procede continuar el examen de la determinación de los perjuicios materiales y extrapatrimoniales reclamados.

8. Liquidación de perjuicios

8.1 Patrimoniales

De entrada, advierte la Sala que no reconocerá los valores reclamados a favor de cada uno de los padres, por dinero dejado de recibir con ocasión de una licencia no remunerada solicitada en el trabajo por la mamá para atender a su hijo, y por dinero prestado por el papá con ese mismo objetivo.

La razón: si bien se aportó certificación del Fondo de Empleados DABRICO TONNER que da cuenta de la existencia del crédito a favor del señor Cuellar Moreno, desde el 2 de mayo de 2012, por \$500.000, debido a que tenía hospitalizado a su hijo, no se acreditó el pago de la suma de dinero, que sería la erogación o merma patrimonial para resarcir (daño emergente pasado).

En el caso de la señora Grajales Mora, se recibió informe de su empleador que da cuenta que aquella, para el 9 de mayo de 2012, tomó una licencia por calamidad doméstica por 19 días, y luego licencia por luto.

Sin embargo, en ambas situaciones se estima que el daño que da lugar al resarcimiento a favor de los padres no es la enfermedad del menor, que motivó las pérdidas materiales que se reclaman, sino su muerte. Dicho en otras palabras, no podría condenarse a la demandada a reconocer dineros gastados (o que deberá pagar – daño emergente futuro -) para que los padres atendieran la enfermedad de su hijo, o lo que dejaron de percibir mientras lo cuidaban en su convalecencia, si en principio la hospitalización en el centro médico no correspondió a una negligencia de la demandada, a quien solo le es imputable la muerte.

Además, la licencia por luto a que se refiere el empleador es remunerada (Art. 57-10 del Código Sustantivo del Trabajo, adicionado por el artículo 1 de la Ley 1280 de 2009), luego por esa razón tampoco se evidencia perjuicio para resarcir.

En cuanto hace con el reconocimiento del lucro cesante a favor de los padres por la muerte de su menor hijo, no desconoce la Sala que el perjuicio, para ser materia de reparación, debe ser cierto. Ello porque el que solo es posible o eventual no es susceptible de recibir ese trato.

Tratándose del daño patrimonial reclamado por la muerte de una persona, la jurisprudencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia tiene dicho que *“el derecho a la reparación surge, en primer término, de la dependencia económica existente entre la víctima y quien reclama la indemnización”*³², agregando que *“lo que confiere el derecho para reclamar el pago de perjuicios materiales de índole extracontractual, (...), es la dependencia económica del reclamante con respecto al extinto, siempre y cuando, claro está, exista certeza de que, dadas las circunstancias, la ayuda o socorro habría continuado de no haber ocurrido su fallecimiento”*³³. La carga de la prueba corresponde a quien reclama el perjuicio (artículo 167 del C.G.P.)

Entonces, cuando muere una persona, quienes recibían ayuda o beneficio de él, cuantificable en términos económicos y de forma permanente, no meramente ocasional o esporádica, perciben un perjuicio al truncarse la posibilidad de continuar beneficiándose de ese ingreso. Para poder acceder a esa reparación debe acreditarse la existencia de ese beneficio y su monto, y como período indemnizable se aplicará aquel durante el cual la víctima, de no haber fallecido, habría suministrado ayuda al demandante y este habría tenido la posibilidad de recibirla, de acuerdo con la expectativa de vida, acogiendo la menor entre la víctima o el reclamante.

En aplicación del principio de reparación integral luce necesario, por ejemplo, reconocer lucro cesante a aquella víctima que aun cuando no estuviera trabajando para el momento del daño, sí contara con capacidad para hacerlo, o con todas sus facultades para ser económicamente productivo³⁴. También se ha reconocido la reparación por lucro a menores de edad que para el momento del daño no laboran, pero se espera que lo hagan, dado que:

“(I) Las reglas de la experiencia indican que una persona adulta, concluido el débito alimentario, realiza actividades redituables como mecanismo para garantizar su sustento personal;

(II) Existe un daño virtual cuando se tiene certeza sobre su ocurrencia futura, inferido del curso normal de los acontecimientos, el que es susceptible de ser reparado, aunque en la actualidad no se haya materializado;

³² CSJ, Sala de Casación Civil y Agraria, Sentencia de 28 de febrero de 2013, Exp. No. 11001-3103-004-2002-01011-01.

³³ CSJ, Sala de Casación Civil y Agraria, Sentencia de 7 de diciembre de 2000, Exp. No. 5651.

³⁴ Cfr. CSJ, Sala de Casación Civil y Agraria, Sentencia SC4703-2021 de 22 de octubre de 2021.

(III) *El daño virtual no es equiparable al hipotético, en tanto no depende del azar, sino que su ocurrencia está diferida al paso del tiempo en condiciones de normalidad; y*

(IV) *La extensión del deber alimentario, por un hecho imputable a un tercero, debe comprometer la responsabilidad de este último, siempre que se origine en una actuación contraria al ordenamiento jurídico.” (CSJ., sentencia SC3919-2021 ya citada).*

En el anterior caso, como tribunal de instancia la Corte Suprema confirmó la decisión apelada en cuanto reconoció el lucro cesante a favor de una paciente que siendo niña, sufrió lesiones irreversibles en su estado de salud. Se había liquidado a partir de los 18 años, atendiendo su expectativa de vida. Similar determinación obra en la sentencia SC9193-2017.

Cuando se trata del reconocimiento del lucro cesante para los padres del menor que muere, el caso es distinto. En sentencia del 10 de marzo de 1994 (Exp. 3446) la Corte Suprema de Justicia lo reconoció, al encontrar demostrado que el joven de 16 años para la fecha del deceso laboraba y ayudaba económicamente a sus padres. Se consideró que el periodo a indemnizar se extendía hasta los 25 años de la víctima, época en que resultó razonable pensar que por sus condiciones personales, contraería nuevos compromisos con lo que sus posibilidades económicas disminuirían hasta desaparecer.

La regla de extender el perjuicio en esas condiciones hasta que la víctima fallecida alcanzara los 25 años (lucro cesante a favor de los padres por el hijo que fallece), bajo el entendido que hasta esa edad el hijo contribuye con los gastos del hogar materno porque conforma su propio hogar, fue de uso frecuente por el Consejo de Estado³⁵ pero, ante evidente contradicción³⁶ con otra regla de similar aplicación en la jurisprudencia (que consiste en que a los hijos se les reconoce lucro cesante por la muerte de sus padres hasta llegar a los 25 años, porque se entiende que dependen económicamente hasta esa edad³⁷), en sentencia de unificación de fecha 6 de abril de 2018³⁸ se precisó por esa Corporación que, “*en ausencia de prueba que demuestre (i) que los hijos contribuyen económicamente con el sostenimiento del hogar paterno*

³⁵ M’Causland Sánchez, María Cecilia, *Equidad judicial y responsabilidad extracontractual*. Bogotá. Universidad Externado de Colombia, primera edición. 2019. Pág. 555 y ss. Allí se citan, entre otras, sentencia de la sección tercera del Consejo de Estado de fecha 19/03/1998, 31/08/2017, 26/03/2008, 30/01/2012, 25/07/2011.

³⁶ M’Causland Sánchez, María Cecilia, *Ob. Cit.*, pág. 560. Álvarez Pérez, Andrés Orión. *Criterios para la liquidación del lucro cesante en la responsabilidad civil. Respuestas de la doctrina y la jurisprudencia*. Bogotá. Grupo Editorial Ibáñez. 2020. Págs. 106 y ss.

³⁷ Sentencia de 18 de octubre de 2011, exp. 4504; sentencia de 5 de octubre de 2004, exp. 6975; sentencia de 30 de junio de 2005, radicado 1998-00650-01; sentencia de 19 de diciembre de 2006, entre muchas otras, incluso más recientes.

³⁸ Radicación número: 05001-23-31-000-2001-03068-01(46005).

o materno, porque materialmente están en condiciones de hacerlo, es decir, porque ejercen una actividad productiva que les reporta algún ingreso, y (ii) que los padres son beneficiarios de la obligación alimentaria porque no tienen los medios para procurarse su propia subsistencia, bien porque están desempleados, enfermos o sufren de alguna discapacidad, no puede presumirse que la muerte de una persona menor de 25 años genera una pérdida de ingresos cierta a favor de sus padres”.

Entonces, aun cuando era de esperarse que el menor Tomás, en condiciones normales, alcanzara la mayoría de edad y siguiendo las reglas de la experiencia, a más tardar a los 25 años estuviera establecido y velando por su propia subsistencia, lo cierto es que no puede accederse al perjuicio reclamado porque, en la forma cómo se pidió, es contrario a esas mismas máximas o reglas de la experiencia.

En efecto, se pretendió el reconocimiento de lucro cesante a favor de los padres, entre los 17 y los 25 años del hijo fallecido, desconociendo que para esa edad aún se asume que el hijo depende económicamente de sus papás, porque hasta allí se extiende generalmente la obligación alimentaria, y alcanzados los 25 años abandona su hogar para establecer su propia familia, con sus connaturales obligaciones, no existiendo en principio dependencia económica de sus padres, que para ese momento aun estarían en edad productiva³⁹ o económicamente activos.

Lo pretendido tampoco encontraría soporte en la jurisprudencia actual del Consejo de Estado, que no admite presumir que la muerte de una persona menor de 25 años genera una pérdida de ingresos cierta a favor de sus padres, como arriba se explicó.

En consecuencia, por la forma como se solicitó, y en aplicación del principio de congruencia (Art. 281 C.G.P.) en virtud del cual la sentencia debe estar en consonancia con los hechos y las pretensiones aducidos en la demanda y en las demás oportunidades que el código contempla, no puede reconocerse el lucro cesante deprecado.

8.2. Perjuicio extrapatrimonial.

8.2.1.- Daños morales.

³⁹ 50 años la mamá, 56 años el papá, atendiendo las fechas de nacimiento que respectivamente, obran en el registro civil de matrimonio.

Las reglas de la experiencia indican que los lazos familiares conllevan a uniones emocionalmente fuertes. Así, cualquier hecho que afecte a un padre, un hijo, un hermano, como por ejemplo su muerte, causa en el fuero interno de la persona, un dolor que no puede ser medido, pero que debe ser compensado.

Respecto al daño moral resulta pacífico que, tratándose del deceso de familiares, el reconocimiento de este tipo de perjuicios no se encuentra sujeto a alguna prueba directa en particular, y al tratarse de daños ocasionados en la esfera interna del individuo, el juez puede valerse de las presunciones judiciales. Con base en ellas, será laborío del fallador estimar ese etéreo dolor, dependiendo de las circunstancias y la gravedad del hecho injusto, y de la intensidad del sufrimiento de la persona que lo padece. Estos criterios, son a su vez límites de la valoración judicial⁴⁰.

En la materia, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha señalado que, *“...con relación a la prueba del daño moral, que «cuando la jurisprudencia de la Corte ha hablado de presunción, ha querido decir que esta es judicial o de hombre. O sea, que la prueba dimana del razonamiento o inferencia que el juez lleva a cabo. Las bases de ese razonamiento o inferencia no son desconocidas, ocultas o arbitrarias. Por el contrario, se trata de una deducción cuya fuerza demostrativa entronca con clarísimas reglas o máximas de la experiencia de carácter antropológico y sociológico, (...)» (Sentencia de casación civil de 5 de mayo de 1999. Exp.: 4978)”⁴¹.*

Ya desde antes había dicho esa misma Corporación:

“Es del caso hacer ver que cuando se predica del daño moral que debe ser cierto para que haya lugar a su reparación, se alude sin duda a la necesidad de que obre la prueba, tanto de su existencia como de la intensidad que lo resalta, prueba que en la mayor parte de los supuestos depende en últimas de la correcta aplicación, no de presunciones legales que en este ámbito la verdad sea dicha el ordenamiento positivo no consagra en parte alguna, sino de simples presunciones de hombre cuyo papel es aquí de grande importancia, toda vez que quien pretenda ser compensado por el dolor sufrido a raíz de la muerte de un ser querido, tendrá que poner en evidencia -según se lee en brillantes páginas que forman parte de los anales de jurisprudencia administrativa nacional- no sólo el quebranto que constituye factor atributivo de la responsabilidad ajena “... sino su vinculación con el occiso (...) su intimidad con él, el grado de su solidaridad y, por lo mismo, la realidad de su afectación singular y la medida de esta...”⁴²

⁴⁰ Cfr. Corte Suprema de justicia. Sala de casación civil. Sentencia SC13925 del 30 de septiembre de 2016.

⁴¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia de 5 de agosto de 2014. Exp. No. 11001-31-03-003-2003-00660-01

⁴² CSJ SC de 25 de noviembre de 1992, rad. 3382, G.J. CCXIX, n°. 2458, págs. 670 y 671.

El sufrimiento que causa la muerte de un familiar es calificado entonces por la jurisprudencia como una presunción humana, que requiere la certeza de su existencia v.gr., la prueba del parentesco o vínculo de familiaridad, y de su intensidad.

En lo relacionado con su tasación, la alta corporación en forma reciente recordó:

“Precisamente, una de esas pautas es el señalamiento de techos o límites máximos indemnizatorios referentes al perjuicio moral, de modo que a los jueces de instancia no les está autorizado desconocerlos. En consecuencia, se les impone el acatamiento de los montos fijados por la Sala, en la medida que aquella estimación tiene efectos normativos en los casos ulteriores donde deban proveer sobre la compensación del comentado daño, y es bajo el marco de los aludidos topes, que se considera admisible el ejercicio del prudente arbitrio judicial.”⁴³

La apreciación del juzgador para la tasación del perjuicio moral no conlleva revisar una decisión jurisprudencial anterior y trasladar, sin más, el valor otorgado a un caso semejante por la Alta Corporación; esa labor, como se colige del párrafo citado *ut supra*, sirve como cierto “límite” del *arbitrium iudicis*, dentro de ese tope se desplaza el juzgador para “...estimar pecuniariamente los agravios morales, [debe] además de atender el marco fáctico de ocurrencia del daño (condiciones de modo, tiempo y lugar del hecho lesivo), la situación y condición de los perjudicados, la intensidad de la ofensa, los sentimientos y emociones generados por ella y demás circunstancias incidentes...”⁴⁴. Sin perjuicio que, por las condiciones especiales del caso, pueda separarse del antecedente, y condenar por mayores valores, en cuyo caso, es necesario que “...ofrezca razones suficientes de su distanciamiento...”⁴⁵

Con base en lo anterior, para esta instancia no amerita duda que el fallecimiento del menor Tomas tuvo la capacidad de producir daños en la esfera íntima de los demandantes Carolina Grajales Mora y Carlos Emilio Cuellar Moreno, como padres, y de su menor hermano J.J.C.G., en la medida en que por su grado de parentesco debidamente acreditado – ff. 6, 10 y 12 cuaderno principal - y las relaciones afectivas que tenían con la víctima, que se derivan naturalmente de aquel, hechos corroborados por los testigos Paula Andrea Salazar Ramírez (amiga de infancia de la madre) y Adolfo Andrés Quiceno Jiménez (empleador del padre) - min. 7:10 y ss. arch. AUDIENCIA 373- LECTURA DE SENTENCIA-03-2014-00125-00, Carpeta

⁴³ Sala de Casación Civil. Sentencia SC3728-2021 del 26 de agosto de 2021.

⁴⁴ Ibidem.

⁴⁵ Sala de Casación Civil. Sentencia SC5686-2018 del 19 de diciembre de 2018.

“Cds” de primera instancia-, se alteró su entorno personal, ante la desazón, la angustia y el dolor causado por la pérdida inesperada y temprana de esta vida.

Además, no existen pruebas que desvirtúen la aludida inferencia y, por lo mismo, es posible su reconocimiento, acudiendo al arbitrio judicial para cuantificar su monto.

Se tendrá en cuenta el antecedente de la sentencia SC13925-2016, donde se tasó este rubro en \$ 60.000.000 en favor de esposo, hijo y progenitores de una persona fallecida, mismo monto fijado en sentencia SC665-2019, en favor del cónyuge supérstite de quien feneció en accidente de tránsito, asimismo, sirvió de techo en reciente pronunciamiento de esta Corporación (SC-0083-2021 del 02 de diciembre de 2021). El mismo se encuentra acorde a la intensidad del daño acá padecido, por las circunstancias del caso, tratarse de un menor de edad, cuyo deceso sin duda devino inverosímil, sorpresivo e imprevisto a ojos de sus familiares. Así, se fijará la suma indicada para cada padre, y la mitad (\$ 30.000.000) para el hermano, forma idónea de lograr la compensar este agravio.

Por último, en este punto y en cuanto se refiere a los perjuicios morales que se reclaman a favor del menor fallecido, debe recordarse que se trata de la acción correspondiente a la víctima transmitida por la muerte a sus herederos para resarcir el daño por el detrimento de sus derechos, valores e intereses jurídicamente protegidos, diferente a la personal por el menoscabo directo, propio e individual experimentado por un sujeto a consecuencia de la defunción del causante, respecto de cuya indemnización tiene legítimo interés⁴⁶.

Su reconocimiento en el caso resulta procedente en atención a que no se trató de una muerte instantánea, y que la historia clínica arriba revisada da cuenta de que el menor, como víctima directa, días antes de su deceso y desde el momento de la aparición de los síntomas asociados a la infección, padeció un deterioro rápido y progresivo de la función respiratoria (por falla respiratoria, se ordenó intubación para soporte ventilatorio), neurológica (no responde a estímulos), cardíaca (requirió masaje cardíaco durante 3 minutos y 2 dosis de adrenalina, luego de la cual se recuperó el pulso – disfunción miocárdica) y renal, dolencias de intensidad tal que finalmente, pese a su corta edad, lo llevaron al colapso de sus funciones vitales y a la muerte, circunstancias todas que permiten inferir que la extensión de sus dolencias le obligaron a estar

⁴⁶ CSJ, sentencia del 09 de julio de 2010, Ref.: Expediente 11001-3103-035-1999-02191-01.

sometido a continuo dolor, zozobra y la aflicción propia de una internación en unidad de cuidados intensivos, sujeto además a procedimientos invasivos descritos en la historia clínica.

Para fijar el monto observa la Sala que en la sentencia de la Corte Suprema de Justicia del 9 de julio de 2010 acabada de citar (radicado 1999-02191-01), y para compensar el daño moral sufrida por un ingeniero que murió (01/04/1998) producto de unas lesiones sufridas días atrás (18 de marzo del mismo año), tasó la indemnización en \$ 40.000.000, misma que fijó en favor de la hija por la muerte de su padre. Para esa época, similar valor era empleado para reconocer perjuicios morales derivados de lesiones personales con secuelas de movilidad de por vida, deterioro general de funciones cerebrales y trastorno del comportamiento (sentencia de 20 de enero de 2009, exp. 17001-3103-005-1993-00215-01, citada en sentencia de 18 de septiembre del mismo año, exp 20001-3103-005-2005-00406-01).

En sentencia de la Corte Suprema de Justicia varias veces citada, SC3728-2021, se impuso condena por \$ 60.000.000 a favor de un menor, como daño moral producto de la deficiente atención en salud que recibió en una entidad hospitalaria, con secuelas motoras y psíquicas sobrevinientes.

Siguiendo los anteriores derroteros, ante la intensidad de los dolores y angustias que debió padecer el menor hospitalizado en UCI, por el deterioro rápido y progresivo de sus facultades vitales, que finalmente ocasionaron su muerte, considera esta Sala que la suma actualmente indicada de \$ 60.000.000 resulta adecuada para compensar la innegable aflicción que el niño debió sentir durante los días previos a su muerte. Al tratarse de un derecho que se consolidó en su patrimonio y se transmitió a sus herederos, se reitera, resulta procedente ahora su reconocimiento.

8.2.2. Daño a la vida de relación.

Respecto al daño a la vida de relación, su reparación no atiende la aflicción interna generada a la víctima, sino a la afectación que experimente en sus relaciones interpersonales ante la imposibilidad de disfrutar del goce de la existencia y los placeres de la vida. Puede tener origen *“tanto en lesiones de tipo físico, corporal o psíquico, como en la afectación de otros bienes intangibles de la personalidad o derechos fundamentales; (...) f) su indemnización está enderezada a suavizar, en cuanto sea posible, las consecuencias negativas del mismo; g) es*

*un daño autónomo reflejado 'en la afectación de la vida social no patrimonial de la persona', sin que comprenda, excluya o descarte otra especie de daño -material e inmaterial- de alcance y contenido disímil, como tampoco pueda confundirse con ellos*⁴⁷.

Al igual que el perjuicio moral, la tasación del daño a la vida de relación se encuentra atribuida al arbitrio del juzgador, quien *"debe determinar en cada caso «las condiciones personales de la víctima, apreciadas según los usos sociales, la intensidad de la lesión, la duración del perjuicio, entre otras situaciones que el juez logre advertir para la determinación equitativa del monto del resarcimiento"*⁴⁸.

Tratándose de este tipo de perjuicio, la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia ha admitido la existencia de casos excepcionales donde su prueba se obtiene a partir de la aplicación de reglas de la experiencia y sentido común, sin que sea menester acudir a pruebas adicionales a las de la aflicción recibida en forma permanente en la integridad personal.

"Sin embargo, eventos hay en los cuales dicho menoscabo extrapatrimonial constituye hecho notorio, siendo excesivo requerir prueba para tenerlo por demostrado, porque esta se satisface aplicando las reglas de la experiencia y el sentido común.

Aunque no son habituales tales eventualidades y por ello el juzgador debe mirarlas con celo para evitar desproporciones y abusos, no cabe duda acerca de su existencia, verbi gratia, la pérdida del sentido de la visión de forma permanente, en tanto que exigirle a esta acreditar cómo se vería afectada su vida con posterioridad a dicho menoscabo es un despropósito.

Sería tanto como intimar a que el perjudicado demuestre cómo va cambiar su desenvolvimiento en sociedad o, dicho en otros términos, qué veía antes de su padecimiento y qué pudo haber visto después, de donde el sentido común repele dicha exigencia probatoria y conduce a tener por colmada la acreditación del daño a la vida de relación derivado de ese padecimiento.

Igual sucede con la persona que pierde la movilidad de forma permanente, pues no cabe duda de que sus condiciones de vida no serán iguales a su estado previo y que enfrentará nuevas barreras, como quiera que disminuirá su facultad de locomoción autónoma, esto es, sin ayudas mecánicas o de otras personas.

*Conminar a quien está en esta situación a que demuestre que antes caminaba y cómo en el futuro no lo podrá hacer, igualmente se muestra inconcebible en razón a que la pérdida de dicha prerrogativa basta por sí sola*⁴⁹.

⁴⁷ CSJ SC. Sentencia del 20 enero de 2009, rad. 000125

⁴⁸ CSJ, Sentencia SC780-2020 del 10 de marzo de 2020.

⁴⁹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC4803 de 12 de noviembre de 2019.

En otra ocasión la Corte encontró “... acreditado el perjuicio por daño a la vida en relación de Nelcy Chala Leiva –de relativa juventud, pues al momento del accidente sólo tenía 46 años de edad–, quien ha tenido que sobrellevar y padecer las marcas que el accidente dejó en su rostro, afectando su apariencia estética y su autoestima, lo que tuvo que haber incidido negativamente en sus relacionarse sociales y familiares”⁵⁰.

Bajo las anteriores reglas generales, procede la Sala a examinar cómo fue planteado en la demanda del caso esas condiciones de existencia que se dicen alteradas por la ausencia del ser querido, o la forma cómo su deceso generó “la pérdida de acciones que hacen más agradable la existencia de los seres humanos, como las actividades placenteras, lúdicas, recreativas, deportivas, entre otras”⁵¹, encontrando que sobre la materia el relato fáctico del libelo inicial se limitó a señalar:

VIGÉSIMO OCTAVO: A causa de los hechos anteriormente narrados, no sólo Tomás perdió la vida, sino que durante 30 días estuvo sujeto a sufrir toda clase de penurias por la falla médica cometida en su contra, privándolo de llevar su vida normalmente, pues tal y como consta en la historia clínica, no pudo volver a su casa con los suyos y tuvo que permanecer hospitalizado mientras día a día su salud se deterioraba hasta terminar con su humanidad.

VIGÉSIMO NOVENO: Además de lo anterior, Tomás Cuellar Grajales era el hijo menor de Carolina y Carlos Emilio, hermano de Juan José y nieto de Gloria Amanda, quienes a causa de la falla en el servicio médico, se vieron avocados a sufrir la ausencia del niño durante los días que permaneció hospitalizado, además del drama de ver cómo se deterioraba su salud, y finalmente enfrentar la muerte.

Ningún otro aparte de la demanda fue destinado a fundamentar la solicitud de este perjuicio extrapatrimonial, más allá de haberse indicado en el hecho primero de la demanda que todos los demandantes, junto al menor fallecido, vivían bajo un mismo techo, de lo cual dio fe la declaración de la testigo Paula Andrea Salazar Ramírez, quien dijo ser amiga desde la infancia de la demandante Carolina y por ello conocer de cerca la composición de su familia (cónyuge, dos hijos y la mamá de Carolina, quien vivía en la misma casa) - Audiencia Art. 373, minuto 00:06:10 y ss, en la carpeta CD’s del cuaderno de primera instancia -.

El hecho 29 es claro al referirse al sufrimiento y el drama que los demandantes tuvieron que padecer por la ausencia del niño en la casa durante los días de hospitalización, así como por el deterioro de su salud y, finalmente, su muerte. Ese “sufrimiento” o pesadumbre guarda

⁵⁰ CSJ, sentencia SC780-2020 del 10 de marzo de 2020 ya citada.

⁵¹ SC4803-2019 del 12 de noviembre de 2019. M.P Dr. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo.

relación con la aflicción interna ocasionada por aquellos hechos, aspecto que ya fue tenido en cuenta al analizar el perjuicio moral. Edificar el daño a la vida de relación con base en ese mismo relato fáctico implicaría confundir dos conceptos que se encuentran claramente diferenciados, o resarcir dos veces el mismo perjuicio. En consecuencia, por este concepto no se realizará reconocimiento alguno a favor de los demandantes víctimas indirectas.

El hecho 28, por el contrario, sí refiere una alteración a la vida relacional del menor Tomas, quien durante el tiempo de hospitalización no pudo llevar una vida normal, no pudo volver a la casa con los suyos y tuvo que permanecer hospitalizado mientras, día a día, su condición empeoraba. La descripción fáctica es irrefutable, pues de ella da cuenta la historia clínica que ya fue analizada en otro aparte de esta providencia. Con todo, no podría concluirse que tales circunstancias se extendieron por 30 días, si se tiene en cuenta que, siendo la causa de la muerte la infección asociada al servicio sanitario que se adquirió, y aquellos síntomas solo vinieron a aparecer hacia mayo 12 de 2012, mal se haría con admitir como periodo temporal en la configuración de este perjuicio aquella época anterior donde la hospitalización obedecía a causas propias del estado de salud del niño, de las cuales no está llamado a responder la demandada.

Encontrándolo acreditado, pero en las condiciones expuestas, se reconocerá a favor del menor fallecido Tomas, por concepto de daño a la vida de relación, la suma de \$ 10.000.000, en atención a la forma cómo se alteró su interacción familiar, durante el último periodo de su hospitalización, que finalmente desencadenó en su muerte el 19 de mayo de 2012. Este perjuicio, consolidado en el patrimonio del menor antes de su fallecimiento, se transmitió a sus herederos quienes concurrieron a reclamarlo.

9.- En síntesis, y al encontrar la prueba del nexo causal, se revocará la sentencia apelada. Presentes además los elementos restantes de la responsabilidad civil reclamada, se accederá a las pretensiones de la demanda. En materia de perjuicios se negarán los materiales pretendidos, así como el daño a la vida de relación de las víctimas indirectas. Además, se declarará la ausencia de legitimación en la causa de quien se presentó como abuela del paciente fallecido, sin demostrarlo.

Ante la prosperidad del recurso, se condenará en costas de ambas instancias a la parte demandada.

Decisión.

De conformidad a lo expuesto, la Sala Civil Familia del Tribunal Superior de Pereira, administrando justicia en nombre de la república de Colombia,

Resuelve

Revocar la sentencia proferida el 12 de noviembre de 2019, dictada por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Pereira, por las razones expuestas en la parte motiva de este proveído. En su lugar:

Primero: Declarar probada frente a la demandante Gloria Amanda Mora de Grajales, la falta de legitimación en la causa por activa.

Segundo: Declarar civilmente responsable a SaludCoop E.P.S. en Liquidación, por el fallecimiento del menor T.C.G., acaecido el 19 de mayo de 2012. En consecuencia, se le condena a pagar las siguientes sumas de dinero, a título de indemnización de perjuicios:

2.1.- A favor de Carolina Grajales Mora y Carlos Emilio Cuellar Moreno, la suma de sesenta millones de pesos (\$ 60.000.000) para cada uno, a título de perjuicio moral.

2.2.- A favor del menor J.J.C.G., hermano de la víctima, la suma de treinta millones de pesos (\$ 30.000.000) por concepto de daño moral.

2.3.- A favor de Carolina Grajales Mora y Carlos Emilio Cuellar Moreno, como herederos del menor fallecido T.C.G. (padres), la suma de sesenta millones de pesos (\$ 60.000.000), por concepto de perjuicio moral; y diez millones de pesos (\$ 10.000.000) por daño a la vida de relación.

Parágrafo: Las sumas anteriores deberán ser indexadas al momento de su pago, y generarán intereses a la tasa del 6% anual, desde la ejecutoria de esta providencia.

Tercero: En lo demás, se niegan las pretensiones de la demanda

Cuarto: Condenar en costas de ambas instancias a la parte demandada, en favor de la demandante, que se liquidarán en forma concentrada por el juzgado de primera instancia. Se fijarán las agencias en derecho de esta instancia en auto posterior.

Quinto: Realizado lo anterior, remítase el expediente a su lugar de origen.

Notifíquese y cúmplase

Los Magistrados

CARLOS MAURICIO GARCÍA BARAJAS

DUBERNEY GRISALES HERRERA
Con salvamento de voto

EDDER JIMMY SANCHEZ CALAMBAS

LA PROVIDENCIA ANTERIOR
SE NOTIFICÓ POR ESTADO DEL DÍA
16-03-2022

CÉSAR AUGUSTO GRACIA LONDOÑO
SECRETARIO

Firmado Por:

Carlos Mauricio Garcia Barajas

Magistrado

Sala 002 Civil Familia

Tribunal Superior De Pereira - Risaralda

Duberney Grisales Herrera
Magistrado
Sala 001 Civil Familia
Tribunal Superior De Pereira - Risaralda

Firma Con Salvamento De Voto

Edder Jimmy Sanchez Calambas
Magistrado
Sala 003 Civil Familia
Tribunal Superior De Pereira - Risaralda

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación:

21295267047f256d5754c4d67bc977a7d85757e671986a6ec8e5d581a476b63e

Documento generado en 15/03/2022 11:03:38 AM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>