



## TRIBUNAL SUPERIOR DE PEREIRA

### Sala de Decisión Civil Familia

**EDDER JIMMY SÁNCHEZ CALAMBÁS**

Magistrado ponente

### **Sentencia SC041-2022**

Radicación número 66001-31-03-002-2012-00281-03

Acta No. 374 del 11-08-2022

Pereira once (11) de agosto de dos mil veintidós (2022)

Decide la Sala el recurso de APELACIÓN interpuesto por el apoderado judicial de los actores, contra la sentencia calendada el 13 de mayo de 2020, emitida por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Pereira, en el proceso de responsabilidad civil médica adelantado por DIANA JULIETH, PAOLA ANDREA, IVONNE MARITZA GIRALDO CALVO, CARMEN LIGIA CALVO VASQUEZ y JOSÉ NORBEY GIRALDO HINCAPIÉ, contra SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS S.A. y la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE RISARALDA – COMFAMILIAR RISARALDA.

#### **1. ANTECEDENTES**

**1.1. El petitum.** Reclaman los promotores de la causa (madre, abuela, abuelo y tías de la niña MARÍA CAMILA ESCOBAR GIRALDO, fallecida el 12 de octubre de 2008), se declare que la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS S.A. y la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE RISARALDA – COMFAMILIAR RISARALDA son solidariamente responsables de la falla en el servicio médico, “ya que pusieron claramente en riesgo la vida de la menor MARÍA CAMILA ESCOBAR GIRALDO, imprudencia que culminó con su muerte, derivada de la inadecuada prestación de la asistencia médica, porque no hubo un diagnóstico acertado de la enfermedad que padecía y tampoco se le brindó el tratamiento médico de manera eficaz, ágil y oportuna que requería.”



Requirieron condenarlas a pagar a los demandantes los perjuicios materiales (daño emergente y lucro cesante consolidados y futuros) equivalentes a 100 SMLMV. Igualmente, los perjuicios morales y a la vida de relación (100 SMLMV y 400 SMLMV, respectivamente) y la indexación que resulte a su favor.

**1.2. La causa petendi.** Para pedir lo antes consignado, se relató en la demanda que el día 10 de octubre de 2008, la niña MARÍA CAMILA ESCOBAR GIRALDO, de 7 años, presentó un cuadro de dolor de cabeza intenso, agregándose luego náuseas y vómito. Fue llevada a la Clínica Comfamiliar, el médico de turno manifestó que la niña estaba bien e iba a mandarle un examen de sangre y regresaran en una hora.

De regreso a la hora estipulada, otro médico manifestó que los exámenes estaban bien, que la niña tenía migraña, ordenó la aplicación de dipirona, acetaminofén y suero oral. Durante el transcurso del día (10 de octubre de 2008), siguió lo mismo, por lo cual fue llevada de nuevo a la clínica; a las 22:00 un galeno diagnosticó fiebre no especificada y ordenó colocación de líquidos intravenosos. La niña no presentó mejoría obligando a sus padres a volver a la clínica y fue dejada en observación.

A las 07:20 del 11 de octubre de 2008 es valorada por Pediatra, quien ordena TAC urgente. Cinco horas después, a las 12:22, según nota de evolución se encontró un hematoma de gran tamaño, intraparenquimatoso derecho. Entre la orden y la realización del examen transcurrieron alrededor de cinco horas, poniendo en una situación de desventaja y preocupante a la menor, por el poco interés que mostraron; dejando claro y demostrado que el personal de la CLÍNICA COMFAMILIAR tuvieron responsabilidad en la muerte de la niña MARÍA CAMILA, negándole la oportunidad de curarse o de no empeorar y la pérdida de oportunidad de sobrevivir.

En anotación de las 15:32 una Pediatra señala: “es valorada por neurocirujano que considera hacer primero TAC contrastado para evitar posibilidad de malformación AV y si se deteriora en su estado neurológico es quirúrgico urgente.” El neurocirujano lo solicita para tratar de identificar la causa y planear una eventual cirugía, llamando la atención, que el procedimiento radiológico se realizara de forma urgente.



A las 18:57 llega el reporte del TAC, que determina la presencia de un hematoma de gran tamaño que dificulta definir si hay malformación. El Neurocirujano manifestó que la niña debía ser trasladada a UCI pediátrica y condicionó que él realizaba la cirugía el mismo día si era trasladada a la Clínica Los Rosales, situación que no se dio porque fue remitida a la UCI del Hospital San Jorge; remisión que no se hizo en debida forma, por ausencia de nota, por lo cual, solo mediante la intervención de terceras personas (Personera Municipal) ingresó la niña, pero por urgencias, luego de más de tres horas. Debido a lo anterior se puso en gran peligro otra vez la integridad de la menor.

Ya en el Hospital, se ordenó una arteriografía de cuatro vasos, con el fin de definir la causa del sangrado, que se realizó no de forma inmediata sino luego de cinco horas, por ausencia del personal de radiología. Este arrojó que el sangrado se debía a una malformación congénita, recomendando el radiólogo otros estudios complementarios.

El Neurocirujano Dr. LUIS SANZ SUÁREZ, encargado de valorar a la menor desde su ingreso, solo hizo aparición al día siguiente y su intervención posterior fue por vía telefónica (virtual).

En nota de evolución del 12 de octubre de 2008, a las 19:45, se describe el resultado de la angio-resonancia que se comenta con el Neurocirujano Dr. Luis Sanz Suárez, lo consideró no quirúrgico, se debe llevar a junta neuroquirúrgica para definir conducta.

El Neurocirujano PABLO FERNANDO VELA DE LOS RÍOS, que atendió a la niña en la Clínica Comfamiliar fue claro y contundente al expresar que era necesario operar con el fin de drenar el hematoma, concepto muy diferente al del Dr. Sanz, que se limitó a una conducta expectante, desinteresada que solo llevó a un deterioro del estado neurológico de la menor y a la pérdida de oportunidad de sobrevivencia.

El 12 de octubre la paciente presenta deterioro de su estado neurológico y posterior paro cardiorrespiratorio. Sólo frente ese agravamiento el Dr. Sanz decidió llevarla a cirugía para drenar el hematoma. Falleció al cabo de una hora.



El libelo milita a folios 11 a 27 del Cuaderno principal Vol. 1, parte 1, primera instancia del expediente digital.

### **1.3. Los escritos de réplica.** Se resumen así:

COMFAMILIAR RISARALDA. Se opuso a las pretensiones. De los hechos admitió unos como ciertos, otro no y de otros dijo no constarle. Propuso excepciones de mérito que denominó (i) Inexistencia de causalidad. (ii) Exigencia de culpa probada. (iii) Adecuada práctica médica – cumplimiento de la *lex artis*. (iv) Discrecionalidad científica de los médicos e instituciones tratantes. (v) Excesiva tasación de pretensiones (folios 107 a 124 del mismo cuaderno). Llamó en garantía a La Previsora Compañía de Seguros S.A. (folios 137 a 139 *íd.*). Fue admitido (folios 36, 02 cuaderno principal digitalizado Vol 2).

SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS S.A. Se opuso a las pretensiones. También admitió como parcialmente ciertos unos hechos, de otros dijo no ser ciertos. Postuló las excepciones de (i) Inexistencia de nexo de causalidad. (ii) Ausencia de culpa de las entidades demandadas. (iii) Inexistencia de prueba de los elementos estructurantes de la responsabilidad extracontractual médica por parte de los demandantes. (iv) inexistencia de solidaridad tanto contractual como extracontractual entre los codemandados. (Folios 169 a 214 *íd.*). Pidió se integrara litisconsorcio con el Hospital Universitario San Jorge (folios 215 a 219 *íd.*). No fue admitido (folios 34 y 35 02 cuaderno principal digitalizado 114 02 cuaderno principal digitalizado Vol 2).

LA PREVISORA S.A. Se opuso a las pretensiones. Admitió algunos hechos relacionados con la afiliación de la paciente a SOS EPS, el diagnóstico la realización del TAC y su resultado. Explicó que la finalidad del TAC contrastado es distinta a la expresada en la demanda. Aclaró que la remisión se hizo de forma correcta y que el Dr. Vela no afirmó que debía hacerse a los Rosales para operar. (Folios 94 a 108 02 Cuaderno principal digitalizado vol2)

## **2. LA SENTENCIA APELADA**

**2.1.** Decidió el juzgado desestimar las pretensiones de la demanda y condenó a los demandantes en costas.



**2.2.** Luego de verificar los presupuestos procesales y la legitimación en la causa, que encontró acreditados, frente a los elementos estructurales de la responsabilidad médica, hallo el daño (muerte de la niña MARÍA CAMILA). Señaló, que del análisis realizado se desprende que las entidades demandadas no incurrieron en alguna conducta negligente o desatendieron los deberes profesionales de asistencia para con el paciente.

Concluyó que el drenaje temprano del hematoma echado de menos en la demanda, no estaba indicado bajo las condiciones clínicas y paraclínicas de la paciente, de modo que tampoco hubo comportamiento culposo del personal e instituciones médicas concernidas. Ausente ese elemento estructural de la responsabilidad deprecada, dijo, se impone desestimar las pretensiones con imposición de costas a la parte actora.

En la misma providencia se declara no probada la objeción por error grave que Comfamiliar Risaralda y La Previsora S.A. formularon frente al dictamen rendido por el INML.

La sentencia, proferida por escrito, se puede consultar en el cuaderno 4 Sentencia Carpeta Primera instancia del expediente digital.

### **3. EL RECURSO DE APELACIÓN**

Inconforme con la decisión el vocero judicial de la parte actora la apeló por haberse negado las pretensiones de la demanda, a pesar de haber dejado claro en qué consistieron las causas que dieron como resultado final el fallecimiento de la menor, e indicando las acciones y omisiones en que incurrieron las demandadas y que no fueron tenidas en cuenta por parte del señor Juez. El recurso fue sustentado en debida forma. (Carpeta Reparos sentencia 1a Inst. expediente digital) A los reparos a la providencia nos referiremos más adelante.

### **4. CONSIDERACIONES**

**4.1.** Se observa en el caso bajo examen que concurren cabalmente los denominados presupuestos procesales, de tal suerte que no aparece reproche por hacer desde el punto de vista, en torno de la validez de lo actuado, en virtud de lo cual puede la Sala pronunciarse de fondo.



**4.2. Legitimación en la causa.** Este aspecto constituye uno de los elementos de la pretensión, que al decir de la doctrina y la jurisprudencia es la facultad o titularidad legal que tiene una determinada persona para demandar exactamente de otra el derecho o la cosa controvertida, por ser justamente quien debe responderle. Su examen es oficioso, como así sostiene la Corte Suprema de Justicia (ver p. ej. sentencias SC1182-2016 y SC16669-2016), criterio pacífico acogido por esta Magistratura.

Este presupuesto de la pretensión en el caso examinado no acusa ninguna deficiencia. Esta Sala comparte el análisis elaborado por el a quo.

**4.3. La responsabilidad médica.** En este punto, y antes de proceder al análisis de los reparos, considera importante la Sala señalar que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) son responsables de administrar el riesgo de salud de sus afiliados y garantizar la calidad, atención integral, eficiente y oportuna a sus usuarios (Decreto 1485 de 1994). Y su responsabilidad no se excluye cuando el servicio lo prestan a través de las IPS o profesionales y es deficiente, irregular, inoportuna o lesiva; y cuando esto ocurre, son todas solidariamente responsables frente a la víctima por los daños causados, especialmente, en caso de muerte o lesiones a la salud de las personas. Así lo ha expresado de antaño la Corte Suprema de Justicia (sentencia de 17 de noviembre de 2011, Exp. 11001-3103-018-1999-00533-01, M.P. Dr. William Namén Vargas), criterio conservado en la actualidad.

**4.4.** En el caso bajo estudio, no se discute que MARÍA CAMILA era afiliada (beneficiaria) a la EPS demandada SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS. Igualmente, que ante las dolencias presentadas fue atendida inicialmente en la IPS CLÍNICA RISARALDA, el día 10 de octubre de 2008 y luego en el HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA, en donde el día 12 de octubre de 2008 falleció. De manera que, si se encuentra probado que hubo fallas en la atención de la paciente por parte de las mencionadas IPS, la responsabilidad será también de la EPS demandada, en forma solidaria.

**4.5.** De otro lado, suficientemente es conocido que la responsabilidad médica descansa en el principio general de la culpa probada, salvo cuando en virtud de las estipulaciones especiales de las partes se asumen obligaciones de resultado. Por esto, se ha puntualizado que, ante el requerimiento de definir la responsabilidad de un profesional de la medicina o del establecimiento



hospitalario, la carga probatoria tendiente a acreditar los elementos de la misma queda subsumida, en línea de principio, en las reglas generales previstas en los artículos 1604, 2341 y siguientes del C.C., 177 del C. de P. C. y 167 del C.G.P. En otros términos, debe ser asumida por parte del actor, como se pregonaba desde tiempos pretéritos por el alto Tribunal de la especialidad, (por ej. CSJ, Civil. Sentencia del 30-01-2001. MP: Ramírez G.; No.5507) y ahora mucho más cuando en el ordenamiento patrio, el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011, ubica la relación obligatoria médico-paciente como de medios.

**4.6.** Por otra parte, la Corte Suprema de Justicia ha reiterado que, cuando en la actividad médico-hospitalaria se causa una lesión o menoscabo *“el afectado debe demostrar como elementos axiológicos integradores de la responsabilidad médica, la conducta antijurídica, el daño y la relación de causalidad entre éste y aquélla, así como la culpabilidad, según la naturaleza de la responsabilidad (subjettiva u objetiva) o de la modalidad de las obligaciones de que se trata (de medio o de resultado).”* Recientemente en la sentencia SC917-2020.

**4.7.** Y de otro lado, ha de advertirse que, por obvias razones, el Juez(a) es ajeno(a) al conocimiento médico. En virtud de este postulado, a la parte actora, correspondía acreditar en el proceso que el personal médico de la IPS COMFAMILIAR y del HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA actuaron en la atención de su paciente MARÍA CAMILA ESCOBAR GIRALDO, desbordando el criterio de normalidad emanado de la *lex artis*. Para tal efecto., la parte demandante debió ilustrar al funcionario judicial de primer nivel, con un dictamen pericial, un documento técnico científico o un testimonio técnico. Por ello, en este sentido, es útil referir lo que en sentencia SC003- 2018, la Corte Suprema predica:

*“Por supuesto, para determinar el momento en que se incurre en responsabilidad médica, el baremo o límite lo constituye el criterio de normalidad emanado de la Lex Artis. Esto, porque si al médico dada su competencia profesional, le corresponde actuar en todo momento con la debida diligencia y cuidado, en el proceso debe quedar acreditado el hecho contrario, esto es, el desbordamiento de esa idoneidad ordinaria calificada, según sea el caso, por infracción de las pautas de la ley, de la ciencia o del respectivo reglamento médico.”*

Igualmente,

*“Y es que, 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 dar 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 (...)" (Sentencia SC003-2018)*

## **5. EL RECURSO DE APELACIÓN Y LOS REPAROS A LA SENTENCIA DE PRIMER NIVEL**

**5.1.** Pasa la Sala al estudio de la alzada que, como se mencionó, se formuló por la parte actora por estar en desacuerdo con las conclusiones del a quo y, por supuesto, con la decisión. De los reparos (cinco), que se formulan por el apelante, cuatro se enfocan a la valoración probatoria que realizara el funcionario judicial de primer nivel y, más específicamente, respecto a los dos dictámenes periciales que obran en el expediente (1º, 2º, 3º y 5º). Se agruparán por esta colegiatura para su análisis y decisión. El 4º tiene que ver con la afirmación que hace el a quo: *"Que el Dr. Vela expresó una indicación quirúrgica para el paciente, constituye una afirmación de la demanda que no tiene respaldo probatorio en ninguno de los medios demostrativos practicados."*

**5.2.** En este sentido, previo a la resolución de los reparos a la sentencia, considera esta Sala necesario precisar lo siguiente respecto a la prueba pericial:

**5.2.1.** En el caso concreto, para demostrar la conducta dañosa, el apoderado de los actores solicitó al juzgado oficiar al INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL INML Seccional Risaralda, a fin de nombrar un perito para que, con fundamento en la historia clínica de la niña MARÍA CAMILA, absolviera el cuestionario propuesto, que obra a folios 26 y 28, 02cuaderno principal digitalizado Vol2. Por auto del 31 de mayo de 2012, el juzgado así procedió (folios 140, 142, 146 y 157 del mismo cuaderno). El informe, suscrito por el doctor ERWIN MONTOYA ZAPATA, Médico Legista asignado para tal tarea, quien después de traer a colación diferentes aspectos del caso, en el punto 9 de análisis y discusión, señala:

*"Con base en el análisis se establece que la atención brindada en la primera consulta fue adecuada, en esta se diagnosticó migraña y aunque el diagnóstico fue errado, en los estadios iniciales muchas patologías presentan síntomas similares y pueden ser confundidas, luego la paciente consulta el mismo día y ante los síntomas dejaron hospitalizada, al día siguiente luego de realizarse el TAC, se diagnosticó el hematoma parenquimatoso, esto según la historia clínica se*



*realizó a las 12:20 meridiano del día 11-02-2008 y aunque esta paciente estaba estable, consciente con Glasgow 13/15 y sin signos de descompensación neurológica, solo hasta las 18:57, se decide trasladar al HUSJ luego de un TAC contrastado que no aclaró en diagnóstico, hasta este punto ósea en las primeras 6 horas, es que se obtienen los mejores resultados con el manejo quirúrgico, según las guías de manejo descritas en el numeral 8. Es de anotar que estoy tomando como punto de partida la hora de diagnóstico de gran hematoma y no la hora de inicio del cuadro clínico, como debería ser, además el protocolo habla que existen estudios que extiende este lapso terapéutico hasta las primeras 24 horas y en este paciente le realizaron la cirugía el día 12-10-2008 a las 15:50 horas.*

**CONCLUSIÓN.** *En el caso concreto de MARÍA CAMILA se puede inferir por el análisis de la historia clínica, que falleció por un shock neurogénico secundario a un hematoma intracerebral espontánea de origen desconocido, ya que no se pudo confirmar malformación arterio venosa ni otras patologías como trauma o alteraciones de la coagulación, y con respecto a los tiempos de atención, es evidente que no se cumplieron los tiempos de intervención recomendados por el protocolo anexo en el numeral 8.”*

El dictamen que obra a folios 110 a 118, 01CuadernoPruebasParteDemandante del expediente digital, fue aclarado y complementado, así: (i) La institución que no cumplió con los tiempos de intervención recomendados es la Clínica Comfamiliar. (ii) La entidad que primero atendió a la paciente y que debió tener en cuenta la ventana terapéutica fue la Clínica Comfamiliar. (iii) El diagnóstico por TAC de gran hematoma intraparenquimatoso se realizó el 11-10-2008 a las 7:30 am, en la Clínica Comfamiliar y solo fue remitido a las 19:35 horas, por lo tanto esta es la institución responsable en la demora en adoptar e implementar la conducta quirúrgica.” (folios 149-151 y 192 del mismo cuaderno).

El dictamen fue objetado por error grave. No prosperó.

**5.2.2.** Por otro lado, a petición de los codemandados y llamada en garantía, dispuso el juzgado designar un perito en neurocirugía pediátrica para que absolviera los interrogatorios planteados por ellos. (folios 141, 142, 02cuaderno principal digitalizado Vol2). Fue la Universidad CES, quien aceptó la tarea, después de haber sido declinada por otras instituciones. La designación recayó en el Dr. JUAN FERNANDO ARIAS MONTOYA, Médico Cirujano, Especialista en Neurocirugía, Perito CENDES. (04cuadernoPruebasDemandado-LlamadoGarantía). El dictamen y sus anexos obran a folios 53 al 60 del citado cuaderno.

**El dictamen del perito de la Universidad CES.** Luego de elaborar un resumen de la historia clínica de la niña; posteriormente una



correlación clínica y médico legal, en seguida da respuesta a los dos interrogantes que se le plantearon, así:

**1. Determine si los procedimientos, tratamientos y atenciones registradas en la historia clínica guardan relación con las condiciones clínico-patológicas de la paciente.**

**RESPUESTA:** *Sí, los procedimientos, tratamientos y condición clínica de la paciente; en mi concepto se actuó como era de esperar en una paciente de 7 años con cefalea persistente, en quien encuentran la presencia de sangre intracerebral, con una condición clínica estable, y con la probabilidad de que estuviera asociado a su sangrado la existencia de una malformación arteriovenosa (MAV), ¿por qué? Pues la presencia de una malformación arteriovenosa incrementa el riesgo de sangrado intraoperatoria de forma significativa, y son cirugías que deben ser planeadas, de forma exhaustiva, en cambio si fuera solo el hematoma, se podría hacer la evacuación del hematoma de forma un poco más segura, sin embargo dado que la paciente presentó un deterioro en su condición neurológica de forma aguda y devastadora tuvo que ser llevada de urgentemente a cirugía, a pesar del riesgo que esto implicaba, considero que el proceder es lógico, coherente y adecuado a su patología.*

**2. 2. Conceptúe sobre la pertinencia, oportunidad y calidad del proceso de atención.**

**RESPUESTA:** *Considero adecuada la pertinencia (se hizo lo que se esperaba en estos casos), la oportunidad (en las primeras 24 horas ya tenían todas las pruebas diagnósticos, siendo incluso de alto nivel de complejidad) y la calidad (no se encuentran razones para pensar en mala calidad de las mismas como factor relacionado con el mal pronóstico de la paciente).*

**5.2.3.** Como se puede observar, las conclusiones de los dictámenes no son coincidentes, diríase que son opuestas. El funcionario judicial de primer grado, decide negar las pretensiones de la demanda, con apoyo en el dictamen de la Universidad CES, perito CENDES. Señaló el juzgador de instancia:

*“Para resolver esa dicotomía y decidir cuál de aquellos criterios es digno de mayor crédito, es preciso acudir a los criterios de valoración listados en el canon 241 del CPC.*

*En cuanto la competencia, se revela mejor calificado el experto designado por CENDES que el elegido por el INML. En efecto, aunque ambos son médicos, el primero, además, es especialista en neurocirugía, área específica sobre la que versa la controversia y formación adicional que tenían los profesionales que adelantaron las atenciones criticadas.*

*Con respecto a la firmeza, precisión y calidad de los fundamentos, también se muestra superior la experticia de CENDES. En efecto la del INML se apoyó en el protocolo ya descrito, sin embargo, sus conclusiones no fueron consecuentes con el mismo. Según se expuso ya con amplitud, ese protocolo desaconseja la cirugía pronta en caso de MAV o tumores. En tales casos, recomienda la intervención tardía. Sin embargo, esa orientación se pasa por alto en la conclusión. Y no sólo eso, la guía también desdice del procedimiento en condiciones neurológicas normales, pauta que también pasó por alto el perito.*

*CENDES, por el contrario, expuso sólidos fundamentos para sus conclusiones relativas a la contraindicación de la cirugía temprana. En efecto,*



*sostuvo, como ya se refirió, que frente a la sospecha de MAV debían tomarse otras ayudas diagnósticas, como en efecto se hizo. La intervención pronta no está recomendada por el riesgo de sangrado derivado de la ubicación de la lesión en nudos de vasos. La orientación recomendada es el drenaje tardío.*

*Corolario de lo anterior, frente a la orientación opuesta de los dictámenes, los criterios de valoración antedichos y desarrollados permiten concluir que son de mayor mérito demostrativo las vertidas por CENDES y que las del INML.”*

Visto lo anterior, es menester, entonces proceder a resolver los reparos al fallo de primer nivel.

**5.3. REPAROS 1º, 2º, 3º y 5o.** El apelante no está de acuerdo con algunas afirmaciones del juzgado en la sentencia, respecto de la valoración del dictamen del INML. Tales afirmaciones son:

Primera: *“Sin embargo, las guías reseñadas no contienen ninguna referencia específica a los exámenes diagnósticos y a los tiempos de realización, de modo que la conclusión no tiene fundamento veraz. Si el documento no se refiere a ellos, ¿cuáles son entonces los tiempos que no se cumplieron?”*

Segunda: *“Por otra parte, al absolver el siguiente cuestionario conceptuó en el sentido opuesto: “Es (sic) mi concepto, se realizó un diagnóstico oportuno, ósea (sic) a las 12:20 meridiano del día 11-10-2008”. Con lo cual, primero dijo que no se cumplieron los tiempos para realizar los exámenes y, a renglón seguido, que el diagnóstico fue oportuno. Se tiene por sabido que “no es posible que una cosa sea y no sea a un mismo tiempo.”*

**5.3.1.** En síntesis, el desacuerdo del apelante consiste en que, conforme a lo anotado en la historia clínica de la niña MARÍA CAMILA, respecto de la atención médica recibida en la Clínica Comfamiliar, no hubo oportunidad en la realización de ayudas diagnósticas, valoraciones médicas y definiciones de conductas de forma oportuna, las primeras 24 horas son fundamentales para la realización de diagnóstico y definición de conducta basado en la evidencia, esto no se evidenció en la atención de la menor (sic).

Además, recalca que la clínica de la niña y el deterioro de su condición física, eran claros signos de que la evolución no era adecuada y se trataba de una patología que comprometía la vida de la menor. Por la sintomatología los galenos debían sospechar en dos posibles patologías que cursaba la menor: cefalea asociada a trauma de cráneo y cefalea asociada con alteraciones vasculares.



Igualmente, señala que, según guías, basado en la evidencia, la TAC, variando su sensibilidad según el tiempo de evolución del sangrado, siendo positiva en cerca del 90% de los casos, si se realiza dentro de las primeras 24 horas y en el 74% de estos en los cuales se realiza al tercer día de la hemorragia. Así, señala, puede concluir y desvirtuar lo manifestado por el señor juez de instancia, ya que efectivamente si se evidenció inoportunidad en la definición de conducta y realización de ayudas diagnósticas de forma oportuna a la menor fallecida, lo cual impactó negativamente en su pronóstico, no se evidenció un diagnóstico oportuno de una hemorragia intracraneana, lo que no permitió definición de conducta precoz, intervención quirúrgica en esta institución, ya que era una entidad de alta complejidad. Al no realizar procedimiento quirúrgico, terminó indicando remisión tardíamente, esta fue indicada ya cuando el compromiso neurológico era severo, y la clínica de la menor mostrara signos claros de hipertensión endocraneana, con marcado compromiso cerebral.

Dice el apelante que: “el resultado de la primera tomografía realizada a la paciente, está haciendo el diagnóstico oportuno respecto al EDEMA CEREBRAL Y HEMATOMA, lo que daba claridad por qué la menor fallecida estaba presentando signos clínicos hipertensión endocraneana al examen físico como se demostró en historia clínica así como deterioro de su condición neurológica (estos datos son mencionados en párrafos anteriores), es decir que la realización de la tomografía como conducta a realizar según protocolos fue tardía, pero el resultado de esta claramente fue contundente, certero, el cual indica claramente basado en la evidencia, que la conducta a seguir estipulada por la evidencia médica y literatura académica, es la contención del edema cerebral, es decir que el galeno no actuó de forma adecuada ya que es fundamental frenar el edema cerebral y esto no fue realizado por ninguno de los especialistas en las dos instituciones, esta omisión en el actuar por parte de los galenos, iban a evitar el severo compromiso neurológico que sufrió la menor, finalmente el resultado fatal que ya se conoce y que no tenía que presentarse si se hubiera adherido a protocolos el personal médico y no hubiera actuado de forma iatrogénica al no prestar un manejo integral requerido por la menor, refiriéndose este último a manejo médico (farmacológico, monitorización continua en unidad de cuidados intensivos y procedimiento quirúrgico oportuno). Todo lo anteriormente mencionado esta soportado en la historia clínica siendo este un documento legal y en la literatura médica...”



**5.3.2. RESPUESTA: NO PROSPERAN.** Con respecto a la primera afirmación objeto de reproche, ha de decirse que, observado el dictamen pericial rendido por el INML, la única guía que cita el experto como apoyo de sus conclusiones es el PROTOCOLO DE MANEJO PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA INTRACEREBRAL ESPONTANEA. Pontificia Universidad Javeriana. Mirada en detalle, hace referencia al manejo médico y al manejo quirúrgico de la misma, más no a los exámenes diagnósticos previos a la detección de esta especie de hemorragia. Entonces, tiene razón el fallador de instancia en señalar que la guía reseñada en el dictamen no contiene ninguna referencia específica a los exámenes diagnósticos y a los tiempos de realización. Ahora, si traemos a colación la conclusión del dictamen, el mismo hace referencia es a los tiempos de atención que la guía señala en el punto 8., que hace referencia al manejo médico y quirúrgico de la hemorragia intracerebral.

En cuanto a la segunda afirmación expresada por el a quo, también respecto del dictamen pericial del INML, es claro para el sentenciador que el perito se contradice, dado que conceptúa que se realizó el diagnóstico de forma oportuna, cuando había dicho con anterioridad que no se cumplieron los tiempos para realizar los exámenes. En criterio de esta Magistratura, tal contradicción no existe, toda vez que el experto lo que señala es que *“no se cumplieron los tiempos de intervención recomendados por el protocolo anexo en el numeral 8.”*, que claramente hacen referencia al manejo médico y quirúrgico de la hemorragia intracerebral una vez diagnosticada.

Si bien, se nota una indebida apreciación del a quo al construir dicha afirmación, la misma no es de tal entidad que ponga en vilo su decisión. Pues como se verá en adelante, lo cierto es que en el proceso no quedó demostrada la conducta médica objeto de reproche por los actores.

Ahora, el apelante, en apoyo de su desacuerdo con la providencia, cita un documento académico realizado en Colombia: “Guías de práctica clínica basada en la evidencia proyecto ISS -Ascofame Cefalea”, que, entre otros, señala los exámenes y métodos diagnósticos en cefalea. Advierte esta Judicatura, nunca fue puesto en conocimiento del a quo, por lo cual, mal podía exigírsele que lo tuviese en cuenta en su fallo. No obstante, dicho protocolo avala la actuación de la atención inicial por parte de la Clínica Comfamiliar, en el sentido que, en tratándose de



cefalea, dice la guía citada, el médico debe ser acucioso y complementar el estudio del caso con neuroimagen tipo TAC, que ayuda a definir la presencia de hemorragia, la cual, si se practica dentro de los tres días siguientes a la misma, tiene un porcentaje de sensibilidad muy alto (90% - 70%). En el caso concreto, la historia clínica de la niña MARÍA CAMILA da cuenta que consultó el día 10 de octubre y al día siguiente ya tenía tal examen diagnóstico.

**5.3.2.** De otro lado, considera necesario esta Magistratura hacer algunas precisiones frente a la prueba pericial vertida al proceso.

Se arrimaron al expediente dos dictámenes, los que al tenor del artículo 241 del C.P.C., norma aplicable al asunto, como en efecto ocurrió, debían apreciarse conjuntamente. El a quo, expuso que se presentaba una dicotomía que era necesario decidir, cual de aquellos era digno de mayor crédito. En cuanto a la competencia de los peritos, dijo, se revela mejor calificado el experto designado por CENDES que el elegido por el INML, toda vez que, aunque ambos siendo médicos, el primero, además, es especialista en neurocirugía, área específica sobre la que versa la controversia. *“Con respecto a la firmeza, precisión y calidad de los fundamentos, también se muestra superior la experticia de CENDES. En efecto la del INML se apoyó en el protocolo ya descrito, sin embargo, sus conclusiones no fueron consecuentes con el mismo. Según se expuso ya con amplitud, ese protocolo desaconseja la cirugía pronta en caso de MAV o tumores. En tales casos, recomienda la intervención tardía. Sin embargo, esa orientación se pasa por alto en la conclusión. Y no sólo eso, la guía también desdice del procedimiento en condiciones neurológicas normales, pauta que también pasó por alto el perito.*

*CENDES, por el contrario, expuso sólidos fundamentos para sus conclusiones relativas a la contraindicación de la cirugía temprana. En efecto, sostuvo, como ya se refirió, que frente a la sospecha de MAV debían tomarse otras ayudas diagnósticas, como en efecto se hizo. La intervención pronta no está recomendada por el riesgo de sangrado derivado de la ubicación de la lesión en nudos de vasos. La orientación recomendada es el drenaje tardío. Corolario de lo anterior, frente a la orientación opuesta de los dictámenes, los criterios de valoración antedichos y desarrollados permiten concluir que son de mayor mérito demostrativo las vertidas por CENDES y que las del INML.”*

El Tribunal discrepa de dichas apreciaciones. Basta observar detenidamente tales informes, para concluir, con respecto al dictamen del perito CENDES, que sus conclusiones no tienen fundamento científico alguno, por lo



que, en criterio de esta Sala es inatendible, en la medida en que, si bien ha sido emitido por una entidad a través de un médico versado en la materia (neurocirujano), con fundamento en la historia clínica de la paciente que, a juicio de esta Sala, contiene información suficiente para haber emitido tales conceptos, carece de sustento o razones científicas. Mírese que las respuestas dadas a los interrogantes propuestos no tienen basamento alguno, que resulte comprobable respecto de las conclusiones que plantea, de cara al estado del arte de la ciencia de la medicina (lex artis), para la época de los hechos (año 2008). Y es que en dicho informe pericial no se mencionan protocolos de atención, ni guías médicas, o normas de la lex artis que lo avalen. Entonces, frente a estas carencias, lo expresado sería una mera opinión personal del experto, carente de trascendencia probatoria.

Lo anterior es importante destacarlo, toda vez que, aunque el dictamen no favorece los intereses de los actores, sí hubo una indebida apreciación de la fuerza probatoria del mismo en primera instancia, pero que en nada afecta la decisión impugnada, toda vez que ninguna prueba existe en el plenario que avale la afirmación del actor en el sentido de la tardanza en la cirugía a practicarle a la niña MARÍA CAMILA.

Con respecto al dictamen del INML, habrá de decirse que tampoco sirve de apoyo a la parte actora para demostrar la omisión endilgada a los demandados. Explica esta Corporación: Al observar detalladamente el informe pericial encontramos que, el experto manifiesta *“existen muchos protocolos de manejo para esta patología, normalmente cada institución tiene su propio protocolo o algunos especialistas siguen su propio protocolo de acuerdo a su escuela, a los cuales no tengo acceso, por eso anexo el protocolo de una universidad prestigiosa que es muy similar y aplicable a esta situación específica: PROTOCOLO DE MANEJO PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA INTRACEREBRAL ESPONTANEA. Pontificia Universidad Javeriana.”* No refiere de que año es. Consultado en internet, ciertamente, aparece publicado dicho documento, empero no tiene año de elaboración.

El protocolo hace referencia al diagnóstico y tratamiento de la HEMORRAGIA INTRACEREBRAL ESPONTANEA. Una vez ha sido diagnosticada, este sugiere el manejo médico y el manejo quirúrgico. En cuanto al manejo médico establece una serie pautas y medidas generales. Y en cuanto al manejo quirúrgico, que es el echado de menos por la parte actora señala:



## **MANEJO QUIRÚRGICO**

*Factores que determinan la indicación quirúrgica:*

### **a. Por etiología**

- Hipertensivo –discutido, más por localización.
- Angiopatía amiloidea –difícil hemostasia.
- MAV, tumores y aneurisma –drenaje tardío.
- Estudio complementario para estudio de causa.
- Cirugía prioritaria en caso de deterioro rápido.
- Coagulopatía: corrección según descripción de tratamiento médico.

### **b. Por estado clínico**

*No serán quirúrgicos los pacientes alerta y que permanezcan en este estado desde el ingreso, o los pacientes en coma con signos de tallo. En el rango intermedio la indicación quirúrgica la determinará la combinación con los otros parámetros.*

### **c. Por tamaño**

*Sólo están descritos estudios para gangliobasales y cerebelosos. Rango quirúrgico – 26 ml (3.7 cm) a 85 ml (5.5 cm) en gangliobasales y mayores de 14 ml (3 cm) en cerebelosos. Otro parámetro según porcentaje de volumen cerebral afectado: - 4% - no cirugía. - 4 a 8% - cirugía según estado clínico - 8 a 12% - cirugía - 12 o mayor – no cirugía*

*El análisis de cada caso se debe hacer en un contexto muy particular.*

### **d. Por evolución**

*Según variación del estado neurológico se considera cirugía. En general pacientes que muestren empeoramiento de su condición neurológica respecto al examen inicial, sin llegar a estado comatoso, podrían beneficiarse del manejo quirúrgico.*

### **e. Por localización**

*Putamen*

- Individualizado
- Beneficio cirugía en hematomas que desplazan la cápsula interna.
- Cirugía 26 ml a 85 ml o deterioro progresivo.
- No cirugía: extensión diencefálica, comprensión tallo.

*Tálamo*

- En general no cirugía.
- Menor 3 cm buena evolución.
- Mayor 3 cm alta mortalidad.

*Lobar*

- Observación: alerta con hematoma pequeño o mediano con paciente estable (conducta expectante).
- No cirugía: coma con hematomas grandes.
- Cirugía tardía: según empeoramiento neurológico.
- Vigilancia especial hematomas temporales.

*Puente*

- No cirugía.
- Mayor 1 cm alta mortalidad.
- Menor 1 cm alta mortalidad.

*Cerebelo*

*Factores a considerar:*



- Estado conciencia, signos de tallo, hidrocefalia y tamaño.
- Clasificación: benigno, moderado, severo y fulminante.

*En general indicación quirúrgica en mayores de 3 cm sin importar estado neurológico o en casos de deterioro neurológico rápido o en presencia de hidrocefalia aguda.*

*¿En qué momento la cirugía?*

*Se ha estipulado que la ventana terapéutica para obtener beneficio de un manejo quirúrgico son las primeras seis horas, sin embargo, existen estudios que extiende este lapso terapéutico hasta las primeras 24 horas.*

*Ventajas: disminuir riesgo de sangrado, irritación y edema que pueda ocasionar deterioro del estado clínico. Hasta el décimo día existe riesgo de empeoramiento clínico.*

*Cuidado posoperatorio...*

Como se puede apreciar, no son pocas las condiciones que este protocolo señala, a tener en cuenta para el manejo quirúrgico de la HEMORRAGIA INTRACEREBRAL ESPONTANEA, por lo que resultan pertinentes las siguientes preguntas: ¿estaba indicada la cirugía para el caso de la niña MARÍA CAMILA? Y si estaba indicada ¿hubo demora por parte del personal médico en adoptar e implementar la conducta quirúrgica?

Asume el perito que el caso ameritaba intervención quirúrgica y que sí hubo demora, entendiendo que la ventana terapéutica para obtener beneficio de un manejo quirúrgico son las primeras seis horas, aunque existen estudios que extienden este lapso terapéutico hasta las primeras 24 horas. Empero, tal afirmación no tiene soporte científico. Nótese que el protocolo que él mismo consulta para su concepto pericial, determina la intervención quirúrgica bajo ciertos parámetros, como: Por etiología, por estado clínico, por tamaño del hematoma, por evolución, por sitio de localización del hematoma (putamen, tálamo, lobular, puente, cerebelo), por el estado de conciencia de la paciente, y otros factores a considerar como si era benigno, moderado, severo y fulminante. En general indicación quirúrgica en mayores de 3 cm sin importar estado neurológico o en casos de deterioro neurológico rápido o en presencia de hidrocefalia aguda. Nada analiza es experto, frente a si se daban o no las condiciones de una intervención quirúrgica.

Visto lo anterior, para esta Magistratura los reparos analizados no tienen vocación de prosperidad.



**5.4. CUARTO REPARO.** El señor Juez dice: “Que el Dr. Vela expresó una indicación quirúrgica para el paciente, constituye una afirmación de la demanda que no tiene respaldo probatorio en ninguno de los medios demostrativos practicados.”

En criterio del apelante el galeno fue claro en decir que a pesar de la estabilidad había riesgo “por movimiento de mayor sangrado y compromiso neurológico.” y en la historia clínica se describe claramente que se necesitaba manejo por uci y otros exámenes para abordaje quirúrgico.

Insiste, lo que constituye una falla médica es que, pese a que la menor se encontraba en una entidad de alta complejidad, que se supone contaba con los servicios requeridos para el manejo de su patología y por el contrario no fue valorada nuevamente por especialista, con posterioridad a recibir los resultados de la tomografía y se sometió a un traslado que agravó aún mas su condición clínica, sin justificación alguna, ya que el galeno tratante nunca explicó su traslado, ya que era posible su intervención quirúrgica, contando allí con todos los medios para ello.

**RESPUESTA: NO PROSPERA.** Si bien, en la historia clínica de la paciente, nota de las 15:34 del día 11 de octubre de 2008, del neurocirujano PABLO FERNANDO VELA DE LOS RÍOS, dice: “*Paciente que desde hace tres días presenta cefalea global intensa que no ha mejorado con TTO MD, hoy se ha tornado somnolienta, apertura ocular al llamado, lenguajes escaso coherente, moviliza las cuatro extremidades, sin focalización, muy álgica, G 13/15, TAC muestra hematoma intraparenquimatoso temporo-parietal del lado der. con moderado efecto de masa, no hay una causa aparente para esta lesión, no hay antecedente reciente de TCE, no hay antecedente de enfermedad hematológica, en este orden de ideas es importante descartar MAV o tumor cerebral, la paciente ha tenido deterioro en el estado de conciencia, solicito TAC contrastado para tratar de identificar la causa y planear una eventual cirugía. Diagnóstico: hemorragia intracerebral en hemisferio subcortical.*”

Nótese que lo dicho por especialista VELA DE LOS RÍOS es que era necesario identificar la causa del hematoma, para lo cual solicitó un TAC contrastado y planear una eventual cirugía, empero no que la haya indicado en ese momento para la paciente, ni en ningún otro escenario.



## 6. CONCLUSIONES

Estudiado el recurso de alzada y al amparo de las anteriores reflexiones, deviene claro que se ha de confirmar la providencia confutada.

Se condenará en costas a la parte actora porque se le resolverá desfavorablemente el recurso. (art. 365-1 CGP).

## VI. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Pereira, en Sala Civil Familia de Decisión, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

### RESUELVE:

**PRIMERO: CONFIRMAR** la sentencia calendada el 13 de mayo de 2020, emitida por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Pereira, dentro del proceso de responsabilidad civil médica de la referencia.

**SEGUNDO: COSTAS** a cargo de la parte demandante.

En su oportunidad, vuelva el expediente al juzgado de origen.

Los Magistrados,

**EDDER JIMMY SÁNCHEZ CALAMBÁS**

**JAIME ALBERTO SARAZA NARANJO**

**CARLOS MAURICIO GARCÍA BARAJAS**

Firmado Por:

Edder Jimmy Sanchez Calambas

**Magistrado**  
**Sala 003 Civil Familia**  
**Tribunal Superior De Pereira - Risaralda**

**Carlos Mauricio Garcia Barajas**  
**Magistrado**  
**Sala 002 Civil Familia**  
**Tribunal Superior De Pereira - Risaralda**

**Jaime Alberto Zaraza Naranjo**  
**Magistrado**  
**Sala 004 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: **9e9cf8749b1a45ac0ccf12481548864ebc4bb0c189337bfdaa82cf554f9c1c56**

Documento generado en 11/08/2022 10:28:11 AM

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