TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL
SALA CIVIL – FAMILIA UNITARIA

Ibagué, noviembre veintitrés (23) de dos mil veinte (2020).

Aprobado en sesión virtual de octubre veintinueve (29) de 2020.

Mag. Ponente: Manuel Antonio Medina Varón.

Se decide el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, en contra de la sentencia proferida en audiencia por el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Ibagué, el 27 de agosto de 2019.

I.- ANTECEDENTES.

1.- Los señores JESUS MARIA CARDENAS YATE, OSCAR FERNANDO CARDENAS RICO y FANNY MILENA CARDENAS RICO, esta última en nombre propio y en representación de su hijo menor GEINER STEEVEN CARDENAS RICO, por conducto de abogado presentaron demanda verbal de mayor cuantía en contra de la médica GLADYS HELENA ESPELETA NIÑO, para que en sentencia se hicieran las siguientes declaraciones y condenas:

a).- Que la demandada es *"(...) responsable civilmente por los hechos ocurridos el día 20 de noviembre de 2008 en donde debido a la falta de atención y diligencia en el cuidado se produce el fallecimiento de la menor SAIRA BAQUERO CARDENAS configurando la responsabilidad civil en el servicio médico y hospitalario fundamentada en la falta a la lex artis debido a la violación de la normalidad y los protocolos médicos correspondientes".*

b).- Como consecuencia, se condene por perjuicios morales: *"(...) a favor de FANNY MILENA CARDENAS RICO, en nombre propio y en representación de su hijo menor GEINER STEEVEN CARDENAS RICO, (...) (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes (...) a favor de JESUS MARIA CARDENAS*

YATE y OSCAR FERNANDO CARDENAS RICO, (...) (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes (...)".

c).- Por daño a la vida en relación, a favor de *"(...) FANNY MILENA CARDENAS RICO, en nombre propio y en representación de su hijo menor GEINER STEEVEN CARDENAS RICO, (...) (150) salarios mínimos legales mensuales vigentes (...) a favor de JESUS MARIA CARDENAS YATE y OSCAR FERNANDO CARDENAS RICO, (...) (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes (...)".* Para las condenas, ha de tenerse en cuenta devaluación monetaria o indexación. Las costas del proceso.[1]

Síntesis de los hechos.

2.- Refieren los accionantes: *"(...) el 19 de noviembre de 2008 la Sra. FANNY MILENA CARDENAS se desplaza el servicio de Urgencias HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E. de la ciudad de Girardot, debido a que su hija SAIRA BAQUERO CARDENAS (...)",* presentaba complicaciones en su estado de salud. A la 1:18 am, del 20 de noviembre de 2008, *"(...) se escribe nota por el Dr. Jorge Enrique Pinto Rubio: PACIENTE AL INTENTAR TOMA DE CH PRESENTÓ EPISODIO DE DESATURACION Y CIANOSIS GENERALIZDA SE TOMO GLUCOMETRIA DE 127 DESATURACION HASTA 78 % Objetivo CABEZA Y CUELLO MUCOSA SECAS Y PALIDAZ CARDIPULMONAR TOS CON MOVILZACION DE SECRECIONES NO SIGNOS DE DIFCULTAD DE TIPO RESPIRATORIO ABDOMEN NO ALTERACIONES PACIENTE REUPERO SU ESTADO POSTERIOR A CIANOSIS GENERALIZADA PACIENTE CON EGRESO POR NEUMONIA HACE 4 DIAS CON EPISODIO DE APNEA SE DECIDE INCIA DE TRATAMIENTO Y REMISIÓN A UCI INTERMEDIA POR RIESGO DE FALLA VENTILAROIA Diagnósticos (...) Otras neumonías bacterianas CIE 10 J158 (...)".* A las 3:29 am se anota: *"(...) PACIENTE EN MEJOR ESTADO GENERAL NO NUEVOS EPISODIOS DE CIANOSIS (...) FR 32 SAURACION DE 99 % TOS OCASIONA LEVE POLIPNEA (...) PACIENTE ES ACEPTADO EN*

[1] Fl. 164 a 166 C.1.

CLÍNICA SALUDCOP IBAGUE PARA MANEJO EN UCI SALE EN AMBULANCIA DE TIPO MEDICALIZADO."

3.- La menor llegó a la "Clínica de Saludcoop IPS Ibagué" a la hora de las 5:00 a.m. del 20 de noviembre de 2008, lugar donde procedieron a quitarle: *"(...) líquidos y debido al estado en que se encontraba la niña, el paramédico le llevo inmediatamente a la UCI, pero de allí fue remitida a urgencias (...) Una vez en urgencias, la niña fue llevada a observación, el médico le ordeno inhalaciones, metazona cada 20 minutos (...) Se lee en la historia clínica: Examen Físico: TOS CON MOVILIZACION DE SECRECIONES NO SIGNOS DE DIFUCULTAD DE TIPO RESPIRATORIO; (...) Neurológico: PACIENTE LIGERAMENTE HIPOACTIVA MADRE REFIRE POBRE SUCCIÓN Variable Anormal (...)"*. Se diagnosticó: *"(...) Otras neumonías bacterianas (...) DIAGNOSTICO SECUNDARIO Hipoglicemia, no especificada (...) Recomendaciones SE TOMARA CH Y GLUCOMETRÍA. Atendida por Dr. Jorge Enrique Pinto Rubio"*.

4.- A las *"(...) 7:30 a.m. llega la dra. GALDYS ESPELETA quien diagnosticó que la niña se encontraba bien y que solo necesitaba los líquidos suministrados a través de catéter venoso, para posteriormente remitirla a piso y que no era necesario remitirla a UCI. 1 (...) En la historia clínica aparece registro a las 9:08 AM correspondiente a la Especialista Dra. Gladys Espeleta 'PACIENTE CON ANTECEDENTE DE NEUMONÍAS RECURRENTES MAL PROGRESO DE PESO EN ESTUDIO DX NEUMOPATIA CRÓNICA (...) INMUNODEFICIENCIA A ESTUDIO Objetivo PACIENTE EN REGULAR ESTADO GENERAL AFEBRIL NORMOHIDRATDA CARDIORESPIRATORIO BEAB (...) TAQUICARDICA RONCUS BILATERALES ABDOMEN BDI NO MEGALIS GU SP PACIENTE EN ESTUDIO DE SU NEUMOPATIA CRONICA PLAN INMUNOGLOBULINAS (...) CUADRO HEMATICO, GLICEMIA, COMPLEMENTO C3 C4, ELISA VIH, LINFOCITOS B Y T, CD4 CD8, FAL, LDH CH50 EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA. BK DE JUGO GASTRICO Y CULTIVOS HOSPITALIZAR EN PISO SE HABLA CON UCI DRA MONICA PEREZ PARA COLOCAR CATETER FEMORAL, RX DE TORAX CON INFILTRADO DIFUSO BILATERAL*

(...) diagnóstico: Neumonía Bacteriano no especificada. Nota médica a las 10:22 AM".

5.- Según nota médica de las 10:22 am, *"(...) SE ATIENDE LLAMADO POR PARTE DE LA MADRE DE LA MENOR, SE ENCUENTRA LA MENOR CON O2 X HOOD AL 50%, CIANOSIS CENTRAL, SOMNOLENCIA, SE TOMA SaO2> 83 - 84%, SE COMENTA CON DRA. GLADYS ESPELETA (PEDIATRA) QUIEN REFIERE COMENTAR EN UCI-PSE COMENTA PACIENTE EN UCI-P CON DRA. MONICA PEREZ (PEDIATRA) QUIEN REFIERE QUE AUTORIZA EL TRASLADO A UCI-P. PENDIENTE TRASLADO A UCI – P'. Nota médica del Dr. José Edwin Murcia Osorio".* Se dijo que la menor: *"(...) nuevamente adquirió un color morado, pero la pediatra GLADYS HELENA ESPELETA ya se había ido (...) A las 5:02 PM se registra nota la cual aparece corresponde a Dra Mónica Rodríguez Ruiz y Dra. Mónica Pérez como pediatra: 'PACIENTE QUIEN A LAS 11:00 AM INGRESO EN MAL ESTADO GENERAL, DESHIDRATADA, SIN ACCESO VENOSO, HIPOTERMICA, ACROCIANOTICA, POLIPNEICA, CON OXIGENO BAJO HOOD, MONITOR NO REGISTRO OXIMETRIA NI TENSION ARTERIAL. SE PROCEDE A BUSCAR ACCESO VENOSO PERIFERICO SIN LOGRARLO POR LO CUAL SE COLOCA CATETER VENOSO CENTRAL SUBCLAVIO DERECHO EN 2 INTENTOS OBTENIENDOSE RETORNO. SE ADMINISTRAN BOLOS DE LACTATO DE RINGER Y DEXTROSA AL 10% POR HIPOGLICEMIA SEVERA. GASES CON ACIDEMIA SEVERA E HIPOXEMIA. LA PACIENTE PRESENTA EPISODIO DE APNEA Y BRADICARDIA. SE INICIA MANIOBRAS DE RESUCITACION CON VENTILACION CON PRESION POSITIVA POR MEDIO DE AMBU, MASAJE CARDIACO, ADMINISTRACION DE ADRENALINA IV (3 DOSIS) SIN MEJORIA. ADEMAS SE REALIZA INTUBACION OROTRAQUEAL, NUEVA APLICACION DE ADRENALINA IV EN INFUSION CONTINUA, APLICACION DE BICARBONATO DE SODIO Y ATROPINA (...) PACIENTE QUIEN CONTINUA BRADICARDICO, CON PUPILAS MIOTICAS. RX DE TORAX EVIDENCIA NEUMOTORAX DERECHO SE PASA VENOCATH 14 A NIVEL DE 4TO ESPACIO INTERCOSTAL DERECHO, CON DRENAJE DE AIRE. SE CONECTA A TRAMPA. OBTENIENDO EN RX DE TORAX DE CONTROL RESOLUCION. SE CONTINUA MANIOBRAS DE REANIMACION AVANZADA. LA*

PACIENTE FALLECE A LAS 14:00'. Registran como diagnóstico choque hipovolémico. Y aparece como especialista Mónica Isabel Pérez Pardo".

6.- En razón a los acontecimientos que rodearon el deceso de la niña, se presentó queja ante el Ministerio de Salud, entidad que halló responsable *"(...) al servicio de salud de IPS CLINICA SALUDCOOP - IBAGUE mediante resolución No. 003192 del 10 de noviembre de 2011 y le condenó a CINCUENTA SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES debido a la negligencia médica (...)".* De igual forma, se aduce que el *"(...) ministerio ordeno la investigación penal por lo que se adelanta en la fiscalía 9 secciona del Ibagué – unidad de vida por el punible de HOMICIDIO CULPOSO, bajo el radicado No.730016000432201300242".* De igual forma, se acompañó con la demanda dictamen pericial. Finalmente refiere que, el anterior proceder generó perjuicios al núcleo familiar que hoy son objeto de reclamación.[2]

II.- TRÁMITE.

1.- Por auto de diciembre 8 de 2018, se admitió la demanda[3] y, una vez enterada la parte demandada, mediante apoderado judicial se opuso a las pretensiones excepcionando: *"Adecuada práctica médica (cumplimiento de la lex artis y ausencia de culpa de la Dra. Gladys HELENA Espeleta – Diligencia médica (imposibilidad de tomar como prueba en contra de la Dra. Gladys Espeleta la sanción impuesta a Saludcoop por parte de la Superintendencia delegada por el fallecimiento de la paciente – Ausencia de nexo causal como elemento de la responsabilidad – Inexistencia de la obligación de indemnizar, ausencia de prueba y estimación excesiva de perjuicios – presunción de buena fe y confianza legítima en el ejercicio de la medicina – Genérica e innominada".* De igual forma se objeta el juramento estimatorio.[4]

---

[2] Fl. 158 a 182 C.1.
[3] Fl. 183 C.1.
[4] Fl. 190 a 203 C.1.

2.- Por escrito de julio 13 de 2018, se descorren las excepciones de mérito propuestas.[5] Seguidamente, por auto de agosto catorce del año en cita se otorga un término a la parte demandada para que allegué el dictamen pericial anunciado en la contestación de la demanda.[6] De otro lado, se recibe respuesta del Coordinador de Pediatría de Saludcoop Ibagué, donde atesta los turnos de esa especialidad para el día 20 de noviembre de 2008.[7]

3.- El dictamen pericial se aportó en octubre 4 de 2018,[8] al cual se acompañó la guía No. 3, sobre *"NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN NIÑOS MENOS DE 1 MES A 17 AÑOS"* de la Asociación Colombiana de Neumología de Pediatría.[9]

4.- La audiencia inicial de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso se adelantó en octubre 29 de 2018, decretándose los medios probatorios solicitados.[10] La continuación de aquella vista pública acaeció en marzo 21 de 2019, acto procesal en el cual, según acta de audiencia, se recibieron los testimonios de las señoras **María Helena Santos Cortes** (amiga de los demandantes minuto 10:57 a 32:38), **Carla Maritza Ocampo Amaya** (enfermera profesional minuto 35:22 a 37:38)[11] y **Mónica Isabel Pérez Pardo** (minuto 00:15 a 19:28 Archivo 2).[12] A la audiencia no compareció el señor perito de los demandantes, motivo por el cual, se dejó sin ningún valor dicho trabajo (minuto 21:44 a 26:19 Archivo 2).[13] Seguidamente, la auxiliar de la justicia **Olga Lucía Baquero Castañeda** sustenta el dictamen acompañado con la contestación de la demanda (minuto 28:04 a 146:29 Archivo 2).[14]

---

[5] Fl. 224 a 232 C.1.
[6] Fl. 240 a 243 y 247 C.1.
[7] Fl. 245, 246, 248 a 250 C.1.
[8] Fl. 252 a 282 C.1.
[9] Fl. 252 a 282, 246, 248 a 250 C.1.
[10] Fl. 284 a 291 C.1.
[11] Fl. 302 CD, archivo 1 C.1.
[12] Fl. 302 CD, archivo 2. C.1.
[13] Fl. 302 CD, archivo 2. C.1.
[14] Fl. 302 CD, archivo 2. C.1.

5.- La señora apoderada judicial de la parte demandada puso de presente que, una vez revisado el audio de la prueba testimonial este presentó fallas, por consiguiente, el despacho de conocimiento en auto de julio 11 de 2019 ordena reconstruir parte de la diligencia, en razón a que el audio que contiene aquellas manifestaciones fue interrumpido por un *"(...) bajón de luz (...)"*, existiendo de esa forma una causa extraña que impone nuevamente su recepción.[15] Decisión que fue objeto de adición por el señor apoderado de la parte actora, quien pretendía se escuchara *"(...) en la audiencia (...) al perito (...) quien no logró hacerse presente en la diligencia de pruebas debido a las órdenes de arresto proferidas por diferentes despachos judiciales debido a su calidad de gerente de la NUEVA EPS"*.[16] Esta petición fue negada el 23 de julio del año en cita.[17]

6.- Inconforme con lo atrás resuelto, el representante judicial de los accionantes formula recurso de apelación,[18] el cual fue negado,[19] acto seguido, promueve el de reposición y en subsidio queja,[20] medios que fueron descorridos por su contraparte.[21] Finalmente, se autoriza la expedición de copias,[22] declarándose por la segunda instancia bien denegada la alzada.[23]

7.- El 27 de agosto de 2019, se llevó a cabo la reconstrucción parcial de la audiencia de instrucción, escuchándose solamente a la señora ***Mónica Isabel Pérez Pardo*** (minuto 08:44 a 41:24), debido a que la testificante **Carla Maritza Ocampo Amaya** no se hizo presente por estar fuera del país. Acto seguido, se escuchó en alegatos de conclusión a las partes, primero a la demandante quien dentro de sus argumentos aludió a la *"pérdida de una*

---

[15] Fl. 311 C.1.
[16] Fl. 312 y 313 C.1.
[17] Fl. 330 C.1.
[18] Fl. 331 a 336 C.1.
[19] Fl. 337 a 340 C.1.
[20] Fl. 341 a 346 C.1.
[21] Fl. 348 C.1.
[22] Fl. 350 a 352 C.1.
[23] C.2.

oportunidad" (minuto 46:37 a 81:04), luego a la demandada (minuto 66:37 a 41:24).[24]

III.- LA SENTENCIA (minuto 82:22 a 120:04)

1.- Resolvió el señor Juez de primer grado que las *"(...) pretensiones incoadas en su escrito de demanda (...) están llamadas a no ser prósperas (...) COSTAS de la instancia a cargo de la parte actora (...)"*. Asentados los antecedes del litigo y, fijado el debate bajo los postulados de la responsabilidad civil extracontractual (Art. 2341 C.C), en razón a la inexistencia de contrato entre las partes *(minuto 89:22),* evocó que el dictamen pericial que se acompañó a la demanda no tuvo valor probatorio porque no fue sustentado en audiencia (Art. 228 C.G.P).

1.1.- Apreciadas las pruebas en conjunto, ante lo resuelto por el Ministerio de Salud concluyó: *"(...) la resolución aludida por el apoderado judicial de la parte actora, per se, no deriva o genera una responsabilidad personal en la acá demandada, esa resolución tiene un carácter de responsabilidad institucional más no personal demandada (minuto 105:52 a 106:27) (...)"*. Al estudiar la prueba trasladada (documentos correspondiente a la investigación penal), señala que la misma no ha sido controvertida *"(...) ni en esta instancia ni por la jurisdicción penal, pero más aún, dentro de la acción penal no existe todavía una decisión judicial en firme que declare a la acá demandada penalmente responsable por algún hecho punible relacionado con el deceso de Saira. Ya, si penalmente llegare a ser encontrada responsable, esa responsabilidad penal deriva también perjuicios económicos, pero, mientras la jurisdicción penal no la halle responsable, esta instancia no puede tener como válidas las pruebas que se están recaudando, particularmente, el concepto que reseñaron como presunta negligencia o responsabilidad de la médica acá demandada, por tal razón, este despacho tales medios probatorios, es que no le de valor probatorio, es que no le generan certeza sobre la*

[24] Fl. 355 a 362 CD, C.1.

responsabilidad endilgada dentro del libelo genitor a la parte actora, (minuto 106:28 a 108:28) (...)".

1.2.- Al referirse a la ***pérdida de una oportunidad*** traída por la parte actora en sus alegatos de conclusión, recordó la existencia del principio de la congruencia o *intra petita* contenido del artículo 281 del C.P.G., *"(...) principio (...) que es regla propia en la jurisdicción civil (...) esa situación traída hoy por el apoderado judicial de la parte actora (...) no podrá ser tenida en cuenta por esta instancia o examinada por cuanto no se vislumbró en el acápite de los hechos y pretensiones (...) pues se violaría el artículo 29 de la Constitución (minuto 108:28 a 110:15) (...)".* Insistió en que el estudio de la culpa debe hacerse de cara a los conocimientos especiales que se exigen en esta clase de asuntos, utilizándose para esos efectos la prueba pericial aportada por la demandada (fl. 252 a 282), medio técnico elaborado por la médica *Olga Lucía Vaquero Castañeda*, persona idónea, capacitada y especializada en la materia de *litis,* debidamente controvertido, donde se realizó un *"(...) juicioso estudio de la situación a cargo de la galena (...) La experta fue clara al señalar y en cuanto a los antecedentes clínico o médicos de la menor, que se trató de una paciente de un año con procesos respiratorios a repetición, razón por la cual se encontraba en el estudio de una neumopatia crónica y posible inmunodeficiencia, cuadro que según afirma de cara a la historia clínica, pudo haber empezado desde los dos meses y medio, sin que según expuso, se hubiere logrado determinar la causa de la condición clínica de la paciente, afirmando como la niña de hecho, seguía en estudio de su cuadro clínico, ratifica como la paciente llegó al hospital de Girardot con una condición de dificultad respiratoria, la que además presentaba antecedentes de problemas respiratorios, incluso se saturó (...) siendo trasladada con un proceso respiratorio bajo, paciente que según historial clínico llegó con oxígeno, frecuencia cardiaca de 120 y respiratoria de 45, frecuencia normales para una niña de esa edad (...) Precisa la perito que, la paciente ingresa con un cuadro de infección respiratoria con oxígeno y vigilancia de su patrón respiratorio y*

que la frecuencia cardiaca y respiratoria se encontraba dentro de los rangos normales para una niña de la edad de la paciente (...) por su experiencia, Saida Vaquero Cárdenas no debió haber sido remitida a la UCI de entrada, por cuanto los registros clínicos que tenía al momento del ingreso no se consideró que hubiere sido necesario, señalando que la condición global de la picante es la que decanta el envío a la UCI y para el momento en que la doctora Espeleta la valoró, la paciente no estaba en una condición clínica para ser llevada a la UCI, precisa que por el historial clínico de la niña, ella, la experta, no habría actuado de forma diferente a la doctora Espeleta, indicando que la condición de la niña al momento de la valoración de la pediatra era estable, es decir, en ese momento no era necesito ingresarla a la UCI (minuto 114:10 a 119:13) (...)". Concluyó el señor juez de instancia que el fallecimiento de la menor, *"(...) no ocurrió por la actuación errónea de la galena accionada, puesto que los procedimientos estuvieron conforme lo preceptúan los protocolos y manuales aplicables al caso (...) del dicho utilizado por la perito (...), se extrae que la doctora Espeleta conforme al manejo que se le daba en la clínica Saludcoop de Ibagué, si bien era la pediatra de urgencia, también debía atender otros servicios prestados por la entidad como por ejemplo sala de parto, control de piso y quirófano exceptuando únicamente la UCI (...) Éste experticio en conclusión, le ofrece a esta dependencia judicial total confiabilidad (...) no advirtiéndose ni duda ni parcialidad del mismo al momento de la contradicción (minuto 119:20 a 120:01) (...)".* No logró la parte actora acreditar los elementos de la responsabilidad civil endilgada a la profesional de la salud, en otras palabras, no probó la culpa.

IV.- LA IMPUGNACIÓN (minuto 120:04)

En la misma audiencia de fallo la parte actora apela la decisión y, solicita el término de tres días a fin de exponer los reparos concretos de su inconformidad, acto que cumple según escrito de agosto 29 de 2019.[25]

[25] Fl. 365 a 377 CD, C.1.

V.- TRÁMITE ANTE EL TRIBUNAL.

1.- La alzada se admitió en septiembre 13 de 2019[26] y, en marzo 2 de 2020 se prorrogó el término para decidir la instancia.[27] Ante la imposibilidad de adelantar la audiencia de que trata el artículo 327 del Código General del Proceso y, en aplicación a lo dispuesto en el Decreto número 806 de junio 17 de 2020,[28] se dispuso el traslado a los demandante a fin de que sustentaran el recurso interpuesto.

2.- El extremo actor advirtió la presencia de un *"(...) falso juicio en la apreciación de la prueba del dictamen de la perito Dra. Olga Lucia Baquero (...)"*, toda vez que, su versión incurre en *"(...) omisiones, errores, y juicios desmedidos ostensibles (...) Indica que los únicos en realizar un procedimiento de aplicar un catéter central (para SAIRA BAQUERO) son los médicos, pero que la Dra. ESPELETA, no tenía esta experticia, ya que la misma perito no tiene la pericia de realizarlo según su experiencia, y es por ello que la demandada solicita el favor a la Dra. Mónica Pérez (Pediatra de la UCI para la fecha de los hechos). Este actuar denota e indica la falta de pericia de la Dra. Espeleta"*.

2.1.- Señala que se pisó el *"terreno de la especulación"*, al creer que la menor sufría: *"(...) 'posibles inmunodeficiencias desde los dos meses de edad' hecho completamente especulativo que no se encuentra probado en el cartulario, buscando con ello empeorar la condición de la paciente para justificar la muerte de la menor por su grave condición clínica sin que intervenga la galena demandada (...)"*, ello, sin pasar por alto la aseveración realizada por la auxiliar de la justicia, quien considera: *"(...) en urgencias no se tiene diferencia con la atención de la UCI (unidad de cuidados intensivos), y lo que debía hacerse es que la madre debe estar al tanto en continua observación, vigilancia para que en caso de dificultad respiratoria de su bebe se llame al personal médico (...)"*, carga que no debía asumir la progenitora. Según lo visto, se continúa especulando cuando se piensa que el ingreso a UCI

[26] Fl. 4 C.5.
[27] Fl. 15 C.5.
[28] Fl. 19 y 20 C.5.

desde un principio, hubiera generado un mayor riesgo a la menor debido a que podía *"(...) contraer otra patología (...)"*.

2.2.- Al referirse a los *"(...) protocolos y manuales aplicables al caso (...)"*, recuerda que es necesario mencionar a cuál de ellos se está haciendo referencia, cuanto más, si debido a la equivocada intervención de la Dra. Espeleta, no fue posible que la menor ingresara a UCI donde estaría supervisada todo el tiempo.

2.3.- Respecto de la prueba trasladada correspondiente al proceso penal recuerda que, debe ser apreciada en la actuación, toda vez que, contiene la conclusión asumida por el galeno JAIRO HERNAN BELTRAN ROMERO (fl. 160 a 162), en calidad de médico del Instituto de Medicina Legal quien concluye: *"[l]a atención realizada por la Dra. Espeleta es deficiente en cuanto no registra información mínima del examen físico, lo cual haría suponer que no tomó estos signos vitales, decidiendo que se hospitalizara en piso y no en la UCI. Por lo anterior se considera la atención prestada por la Dra. Espeleta consignada en la historia clínica presenta deficiencias al no anotar los signos vitales, siendo fundamentales para corroborar o descartar el riesgo de falla ventilatoria que los médicos anteriores habían anotado (...) La Dra. Espeleta no valoró de forma adecuada a la paciente, por lo que descartó tácitamente la necesidad de UCI, servicio que requirió por la falla respiratoria 3 horas después de su valoración"*.

2.4.- Alude que mediante resolución No. 003192 de noviembre 10 de 2011, el Ministerio de Salud - Superintendencia Delegada para la Atención en Salud, impuso sanción de 50 S.M.L.M.V a SALUDCOOP por la muerte de la menor, argumentando: *"(...) una vez evaluados, y analizados los documentos obrantes en el expediente evidencia posibles fallas en la obligación de garantizar la calidad de la atención en salud prestada a la menor, en sus atributos de oportunidad de la atención en salud específicamente en el tema de evacuación de la paciente en transporte básico terrestre asi como en el registro de la secuencia lógica del manejo de la*

historia clínica' Más adelante concluye: 'Al analizar el acervo probatorio recaudado durante la actuación preliminar, asi como en la etapa de investigación y el aportado en los descargos, se demuestra la vulneración de las normas que regulan el sistema general de seguridad social en salud (...)"

2.5.- Finalmente refiere que a la demanda se acompañó dictamen pericial emitido por el Dr. WILMAR RODOLFO LOZANO PARGA, quien no pudo presentarse a sustentar su trabajo debido que se encontraba detenido a raíz de un desacato de una tutela, por tal motivo, insiste en el recaudo de aquel medio de prueba en esta instancia, *"(...) En caso de no ordenarse lo rogado (...) con las pruebas obrantes en el proceso, solicito a la Honorables Magistratura se sirva REVOCAR la sentencia de fecha 27 de agosto de 2019 (...) y en su lugar se condene a la parte demandada (...)".*[29]

VI. RÉPLICA DE LA NO APELANTE.

1.- Adujo con vista a la historia clínica, *"(...) que la paciente fue atendida en urgencias de SALUDCOOP Ibagué en la madrugada, por médico general que la valoró y ordenó medicamentos, y no solicitó interconsulta con pediatría, ni precisó que requería de UCI"*, lo anterior, sin pasar por alto que, así *"(...) la paciente hubiere sido remitida y con cama en UCI reservada, no implicaba necesariamente que en efecto ingresara a UCI; los pacientes que ingresan remitidos, llegaban al servicio de urgencias, donde eran valorados por medicina general de urgencias y de acuerdo con su condición clínica definían ubicación en la institución y solicitaban valoraciones por especialidades de ser requeridas. Esto indica que debía valorarse la paciente y definirse si en efecto existían criterios para UCI, es decir, no ingresaba de forma automática a ese servicio, máxime si se tiene en cuenta lo dicho por la perito, en el sentido de que dicho ingreso también conllevaba un riesgo dadas las infecciones que eventualmente podía adquirir la paciente en UCI, siendo más riesgoso para ella el remitirla a UCI dada su condición de inmunodeficiencia".*

[29] Fl. 29 a 41 C.5.

1.1.- Reitera: *"(...) el médico que recibió a la paciente en urgencias de SALUDCOOP Ibagué, DR JACOBO CLAVIJO, a las 4:39 a.m., consideró que la paciente no estaba descompensada para ingresar a UCI y esperó la valoración del médico que ingresara a las 7.00 a.m.; en caso en que hubiere considerado que requería manejo de UCI en ese momento, hubiere llamado inmediatamente al pediatra de UCI que se encuentra permanente en la institución, o incluso al pediatra de disponibilidad que estaba de turno en la madrugada, pero no consideró ninguna de las dos opciones, ya que esperó al pediatra de las 7.00 a.m., es decir, a la DRA ESPELETA (...) valoró a la paciente cuando inició su turno, el cual de acuerdo a lo señalado por el DR FERNANDO SILVA, Coordinador de Pediatría, iniciaba a las 7:00 a.m. como lo reconoce en su interrogatorio de parte, siendo importante señalar que si bien la nota realizada por mi mandante aparece registrada a las 9:08 a.m., esta es una nota diferida que corresponde a esta atención; al respecto los testigos y la perito señalaron que dada la forma en la que debía prestarse el servicio, primero se valoran a todos los pacientes, y luego de ello se hacen los registros. 'En general, los médicos hacen rondas, hacen toda la ronda, ven cómo están los signos vitales y posteriormente se sientan y escriben. Normalmente lo que uno hace, es hacer toda la vuelta, pasa toda la revista y luego escribe.', señaló la perito".* Lo dicho se corrobora al verificar la nota de enfermería que data de las 8:00 a.m.

1.2.- Memoró que en palabras de la experta, la Dra. Espeleta valoró a *"(...) la paciente Saira Baquero Cárdenas y dio las indicaciones requeridas de acuerdo con su condición clínica, y estuvo pendiente de su evolución, haciendo mención al registro del 20 de noviembre de 2008 elaborado por mi mandante (...) La perito precisa que la Dra. Espeleta como médico especialista en pediatría complementó el manejo iniciado por medicina general y dio continuidad al manejo ya establecido. A las 10:22 cuando la paciente presenta episodio de desaturación el médico general de urgencias valoró inmediatamente a la paciente e informó a la Dra. Espeleta quien de forma inmediata indicó que debe presentarse a UCI a donde se traslada, y fallece".*

1.3.- Manifiesta que el apelante se equivoca al *"(...) tildar como 'falta de pericia de la Dra. Espeleta', basado en que la misma 'solicita el favor a la Dra. Mónica Pérez (Pediatra de la UCI para la fecha de los hechos)' para colocar un catéter central a la paciente, lo que es señalado como adecuado por parte de la perito, quien advierte que tampoco los coloca. Al respecto se debe tener en cuenta que el hecho de ser pediatra no es sinónimo de tener formación en la 'postura' de los catéteres centrales; de manera que la Dra. Espeleta hizo bien en llamar a un especialista para que realizara el procedimiento, demostrando su buen juicio, y el hecho de que el apelante no piense de esa manera no implica que tenga razón en su apreciación (...) Precisa la perito: 'Yo también soy pediatra y en el último año no he puesto ningún catéter central, aunque tengo el conocimiento de la técnica, porque poner un catéter central es conocer perfectamente las vías para llegar desde la periferia a una vena grande y lo debe hacer una persona que tenga el conocimiento pero tenga la experticia, eso depende del número de veces que lo haga (...) Quien es el experto? Un pediatra de urgencias podría ser experto si está permanentemente en urgencias donde pone 1 o 2 catéter mínimo a la semana, las UCI ponen catéteres todos los días, también en cirugía y los anestesiólogos (...)".*

1.4.- Advierte que, no es *"(...) especulación el que la perito hubiere advertido que la menor sufría: 'posibles inmunodeficiencias desde los dos meses de edad', pues precisamente la perito se basó en la historia clínica de la menor para emitir su dictamen, de tal suerte que contaba con suficiente soporte para realizar esa manifestación. Paralelamente se debe señalar que existe diferencia entre 'especular' y 'sospechar' un diagnóstico; en el caso de la paciente quien había sufrido infecciones respiratorias a repetición, se debe SOSPECHAR una enfermedad crónica de base, en este caso sería una neumopatía, razón por la que mi mandante le pidió múltiples exámenes a la paciente para confirmar el diagnóstico, como se hizo en este caso. NO es NORMAL que un niño menor de un año curse con infecciones respiratorias bajas a repetición en tan corto periodo de tiempo*

(...)". Y, según la auxiliar de la justicia, *"(...) en urgencias no se tiene diferencia con la atención de la UCI (unidad de cuidados intensivos), y lo que debía hacerse es que la madre debe estar al tanto en continua observación, vigilancia para que en caso de dificultad respiratoria de su bebé, se llame al personal médico. 'Ella tenía una neumonía y había que vigilarla, la frecuencia respiratoria, los tirajes, si era posible que se presentara pero eso es lo que se observa en área de urgencias u observación. Uno en urgencias tiene todos los elementos para manejarlo. Realmente para la UCI hay que tener unas condiciones muy precisas, unos criterios muy claros para determinar cuando un niño va a UCI (...) Cuando uno está con un paciente en UCI, es un paciente poli invadido, es decir que tiene monitores en el pecho conectados a un equipo, generalmente una sonda vesical y si esta ventilada está conectada a un monitor (...)".*

1.5.- Insiste que fue mal interpretado lo concerniente al deber de protección en urgencias que debe tener la madre: *"(...) Realmente en pediatría la persona directa que siempre esta es el cuidador, la mamá y también está la enfermera auxiliar, tomando signos vitales, mirándola, le está preguntando a la mama si ha orinado, ha cambiado y ellos le avisan al médico, le avisan si comió, si aumentó, pero no es competencia del pediatra estar sobre el paciente (...) al tratarse de un menor de edad, su madre no deja de ser su cuidadora por el hecho de encontrarse en la clínica, es ella la que está pendiente de cambios para reportarlos cuando se presenten, pues imposible resulta que se dedique el personal de forma exclusiva a cada niño, pues tendría entonces que existir un profesional de la salud por cada paciente menor de edad, y mucho menos es posible que el pediatra, y en este caso, la DRA ESPELETA, estuviera pendiente de la paciente, máxime cuando, tal como se probó en el proceso, con el oficio suscrito por el DR FERNANDO SILVA, Coordinador de Pediatría, mi mandante tenía a su cargo varios servicios".*

1.6.- Puso de presente la falta de prueba que permita *"(...) establecer la causa de muerte, pues no contamos con necropsia, de tal suerte que no es posible señalar que si a*

Saira se le hubiere recluido en UCI desde el ingreso a la sede del hospital se hubiere podido evitar su deceso, tal como lo preguntó el ad quo a la perito, quien señalo: 'Yo no puedo decir 'si se hubiera hecho esto no hubiera fallecido' (...) para el momento en que mi mandante valora a la niña no era necesario ingresarla a la UC; es la perito pediatra, experta en el área, la que nos informa claramente al respecto (...) uno no pasa a UCI por el historial, pasa por la condición del paciente y la condición de la niña era estable, no era que no estuviera enferma, era que estaba estable, cuando la vieron en deterioro la trasladaron (...) no hay un criterio que diga que ella deba ser trasladada a la UCI. Urgencias es un servicio donde se trabaja un equipo médico, entonces alguien dice un criterio, no, son varios criterios, es la condición global del paciente (...) A la unidad de cuidados intensivos se pasa cuando el paciente tiene mayor requerimiento en oxígeno, si ella hubiera requerido intubación se pasaba a UCI o se intubaba en urgencias y se pasaba a UCI (...) Resulta entonces que es cierto que la paciente estaba estable hemodinámicamente, y con buena saturación en observación, por lo tanto no existía indicación para pasar a UCI (...)".

1.7.- Al referirse a la *"prueba trasladada"* anunció que no era posible tener como tal la *"(...) documentación enviada por la Fiscalía general de la Nación, consistente en una INVESTIGACION en contra de mi mandante, pues al decretar las pruebas, el ad quo no la ordenó como prueba trasladada, sencillamente señaló: 'Líbrese oficio por secretaria con destino a la fiscalía 9 en busca de que, a costas de la parte actora, se aporte copia de las diligencias, que por el presunto delito de homicidio culposo, se adelantan en contra de Gladys Helena Espeleta Niño y cuya valoración se hará en la sentencia. Paralelamente es importante tener en cuenta que mi mandante no ha sido condenada, de tal suerte que la sola existencia de la imputación de cargos contra la Dra. ESPELETA no precisa la existencia de una sentencia ejecutoriada; igualmente sucede con los elementos probatorios que menciona el apelante, obran en el respectivo expediente penal, sin que pueda tomarse el criterio esbozado por el médico del Instituto de Medicina Legal*

como una prueba en contra de mi mandante dentro de este proceso, máxime si se tiene en cuenta que no está suscrito por un par de la DRA ESPELETA, y lo más importante, no ha sido controvertido dentro de este proceso como prueba pericial, ni fue decretado como tal, a lo que se adiciona que cuando se nos corrió traslado de los documentos en mención, planteamos nuestra rotunda oposición a que se tuvieran como prueba trasladada, precisando las razones de la improcedencia, lo cual solicito tener en cuenta en aras de la brevedad".

1.8.- En lo concerniente a la Sanción del Ministerio de Salud - Superintendencia Delegada para la Atención en Salud, expone que la misma se dirigió en contra de una *"(...) persona jurídica y no a la DRA ESPELETA, sin que en aparte alguno de la resolución sancionatoria se advierta que la misma generó la muerte de la menor; se agrega que mi mandante no fue parte en esa investigación, y por ende no conoció de la misma, y por ende no hubo lugar a ejercer su derecho al debido proceso y defensa, máxime si se tiene en cuenta que se investigaba la responsabilidad de una entidad en el contexto total del servicio de salud a su cargo, no la atención de la pediatra (...)".*

1.9.- Finalmente, alude al dictamen del señor WILMAR RODOLFO LOZANO PARGA (allegado con la demanda), para decir: *"(...) el tema ya fue decidido previamente, quedando claro que la parte demandante no recurrió la decisión notificada en estrados, al realizarse la audiencia de instrucción y juzgamiento, quedando en firme la decisión tomada por el juzgado de no tener en cuenta el dictamen pericial ante la ausencia del perito al tenor del art 228 del CGP, sin que se hubiere presentado justificación de inasistencia, ni prueba alguna que soportara la razón de la misma (...) No se dan los presupuestos para que se decrete la prueba en segunda instancia, contemplados en el artículo 327 del CGP, como tampoco hay lugar a pensar en prueba de oficio como lo pretende el apelante, en la medida en que el despacho no puede suplir el desinterés que tuvo la parte demandante en el momento procesal en el que debía actuar de manera diligente, conocedor de las consecuencias legales, ante*

la inasistencia de su perito a la audiencia de instrucción y juzgamiento (...)".[30]

VII.- CONSIDERACIONES.

1.- En punto de la responsabilidad civil de los médicos, enseña la H Corte Suprema de Justicia que aquella es: *"(...) una responsabilidad que se deduce mirando la demostración de la culpa, independientemente de que la pretensión indemnizatoria tenga una causa contractual o extracontractual (...)"*. Así mismo, *"(...) en este tipo de responsabilidad como en cualquiera otra, deben concurrir todos los elementos o presupuestos materiales para el éxito de la pretensión (...)* ***Igualmente corresponde al paciente probar el daño*** *padecido (lesión física o psíquica)* ***y consecuentemente el perjuicio patrimonial o moral cuyo resarcimiento pretende****. Ahora, probado este último elemento, sin duda alguna, como antes se explicó, que lo nuclear del problema está en la* ***relación de causalidad adecuada entre el comportamiento activo o pasivo del deudor y el daño padecido por el acreedor****, pues es aquí donde entran en juego los deberes jurídicos de atención y cuidado que en el caso concreto hubo de asumir el médico y el fenómenos de la imputabilidad, es decir, la atribución subjetiva, a título de dolo o culpa. Pero es precisamente en este sector del comportamiento en relación con las prestaciones debidas, donde* ***no es posible sentar reglas probatorias absolutas con independencia del caso concreto*** *(...) Todo, se reitera, teniendo en cuenta las características particulares del caso: autor, profesionalidad, estado de la técnica, complejidad de la intervención, medios disponibles, estado del paciente y otras circunstancias exógenas, como el tiempo y el lugar del ejercicio, pues no de otra manera, con justicia y equidad se pudiera determinar la corrección del acto médico (lex artix) (...)"*[31] (lo destacado es propio).

1.1.- Y, dijo aquél alto Tribunal en sentencia de julio 22 de 2010: *"(...) en tratándose de la ejecución del acto médico propiamente dicho, deberá indemnizar en línea de principio y*

---

[30] Fl. 45 a 56 C.5.
[31] C.S. de Justicia 30 de enero de 2001. MP. José Fernando Ramírez Gómez Ex 5507

dejando a salvo alguna excepciones, los perjuicios que ocasione mediante culpa, dolo, cuya carga probatoria asume el demandante, ***sin que sea admisible un principio general encaminado a establecer de manera absoluta una presunción de culpa de los facultativos*** *(sentencia de 5 de marzo de 1940, 12 de septiembre de 1985, 30 de enero de 2001 entre otras) (...)".* Lo dicho, sin desconocer: *"[c]uando el médico acomete las gestiones pertinentes, atendiendo la patología del caso, despliega su actividad en función de superar el deterioro de la salud encontrado disponiendo, de ser necesario, de procedimientos complementarios, vr. gr., exámenes, radiografías, estudios etc.* ***En esa dirección, el acto médico no puede, por regla general, circunscribirse solo a un instante; tampoco condensarse en un lapso específico de tiempo o reducirse a una conducta simple y exclusiva, pues la naturaleza misma de su intervención describe la inevitable distribución de esa función en diversos momentos propios de la dinámica de la enfermedad o atención de quien la padece*** *(...) Por ello, en la medida en que la actividad del profesional señalado implica* ***multitud de episodios****, como por ejemplo, la elaboración o estudio de la historia clínica; la formulación del diagnóstico, del pronóstico o del tratamiento,* ***las eventualidades de una equivocación, se tornan posibles y, al margen de que dicho desvío sea atribuible, de manera exclusiva al médico, a sus colaboradores o, en general, al personal que haya intervenido, resulta indiscutible que en cualquiera de los momentos de la participación del experto y sin importar el mayor o menor tiempo destinado, su responsabilidad puede verse comprometida; tal proyección, igualmente, puede alcanzar a la organización empresarial dispuesta para la ejecución de semejantes actividades****"*[32] (negrillas fuera del texto).

2.- Descendiendo al caso de autos, se alega por los demandantes la declaración de responsabilidad *"(...) por los hechos ocurridos el día 20 de noviembre de 2008 en donde debido a la falta de atención y diligencia en el cuidado se produce el fallecimiento de la menor SAIRA BAQUERO*

[32] Sentencia de Casación SC 12449 de 15 de septiembre de 2014. Rad. 11001-31-03-034-2006-00052-01. M.P Dra. Margarita Cabello Blanco.

CARDENAS configurando la responsabilidad civil en el servicio médico y hospitalario fundamentada en la falta a la lex artis debido a la violación de la normalidad y los protocolos médicos correspondientes". Ese desconocimiento de la *lex artis*, se concreta, a voces de los demandante, en la equivocada atención medica brindada a la menor a eso de las 7:30 am, del día en cuestión por parte de la *"(...) dra. GALDYS ESPELETA quien diagnosticó que la niña se encontraba bien y que solo necesitaba los líquidos suministrados a través de catéter venoso, para posteriormente remitirla a piso y que no era necesario remitirla a UCI (...)".*[33]

2.1.- Ahora bien, con soporte en el precedente jurisprudencial transcrito y la responsabilidad endilgada por el desconocimiento de la *lex artis*,[34] se hace necesario estudiar la atención médica brindada a la paciente el día ***20 de noviembre de 2008***, donde participó la médica Gladis Helena Espeleta en su especialidad de pediatría, con el objeto de determinar si hubo desconocimiento del protocolo aplicable al caso objeto de *litis*, lo dicho, sin pasar por alto la ***"GUIA No. 3 DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN NIÑOS DE 1 MES A 17 AÑOS – GUÍA DE TRATAMIENTO BASADA EN LA EVIDENCIA 2003"*** (fl. 267 a 282 C.1); la cual, se acompañó al dictamen pericial rendido por la pediatra ***OLGA LUCIA VAQUERO CASTAÑEDA*** (fl. 252 a 282 C.1).

3.- Asentado lo anterior, con la demanda se trajo la ***historia clínica*** visible a folios 42 a 122 del cuaderno principal, complementada por el extremo demandado a folios 212 a 220 C.1, documento probatorio que constituye pieza angular por ser la narración clara, completa y oportuna del estado de salud de la usuaria.[35]

3.1.- Para emprender el estudio de este medio de prueba, se procederá a dividir la atención médica del 20 de

---

[33] Fl. 161 y 164 C.1.
[34] Sentencia de Casación SC 12449 de 15 de septiembre de 2014. Rad. 11001-31-03-034-2006-00052-01.
[35] Sent. Cas SC 12449 de 15 de septiembre de 2014. Rad. 2006-00052-01. M.P Dra. Margarita Cabello Blanco).

noviembre de 2008 en tres (3) momentos: ***el primero***, referente al servicio de salud suministrado en la localidad de Girardot, entre las ***00:33:35 am*** a las ***3:29 am; el segundo***, correspondiente a lo acaecido en la ciudad de Ibagué desde la llegada de la paciente a urgencias y su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal o pediátrica, acto que aconteció entre las ***04:39 am*** y las ***10:22 am***. Finalmente, el tercero, refiere a la ubicación de la menor en UCIN hasta su fallecimiento.

4.- Siguiendo el derrotero atrás demarcado, la niña Baquero Cárdenas de tan solo un (1) año y 19 días de edad, es ingresada a la IPS Girardot a eso de las ***00:33:35 am*** del 20 de noviembre de 2008, cuyo motivo de consulta fue: *"(...) ESTA FRIA (...) Enfermedad Actual (...) PACIENTE QUE HACE 4 DIAS SALIO DE HOSPITALZIACION Y ES TRAIDA POR LA MADRE POR QUE **LA OBSERVA FRIA** ?? NO OTRO TIPO DE SINTOMATOLGIA (...) Frecuencia Cardiaca 100 (...) FR: 24 (...) Temperatura 37.2 (...) Peso: 6.2 (...) Tórax Normal (...) TOS CON MOVILIZACION DE SECRECIONES NO SIGNOS DE DIFUCULTAD DE TIPO RESPIRATORIO (...) Neurológico Anormal (...) PACIENTE **LIGERAMENTE HIPOACTIVA** MADRE REFIRE **POBRE SUCCION** (...) DIAGNOSTICO PRINCIPAL (...) Otras neumonías bacterianas (...) DIAGNOSTICO SECUNDARIO (...) Hipoglicemia, no especificada (...)"*[36] (negrillas de la Sala). Ésta condición de salud persistió en el registro médico entre las ***12:39 am*** y ***12:47 am***.[37]

4.1.- Posteriormente, a la ***01:18 am*** se anotó en la hoja de evolución: *"(...) PACIENTE AL INTENTAR TOMA DE CH PRESENTO **EPISODIO DE DESATURACIÓN Y CIANOSIS GENERALIZDA** SE TOMO GLUCOMETRÍA DE 127 DESATURACION HASTA 78 % (...) Objetivo (...) CABEZA Y CUELLO **MUCOSA SECAS Y PÁLIDAS** CARDIOPULMONAR TOS CON MOVILZACION DE SECRECIONES NO SIGNOS DE DIFCULTAD DE TIPO RESPIRATORIO ABDOMEN NO LATERACIONES PACIENTE RECUPERO SU ESTADO POSTERIOR A **CIANOSIS GENERALIZADA***

[36] Fl. 212 C.1
[37] Fl. 44, 45 y CD archivo pdf 12 fl. 99 C.1

(...) PACIENTE CON EGRESO POR NEUMONIA HACE 4 DIAS CON EPISODIO DE APNEA ***SE DECIDE*** *INCIO DE TRATAMIENTO Y* ***REMISIÓN A UCI INTERMEDIA POR RIESGO DE FALLA VENTILATORIA****"* (negrillas fuera del texto).

4.2.- El siguiente control se generó a las ***3:29 am***, momento en el cual se consignó: *"(...) PACIENTE EN MEJOR ESTADO GENERAL* ***NO NUEVOS EPISODIOS DE CIANOSIS*** *(...) Objetivo (...) FC DE 110 FR 32 SATURACION DE 99 % TOS OCASIONA LEVE POLIPNEA (...)* ***PACIENTE ES ACEPTADA EN CLINICA SALUDCOOP IBAGUE PARA MANEJO EN UCI SALE EN AMBULANCIA*** *DE TIPO MEDICALIZADO (...) Diagnósticos (...) Otras neumonías bacterianas"* (sobresalto del Tribunal).[38]

4.3.- Al llegar a la "Corporación IPS Tolima" de Ibagué a las ***04:39:09 am***, quedó en evidencia una demora en el traslado de la paciente lo que impidió que fuera atendida lo más rápido posible en una institución con mayor nivel de complejidad, habida cuenta que, la orden de remisión se originó a las ***12:47 am***, y solo se cumplió aproximadamente pasadas más de cuatro (4) horas. Este acontecimiento fue objeto de pronunciamiento por parte de la ***Superintendencia Delegada para la Atención en Salud***, entidad que mediante resoluciones números 003191 y 003192 de noviembre 10 de 2011, sancionó a "Saludcoop EPS" y a la "Clínica Saludcoop IPS Ibagué", con multa de 100 y 50 SMMLV respectivamente, por *"(...) la vulneración de las normas que regulan el sistema general de seguridad social en salud (...) fallas en la calidad de la Atención en Salud, en sus características de oportunidad y continuidad como se establece en el Decreto 1011 de 2006, ocurriendo inconsistencia en el* ***transporte de la paciente*** *y en las garantía de la calidad de prestación del servicio a la menor (...) a pesar que la menor fue asistida en la IPS Cruz Blanca Clínica Girardot la remitieron a la IPS Clínica SALUDCOOP IBAGUÉ, para que la ingresaran a la UCI pediátrica;* ***ocurriendo una demora en el transporte básico terrestre medicalizado*** *(...)"*[39] (se destaca). La anterior

[38] CD archivo pdf 19 fl. 99 C.1
[39] Fl. 30 a 41 C.1, y fl. 54 a 65 C.2.

decisión, contrario a lo sostenido por el extremo actor, en ningún momento vinculó el estudio de la atención médica suministrada a la niña el 20 de noviembre de 2008, por cuanto, sus razonamientos se concentraron solo en la mora presentada al cumplir la remisión de la paciente de la ciudad de Girardot a Ibagué.

5.- Ya en Ibagué, el médico de urgencias *Jacobo Clavijo Sierra* a las ***4:39:09 am*** asienta: *"(...) PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE **NEUMOPATÍA CRÓNICA, CON MULTIPLES HOPITALIZACIONES**, ÚLTIMA EL DÍA DOMINGO ANTERIOR, CONSULTÓ HOY A GIRARDOT A LAS 0:33 HORAS POR AUMENTO DE TOS Y RINOREA, FRIALDAD, ADEMÁS **CIANOSIS GENERALIZADA** Y FRIALDAD QUE RECUPERÓ ESPONTÁNEAMENTE CON LA ADMINSITRACIÓN DE OXÍGENO. LE INICIARON CEFTRIAXONA 300 MG IV CADA 12 HORAS, OXIGENO POR HOOD AL 50% NEBULIZACIONES. **TIENE CAMA RESERVADA EN UCI** (...) SIGNOS VITALES (...) FC: 120 (...) FR: 45 (...) Tº 36 (...) **Tórax Anormal RETRACCIONES INTERCOSTALES, TIRAJES**, MURMULLO VESICULAR RUDO (...) **Aspecto General Anormal FRIALDAD MALESTAR GENERAL** (...) DIAGNOSTICO Neumonía no especificada (...) Observaciones **RIESGO DE FALLA VENTILATORIA**"*[40] (se destaca).

5.1.- El profesional médico en cita, nuevamente entre las ***04:54 am*** y ***05:04 am*** reitera las condiciones de salud atrás descritas,[41] escribiéndose en las notas de enfermería de ***05:03 am*** a ***05:43 am***, el suministro de los medicamentos ordenados en la sección de urgencia:[42]

> *"Hora Nota: 05:05 (...) INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS A **SALA DE OBSERVACIÓN** REMITIDO POR EL **HOSPITAL DE GIRARDOT**, PACIENTE EN CAMILLA DESPIERTA, CON OXIGENO POR CÁMARA DE HOOD, EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR Y AUXILAIR DE ENFERMERÍA, Y MÉDICO, CON MONITOREO CONTINUO, CON LÍQUIDOS ENDOVENOSOS PERMEABLE EN LA PARTE YUGULAR, **EN***

[40] Fl. 213 C.1
[41] Fl. 42, 43 y CD archivo pdf 11 fl. 99 C.1
[42] Fl. 216 y 217 C.1

***REGULARES CONDICIONES**, DESATURADA, CON FRIALDAD AL TACTO, **CON SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON TIRAJE**, PACIENTE QUE ES VALORADO POR **EL MÉDICO DE TURNO Y DECIDE DEJAR EN OBSERVACIÓN**, POR UN DIAGNÓSTICO DE UNA NEUMONÍA, **PARA PODER INICIAR** TRATAMIENTO, Y TOMA DE LABORATORIOS, **Y VALORACIÓN POR PEDIATRIA**"*

*"Hora Nota: 06:00 (...) PACIENTE TRAE ACCESO VENOSO EN YUGULAR EZDA NO PERMEABLE, SE REALIZA DOS INTENTOS DE CANALIZAR VENA PERO NO SE LOGRA, SE OBSERVA **PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES** CON **CIANOSIS PERIBUCAL, TIRAJE INTERCOSTAL** SE INICIA CICLO DE MNB E INHALADORES, CON O2 INTERCALADO POR CAMARA DE HOOD A 50%"*

*"Hora Nota: 07:00 (...) QUEDA PACIENTE ACOSTADA EN CUNA ALERTA CONCIENTE AFEBRIL DECAIDA DIAFORETICA PALIDEZ GENERALIZADA CON LEVE MEJORÍA **TIRAJE INTERCOSTAL** EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR CON 02 XHOOD AL 50%, SPO 89 CON FIO2 DEL 50% CICLO DE MNB E INHALADORES, EN EL MOMENTO NO TIENE ACCESO VENOSO, **PENDIENTE** TOMA DE RX DE TORAX, **VALORACIÓN POR PEDIATRIA** Y TOMA DE LABORATORIOS"*

*"Hora Nota: **07:01** (...) RECIBO PTE MENOR DE EDAD EN CUNA DESPIERTA, ALERTA, AFEBRIL, PTE QUE SE OBSERVA CON POLIPNEA, DIAFORÉTICA, CON PALIDEZ FACIAL, **TIRAJE INTERCOSTAL LEVE.** TIENE OXIGENO POR CÁMARA DE HOOD VENTURY AL 50%, SIN ACCESO VENOSO PERIFÉRICO, ACOMPAÑADA DE LA MAMÁ. **P// VALORACIÓN POR PEDIATRIA**, P// TOMAR RX DE TORAX. P// CONTINUAR ESQUEMA DE CRISIS CON BERODUAL. P// CONTINUAR TTO VIGILAR AVISAR CAMBIOS".*

5.2.- Sobre el anterior procedimiento, el galeno *Jacobo Clavijo Sierra* rindió versión libre ante el **Tribunal de Ética Médica del Tolima** el 29 de agosto de 2011, medio probatorio que se encuentra dentro de la investigación penal adelantada por homicidio culposo en contra de la

galena Gladys Helena Espeleta, por la **Fiscalía General de la Nación**, radicada bajo el No. 730016000432201300224, documentales traídas al proceso en calidad de *"PRUEBA TRASLADADA"*, como se anunció en la audiencia inicial.[43] Ahora bien, aquellas piezas fueron agregadas a la actuación por auto de mayo 9 de 2019,[44] manifestando la demandada: *"(...) no se ha proferido decisión en contra de mi mandante, y ni siquiera se encuentra en conocimiento de despacho judicial alguno (...) en las copias enviadas obra solo elementos materiales probatorios, en la medida en que no han ingresado al proceso alguno en juicio oral, y por ende no han sido aceptadas por el juez de conocimiento".*[45] Pese a lo sostenido por el extremo demandado, huelga decir que el artículo 174 del Código General del Proceso regula el tema en cuestión de la siguiente forma:

> *"[l]as **pruebas practicadas válidamente** en un proceso podrán trasladarse a otro en copia y serán apreciadas sin más formalidades, **siempre que en el proceso de origen se hubieren practicado a petición de la parte contra quien se aducen o con audiencia de ella. En caso contrario, deberá surtirse la contradicción en el proceso al que están destinadas.** La misma regla se aplicará a las pruebas extraprocesales (...)"* (negrillas propias).

En efecto, de acuerdo a la anterior disposición si la parte contra la cual se aducen aquellos *"elementos materiales probatorios"* no hubiera peticionado su práctica, *"(...) o con audiencia de ella (...)"*, la contradicción de los mismos debe surtirse *"(...) en el proceso al que están destinadas (...)"*, escenario que se cumplió mediante proveído de mayo 9 de 2019, por el cual, se agregaron *"(...) a la foliatura del proceso las copias remitidas por la FISCALÍA (...)".*[46] Así las cosas, las documentales remitidas por la **Fiscalía General de la Nación** *"Resoluciones de la Superintendencia Nacional de Salud, la historia clínica,*

---

[43] Fl. 288 C.1
[44] Fl. 273 C.2
[45] Fl. 274 C.2
[46] Fl. 273 C.2

informe final de la Secretaría de Salud Departamental, versiones rendidas ante el Tribunal de Seccional de Ética Médica y la decisión adoptada por aquel ente en su investigación disciplinaria en la cual tuvo participación y conocimiento la aquí demandada", serán apreciadas por esta Sala de decisión, exceptuando los informes de investigadores de campo de la Policía Judicial, vistos a folios 127 a 129, 137 a 139, 160 a 174, cuyas conclusiones tienen como soporte el análisis de los elementos atrás relacionandos, labor que en estos momentos realiza este Tribunal a fin de fijar su propia posición. Lo anterior, debido a que si bien la sistemática y filosofía propias de la Ley 906 del 2004 (Código de Procedimiento Penal), solo consideran pruebas aquellas que han sido producidas, aducidas e incorporadas en la audiencia de juicio oral y público con la inmediación del juez (Art.379) y el contradictorio de las partes, la exigencia alternativa estipulada en el mencionado canon fue suplida, y por tanto, la Sala procederá a su valoración.

5.3.- En ese orden, el médico de urgencias *Jacobo Clavijo Sierra* fue inquirido ante el **Tribunal de Ética Médica del Tolima**, para que explicara las razones que tuvo para no haber ingresado a la paciente a UCI, respondiendo: *"(...) Los datos no los recuerdo, sin embargo en mi atención de urgencias yo consigné que la paciente tenía cama reservada en UCI, considero el estado de la paciente a riesgo de falla ventilatoria y la hospitalizo,* ***lo cual me da a pensar que mi conducta fue trasladar a la paciente una vez atendida a la unidad de cuidado intensivo****. PREGUNTADO: ¿Conoce usted el motivo por el cual la paciente no fue enviada a la unidad de cuidado intensivo, como usted sugiere? CONTESTÓ:* ***No lo conozco*** *(...) puede informar ¿de quién es la responsabilidad en el servicio de urgencia (...) para la fecha de la atención de la menor SAIRA BAQUERO CARDENAS, de que su orden fuera incumplida? CONTESTÓ: En el servicio de urgencias* ***el médico de turno es el jefe que se haya en el servicio de observación****. En la unidad de cuidado intensivo el jefe es el especialista de turno (...)".* Al

referirse al protocolo que existe atinente al ingreso de pacientes que vienen remitidos a la UCI, declaró: *"(...) Generalmente el médico de observación recibe la llamada, comenta el paciente en la unidad de cuidado intensivo con el pediatra, y una vez este da la autorización, se da la aceptación del paciente.* ***Una vez el paciente llega a la institución, el médico de urgencias hace el ingreso y junto con la enfermera de jefe de urgencias llevan al paciente a la unidad de cuidado intensivo, donde se le presente el caso al pediatra de turno y a la enfermera jefe de turno en la unidad de cuidado intensivo.*** *Se formula entonces el paciente en conjunto con el pediatra o incluso el pediatra quien es la persona que queda a cargo del paciente hace esta formulación y solicita los exámenes de extensiones necesarios, según su criterio (...)"*[47] (negrillas independientes al texto).

5.4.-En ampliación de versión libre efectuada en abril 9 de 2012, el profesional de la medicina en cita reiteró: *"(...) Según mi atención realizada el 20 de noviembre de 2008, a las 5:04 a.m., describo a la paciente SAIRA BAQUERO CARDENAS, de un año y veinte días de edad, con motivo de consulta remitida y enfermedad actual relatada así: (...) Diagnóstico neumonía no especificada, observaciones riesgo de falla ventilatoria. Según esta valoración la paciente tenía taquipnea, signos de dificultad respiratoria, dados por retracciones intercostales, tirajes murmullo vesicular rudo, por lo cual consigno: hospitalizo y solicito hemograma, radiografía de tórax PA y lateral. PREGUNTADO:* ***Ante esta situación clínica, cuál es la conducta habitual sobre la hospitalización en cuidado intensivo pediátrico****? CONTESTÓ:* ***El paciente debe ser trasladado a la unidad de cuidado intensivo pediátrico*** *(...) PREGUNTADO: En concordancia con su respuesta anterior, cuál pudo haber sido la razón por la cual la paciente no fue llevada inmediatamente a la unidad de cuidado intensivo pediátrico? CONTESTÓ:* ***La razón no la recuerdo****, sin embargo aparece en mi nota que la paciente tenía una cama reservada en UCI (...) Yo entiendo que una paciente para poder ser atendida y formulada por un especialista, inicialmente debe ser ingresada por el* ***médico***

[47] Fl. 186 C.2.

general de urgencias quien posteriormente direcciona al paciente hacia el sitio en donde continuará sus atenciones; en este caso le hago el ingreso, consigno el estado de la paciente y la hospitalizo entregándola al médico del servicio de observación de urgencias *con quien generalmente en el servicio de urgencia de SALUDCOOP, se toman en conjunto la decisiones posteriores del manejo de los pacientes (...)* ***Generalmente ante una paciente con cama reservada el proceso de trasladarla a la unidad de cuidado intensivo no es demorado, porque incluso la formulación y los exámenes que se le deben pedir a este tipo de pacientes se hacen en compañía del pediatra de turno en la unidad de cuidado intensivo.*** *PREGUNTADO:* ***Puede usted informarnos, cuál fue el motivo por el cual el médico pediatra no fue llamado al ingreso de esta paciente? CONTESTÓ: No lo recuerdo*** *(...) la niña estaba al cuidado del médico de observación de urgencias que tenía la potestad de interconsultar a los pediatras de turno, tanto en la unidad de cuidado intensivo, como en el servicio de urgencias (...)"*[48] (subrayado de la Sala).

El tema en cuestión fue abordado por la especialista **Gladys Helena Espeleta Niño**, quien de igual forma, rindió versión libre ante el **Tribunal de Ética Médica del Tolima** en marzo 16 de 2011, señalando: *"(...) yo llegué más o menos a las siete y cuarto de la mañana a urgecnias de la CLÍNICA SALUDCOOP y me comentaron que había una paciente para valorar, que había ingresado en horas de la madrugada y que estaba con cuadro respiratorio y el médico me comentó que había venido remitida de Girardot, yo llegué a valorar la paciente, encontré a una paciente con cuadro respiratorio, era una paciente que yo conocía porque era reconsultante de la Clínica, por cuadros respiratorios (...), el médico me comentó que la paciente venía remitida para la UCI* ***y él no le pareció que en el momento la valorara el médico pediatra y él la manejó en urgencias hasta que llegara el pediatra de turno en la mañana*** *a valorar a la paciente (...)"*[49] (destaca el Tribunal).

---

[48] Fl. 190 C.2.
[49] Fl. 187 a 189 C.2.

A su vez, la testigo **Mónica Isabel Pérez Pardo** (minuto 00:15 a 00:00 Archivo 2)[50] sobre el particular sostuvo: *"(...) el protocolo es, si el médico general la observó que estaba mal, entonces avisa a la pediatra y, también, incluso hasta él mismo puede avisar UCI pediátrica, o avisa inmediatamente a la pediátrica y ella se comunica inmediatamente con nosotros, e inicia todo el trámite de traslado (...) o sea, el médico general tiene que avisarle a la médico pediátrica, le avisa y ella inicia todo el trámite de traslado (minuto 18:28:15 a 19:09 Archivo 2) (...)".*[51]

5.5.- Llegados aquí, salta a la luz que la atención médica ofrecida entre ***04:39:09 am*** a las ***07:00 am*** del día en cuestión, no tuvo como soporte una valoración por ***UCI PEDIÁTRICA O NEONATAL*** (UCIN), ello, a sabiendas de haberse aceptado a la niña en aquella Clínica *"(...) PARA MANEJO EN UCI (...) TIENE CAMA RESERVADA EN UCI"*. A la par, el médico de urgencia doctor *Jacobo Clavijo Sierra* intenta descargar la obligación de una interconsulta con pediatría en el *"médico de observación de urgencias"*, de quien no se reporta información en la historia clínica que permita identificar su grado de participación, lo anterior, en contravía de su propia afirmación, entiéndase, ser el *"médico general de urgencias"* quien en últimas, *"direcciona"* al paciente al sitio donde continuará sus atenciones. En otras palabras, en principio, sobre aquel galeno pesaba tanto la decisión de ingresar a la usuaria a UCI, como la de ordenar una valoración por pediatría, pues, la Unidad de Cuidados Intensivos contaba con aquella especialidad las 24 horas como lo atesta su Coordinador de Pediatría (fl. 248 y 249 C.1).

5.6.- Así las cosas, a pesar de que la menor tantas veces mencionada había exteriorizado *"(...) POBRE SUCCIÓN (...) CABEZA Y CUELLO MUCOSA SECAS Y PÁLIDAS (...) EPISODIO DE DESATURACION Y CIANOSIS GENERALIZDA (...)"*, siendo

[50] Fl. 302 CD, archivo 2. C.1.
[51] Fl. 302 CD, archivo 2. C.1.

palpable un *"RIESGO DE FALLA VENTILATORIA"*, quien mostró al examen de tórax una condición anormal debido a la presencia de *"(...) RETRACCIONES INTERCOSTALES, TIRAJES, MURMULLO VESICULAR RUDO (...)"*, seguido de *"(...) REGULARES CONDICIONES, (...) CON FRIALDAD AL TACTO, CON SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON TIRAJE (...) CIANOSIS PERIBUCAL (...) TIRAJE INTERCOSTAL (...)"*, fue dejada en observación por el médico de urgencias, y no, por la especialidad requerida (pediatría), a quien no se solicitó concepto sobre el anterior estado de salud de la infante; o sea, el médico de urgencia que recibió a la niña, pese a poder hacerlo, no solicitó ***interconsulta con pediatría***, acto que solo acaeció después de las siete de la mañana, conforme anotación dejada de forma posterior por enfermería, a eso de las ***8:00 am***, cuando la profesional médica aquí accionada, *"(...) COMENTA TELEFONICAMENTE CON UCIN PARA PASO DE CATETER VENOSO CENTRAL"* (fl. 218 C.1).

5.7.- No obstante lo acreditado en renglones que preceden, el procedimiento anteriormente descrito en las condiciones anotadas, a voces de la ***perito pediatra OLGA LUCIA VAQUERO CASTAÑEDA*** fue el correcto (fl. 252 a 282 C.1). Profesional que al sustentar su experticia en la audiencia pública celebrada en marzo 21 de 2019 (minuto 28:04 a 146:29 Archivo 2)[52] adujo: *"(...) ingresa con un cuadro de infección respiratoria que necesita oxígeno,* ***lo que no tiene son unos hallazgos de deterioro,*** *ella, sí necesita oxígeno, venía con oxígeno, venía con vigilancia de su patrón respiratorio, por supuesto, lo que yo digo es que una frecuencia cardiaca de 120, es una frecuencia normal para la edad, frecuencia de 45 para un niño de un año,* ***puede ser una ligera taquicardia,*** *o sea un* ***ligero aumento de la frecuencia respiratoria, y si tiene retracciones subcostales es un signo de dificultad,*** *entonces, el médico dice, mire, se puede deteriorar entonces yo la mando, y así es como ingresa, ingresa con oxígeno, ingresa con esa*

[52] Fl. 302 CD, archivo 2. C.1.

frecuencia cardiaca, con temperatura 36, ***el médico general en la nota que él hace****, él la ve con estos signos, y él dice mire, esta paciente* ***yo la veo en un estado general bueno****, esta hidratada,* ***tiene dificultad respiratoria****, está con oxígeno pero, le puedo tomar, lo que uno hace, la enfermedad respiratoria es la principal causa de ingreso a los servicios de urgencia en la unidad pediátrica, el 60% de los niños que ingresan a urgencia llegan con enfermedad respiratoria aguda,* ***es nuestra primer causa de morbilidad y de mortalidad en pediátrica, la enfermedad respiratoria*** *(minuto 41:01 a 42:14) (...)"* (subrayado de la Sala).

Según su experiencia, no era necesario que la menor se remitiera a UCI: *"(...) por como la encontraron, con los registros clínicos (...) en el momento que la vieron no, en el momento que se deteriora, y esa es la ventaja (minuto 53:58 a 54:16) (...) no hay un criterio que me diga a mí, que ella debería ir, ser trasladada a la UCI, urgencias es un servicio donde se trabaja el equipo médico, entonces alguien dice un criterio, no, son varios criterios,* ***es la condición global del picante*** *(minuto 54:30 a 54:53) (...) uno no pasa a la unidad de cuidados intensivos por el historial, pasa por la condición en el momento, (...) de acuerdo a los registros del médico general que la valoró a las 4:30, de la doctora Espeleta era estable, no era que no estuviera enferma era estable, cuando le vieron el deterioro la trasladaron (minuto 61:17 a 62:06) (...)"* (sombreado de la Sala).

Y, continúa explicando: *"(...) realmente la unidad de cuidados intensivos tiene unas indicaciones muy precisas, porque* ***tienen que ir los niños con el mayor deterioro****,... quiero decir, los criterios son muy buenos para determinar cuando un niño va a UCI, (minuto 63:01 a 64:00) (...)"* (se destaca). Al preguntársele si de acuerdo a los registros clínicos de la paciente, aquella *"(...) requería UCI para manejo de su cuadro respiratorio? CONTESTO:* ***No, realmente tenía un cuadro estable****, de una condición que sí era respiratoria pero estable (minuto 72:01 a 72:36) (...) De acuerdo a estos registros..., frecuencia 120 es una frecuencia cardiaca normal para la edad de la niña, 45,* ***esta con una ligera taquipnea, una ligera***

***polipnea**, o sea, aumento de la frecuencia y la cámara cefálica (minuto 72:36 a 74:03) (...)"* (el destacado es propio).

Al insistírsele si la infante cumplía con las condiciones exigidas a fin de que ingresara a UCI respondió: *"(...) de acuerdo a los registro de historia clínica y los hallazgos al examen físico de la paciente no. Porque era una paciente **con unos signos de dificultad respiratoria que serían leves**, una frecuencia cardiaca dentro de los límite normales, un estado de alerta adecuado, (minuto 74:19 a 76:22) (...)"* (se subraya). Al referirse a ***los protocolos*** que se tienen con el objeto de atender estos casos, recordó: *"(...) cada institución tiene **un protocolo**, pero todos los pacientes ingresan por urgencias, **en el servicio de urgencias uno realiza una valoración o el equipo médico**, yo digo uno por lo que en la institución que yo estoy **yo sí soy pediatra directa de urgencias**, pero, Saludcoop, el médico general, la enfermera, el auxiliar, el médico realiza una valoración de cómo está el paciente, establece un plan de manejo, **solicita las interconsultas**, y determina hacia qué lugar, **él se apoya, este médico se apoyó en la especialista en pediatría y ella en conjunto determinan hacia dónde va el paciente** por la condición clínica en ese momento (...) (minuto 77:10 a 78:20) (...) de acuerdo a los registros y la vio también el médico de urgencias, **no era un aniña que estuviera falla ventilatoria**, yo no le iba a hacer otra cosa, o sea, **no estaba en falla ventilatoria para que yo la tuviera en la unidad de cuidado intensivo con un aparato**, cierto, estaba con unos signos vitales estables, tenía su oxígeno, cierto, porque a veces la gente tiene y todos tenemos esa idea de que si un paciente está en cuidados intensivos entonces le hubiera ido mejor, no, los equipos de urgencia somos buenos, los equipos de hospitalización también y los niños y **las personas deben ir a cuidados intensivos cuando su condición lo amerita**, (...) esta niña, de acuerdo a los registros de historia clínica a las 9:08, **no tenía una dificultad respiratoria ni moderada, ni severa, ni falla ventilatoria; para clarificar, no tenía dificultad respiratoria moderada, ni ningún signo que en ese momento me hiciera pensar que iba a progresar de una forma tan rápida**, (minuto 130:46 a 132:58) (...)"* (lo destacado es propio).

Finalmente, al inquirírsele si la nota de ingreso que registra *"falla ventilatoria"*, más las condiciones de la paciente se tuvieron en cuenta para evitar el ingreso a UCI, la perito manifestó: *"(...) todo paciente que haga una neumonía, una bronquiolitis, o una infección respiratoria aguda baja, tiene riesgo de falla ventilatoria, no tiene que ir a cuidado intensivo sino los que, su progresión de dificultad respiratoria valla de leve a moderada, de moderada a severa y la condición, lo dijo el señor juez, los signos vitales, tenía una frecuencia respiratoria de 45, una frecuencia cardiaca de 120, tenía retracción subcostal leve y tenía roncus bibasales, o sea, yo tengo que ver todo el escenario (minuto 133:09 a 134:49) (...)".*

5.8.- Los precedentes argumentos suministrados por la auxiliar de la justicia fueron el soporte de la sentencia de primer grado. Empero, se hace necesario en estos momentos hacer las siguientes precisiones, las cuales, llevan a que la Sala se aparte de las conclusiones asumidas por la perito:

A).- No es cierto que, el galeno de urgencia que recibió a la infante a las 4:39 am, haya adoptado la decisión de no ingresar a UCIN con ayuda de la valoración suministrada por su equipo médico, por cuanto, como quedó visto, su plan de manejo ***no involucró a esa hora interconsulta*** con la especialidad de pediatría (UCIN), servicio que estaba a su disposición por 24 horas.[53] Dicho de otra manera, el pediatra disponible en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, no valoró a la usuaria cuando aquella ingresó a urgencias, acto que solo acaeció, itérese, según nota de enfermería, después de las 7:00 am.[54]

B).- No es cierto que la menor tenía un cuadro estable con *"(...) signos de dificultad respiratoria que serían leves (...)"*, afirmaciones que se enfrentan a la evidencia encontrada en el registro médico. Sobre el punto, vale memorar que al

[53] Fl. 249 C.1.
[54] Fl. 214, CD, fl. 99 archivo pdf 20 C.1

ingreso a la IPS Saludcoop Ibagué se dejó constancia del *"RIESGO DE FALLA VENTILATORIA"* (fl. 213 C.1), condición que sopesada con el contenido de la ***"GUIA No. 3 DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN NIÑOS DE 1 MES A 17 AÑOS – GUÍA DE TRATAMIENTO BASADA EN LA EVIDENCIA 2003"***, pone de presente que la niña tenía *"signos predictivos de muerte"*, que obligaban a un actuar diferente del adoptado por el médico de urgencia de la IPS Saludcoop Ibagué. Sobre este cuestionamiento, se lee en aquella guía:

> *"(...) En la actualidad se considera que el signo de respiración rápida, (de acuerdo con frecuencia esperada para la edad) es el mejor pronosticador de neumonía en niños, pues es un indicador sensible y de especificidad satisfactoria en múltiples estudios (...) La frecuencia respiratoria normal, por grupos de edad, según criterios de la OMS ES (...) Menor de 2 meses: hasta 60/minuto (...) De 2 meses a 1 año: hasta 50/minuto (...) De 1 año hasta 5 años: hasta 40/minuto (...)* ***La progresión y agravamiento de la neumonía hacen perder gradualmente la distensibilidad pulmonar****, hecho que se traduce clínicamente en* ***tiraje subcostal****, por tanto tiraje en la parte inferior del tórax* ***significa que el niño tiene una neumonía grave*** *(...) Según lo anterior, una clasificación práctica de acuerdo con severidad (OPS/OMS/92) es: (...)* ***Neumonía muy grave:*** *(neumonía en el paciente séptico):* ***no puede beber****, presenta convulsiones, estridor en reposo o desnutrición grave o está anormalmente somnoliento; además, tiene llenado capilar,* ***taquicardia****, taquipnea, hipotensión, o* ***cianosis*** *Neumonía grave:* ***tiraje subcostal*** *con taquipnea o sin ella. Neumonía: paciente con taquipnea pero sin tiraje"* (fl. 271 C.1) (negrillas fuera del texto).

Acorde con lo transcrito, los padecimientos de la niña no se ceñían dentro de una neumonía *"grave"*, sino, ***"muy grave"***, que forzaban un proceder distinto al asumido por el médico de urgencias a las 04:39 am., como quiera que, acorde a la guía número 3: *"[u]n niño con* ***tiraje subcostal***

tiene mayor riesgo de morir *de neumonía que otro que tiene respiración rápida, pero sin tiraje. Por lo anterior, este signo se utiliza como indicador de gravedad (...) Hay otros* ***signos predictivos de muerte*** *por neumonía (signos de máxima gravedad), destacándose como relevantes* ***la cianosis*** *(...) Varios autores han catalogado la cianosis como un signo de máxima gravedad y predictivo de muerte en neumonía (...)* ***Se consideran signos predictivos de muerte por neumonía (signos de máxima gravedad: cianosis, retracciones subcostales,*** *incapacidad para ingerir líquidos, quejido espiratorio, radiografía con cambios notorios, curso afebril en desnutridos y alteraciones del estado de conciencia"* (fl. 274, 275 y 279 vueltos C.1) (negrillas fuera del texto).

5.9.- Vienen al caso las anotaciones realizadas porque, persiste en los galenos la obligación de *"poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para"* intentar curar a la paciente, o al menos, brindarle la posibilidad de ser atendida oportunamente por los especialistas, pero, en el caso de autos, no importó que la pequeña tantas veces mencionada tuviera *"CIANOSIS"* y *"TIRAJE INTERCOSTAL",* circunstancias que evidenciaban ***un mayor riesgo de muerte***, asunto que no fue abordado por la señora perito al sustentar su dictamen, y menos, apreciado por el médico de urgencias cuando por primera vez atendió a la paciente en la ciudad de Ibagué. Así las cosas, conforme a la Guía No. 3, se imponía por el palpable *"riesgo de muerte",* el ingreso de la paciente a UCIN, ello, en razón a que su condición evidenciaba un mayor deterioro, contrario a lo aseverado por la auxiliar de la justicia cuando aludía a un *"estado estable de la infante".*

6.- Continuando con las glosas dejadas en los antecedentes médicos, se observa que la demandada a eso de las ***09:08 am***, apuntó: *"(...) PACIENTE CON ANTECEDENTE DE NEUMONIAS RECURRENTES MAL PROGRESO DE PESO EN ESTUDIO DX NEUMOPATIA CRONICA 2. INMUNODEFICIENCIA A ESTUDIO. Objetivo: PACIENTE EN REGULAR ESTADO GENERAL*

AFEBRIL NORMOHIDRATDA CARDIORESPIRATORIO BEAB RSCSRS TAQUICARDICA RONCUS BILATERALES ABDOMEN BDI NO MEGALIS GU SP. Análisis: PACIENTE EN ESTUDIO DE SU NEUMOPATIA CRONICA PLAN INMUNOGLOBULINAS A- G-M-E , CUADRO HEMATICO, GLICEMIA, COMPLEMENTO C3 C4, ELISA VIH , LINFOCITOS B Y T, CD4 CD8, FAL, LDH, CH50 EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA. BK DE JUGO GASTRICO Y CULTIVOS ***HOSPITALIZAR EN PISO*** *SE HABLA CON UCI DRA MONICA PEREZ PARA COLOCAR CATETER FEMORAL, RX DE TORAX CON INFILTRADO DIFUSO BILATERAL"* (negrillas propias).

6.1.- En ésta valoración, la pediatra ***no consignó los signos vitales*** de la pequeña,[55] omisión que a despecho de lo argumentado por la señora perito, quien mencionó que estos *"signos vitales"* los tenían las enfermeras de turno *(minuto 64:57 a 69:11),* termina siendo un factor decisorio al establecer el plan de manejo, por cuanto, la información que descansa en aquel registro, además de permitir a cualquier autoridad revisar la conducta asumida, sirve al equipo médico para determinar las reales condiciones del paciente, su deterioro o mejoría; en términos precisos, el expediente hospitalario debe ser llenado de forma responsable y obligatoria por los galenos que a él tienen acceso, pues, de no ser así, se genera un ***indicio grave en contra*** de la parte obligada a hacerlo.

6.2.- Al respecto, la Honorable Corte Suprema de Justicia explica: *"[a]quella,* (refiriéndose a la historia clínica) *no es nada distinto a la memoria o reseña de todo lo que concierne al enfermo y la patología que lo aqueja;* ***constituye pieza angular por ser la narración clara, completa y oportuna del estado de salud del paciente****; ella entrega elementos para diagnosticar, pronosticar, medicar o intervenir quirúrgicamente.* ***En dicha minuta debe quedar, en detalle, las circunstancias más relevantes de la relación médico-paciente*** *(...) Sobre dicho escrito, el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, establece (...) 'La historia clínica* ***es el registro obligatorio de las condiciones de***

[55] Fl. 218 C.1

salud del paciente. *Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley' (...) Alusivo al tema, la Sala ha dicho: Debe puntualizarse la relevancia de la historia clínica. Por mandato normativo,* ***la historia clínica consigna de manera cronológica, clara, precisa, fidedigna, completa, expresa y legible todo el cuadro clínico en las distintas fases del acto médico desde su iniciación hasta su culminación,*** *a partir del ingreso del paciente a una institución de salud a su salida, incluso en la rehabilitación, seguimiento y control; contiene el registro de los antecedentes, y el estado de salud del paciente, la anamnesis, el diagnóstico, tratamiento, medicamentos aplicados, la evolución, el seguimiento, control, protocolo quirúrgico, indicación del equipo médico, registro de la anestesia, los estudios complementarios, la ubicación en el centro hospitalario, el personal, las pruebas diagnósticas, etc. (...)* ***ostenta una particular relevancia probatoria para valorar los deberes de conducta del médico, la atención médica al paciente, su elaboración en forma es una obligación imperativa del profesional e instituciones prestadoras del servicio, y su omisión u observancia defectuosa, irregular e incompleta, entraña importantes consecuencias,*** *no sólo en el ámbito disciplinario sino en los procesos judiciales, en especial, de responsabilidad civil, por constituir incumplimiento de una obligación legal integrante de la respectiva relación jurídica (CSJ SC 17 de noviembre de 2011, rad. 1999 00533 01)"* (lo destacado es propio).[56]

En sentencia posterior, la Corporación en cita dijo: *"[t]al compilación informativa en la que se individualiza a la persona que requiere de atención médica y se relata de forma* ***discriminada la forma como se le presta, lo que comprende una descripción del estado de salud de arribo, los hallazgos de su revisión por el personal encargado,*** *los resultados de las pruebas y exámenes que se practiquen, los medicamentos ordenados y su dosificación, así como todo lo relacionado con las intervenciones y procedimientos a que se somete,* ***es una herramienta útil para verificar la ocurrencia de los hechos en***

[56] Sent. Cas. SC 12449 de 15 de septiembre de 2014. Rad. 11001-31-03-034-2006-00052-01.

que se sustentan los reclamos del afectado con un procedimiento de esa naturaleza *(…) Su conformación* ***debe ser cronológica, clara, ordenada y completa, pues, cualquier omisión, imprecisión, alteración o enmendadura, cuando es sometida al tamiz del juzgador, puede constituir indicio en contra del encargado de diligenciarla*** *(…) De todas maneras su mérito probatorio debe establecerse 'de acuerdo con las* ***reglas de la sana crítica'****, debiendo ser apreciada en conjunto con las pruebas restantes, máxime cuando su contenido se refiere a conceptos que en muchos casos son ajenos al conocimiento del funcionario (…) Sobre el tema la Sala en SC de 28 jun. 2011, rad. 1998-00869-00, dijo que (…)* ***su elaboración es obligatoria*** *y que en ella deben consignarse, en orden cronológico, las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención (…) Además de cumplir una función asistencial, en la medida que permite conocer los antecedentes de salud del paciente y brindarle atención continuada por equipos distintos, facilita la realización de estudios de investigación y epidemiología,* ***a la vez que permite la evaluación de la calidad del servicio, la planificación y gestión sanitaria****. Sin embargo, junto con esas atribuciones, cumple otra de carácter probatorio en la medida que contiene la historia médica del paciente.* ***No obstante, incumbirá al juez, en cada caso concreto, ponderar, de la mano de las reglas de la sana crítica, el valor probatorio.*** *Para que esas funciones puedan realizarse cabalmente, es menester que sea diligenciada con rigurosidad, relatando todos los detalles necesarios y suficientes que justifiquen el diagnóstico y el tratamiento (…) adicionalmente tiene un* ***significado probatorio*** *(…)* ***Desde esa óptica el juez, como ya se dijera, la valorará conforme a las reglas de la sana crítica****, sin dejar de advertir que su autoría corresponde o puede corresponder a una de las partes de la relación jurídica, circunstancia que reclama del juzgador especial ponderación (…)* ***Como quiera que en un momento dado puede consistir en la única prueba a favor del paciente, no son pocos los eventos en los que la ausencia del aludido documento o su diligenciamiento incorrecto o incompleto puede comportar en alguna medida un cercenamiento de las expectativas***

probatorias de aquel. *En esa perspectiva la ausencia de historia o* ***su elaboración incompleta puede eventualmente,*** *dependiendo de las circunstancias de cada caso, aparejar secuelas para quien debiendo diligenciarla no lo hizo o lo hizo inexactamente, supuesto que puede generar un* ***grave indicio*** *en contra del profesional"*[57] (subrayado fuera del texto).

6.3- En efecto, con soporte en lo atrás expuesto debe indicarse que en el caso de autos, la historia clínica se elaboró de forma incompleta por parte de la pediatra asignada a la sala de urgencias, quien no obstante estar obligada a su debido diligenciamiento, omitió ***consignar los signos vitales de la menor***, desatención que genera un ***indicio grave*** frente al procedimiento y protocolo médico aplicado, conducta que, sumada a las valoraciones atrás efectuadas, consistentes, ***primero***, la mora de su traslado de la ciudad de Girardot a Ibagué, y, ***segundo***, la falta de una interconsulta por UCI neonatal a eso de las 4:39 am del 20 de noviembre de 2008, donde se vio involucrado el médico Jacobo Clavijo Sierra, obligan a señalar que se está en presencia de un servició clínico prestado de manera negligente, lo que se materializa en una ***culpa médica por infracción de la lex artis***.

7.- Continuando con el estudio cronológico de los hechos, ha de decirse que las siguientes atestaciones por parte de enfermería, implicaron el traslado a la menor a UCI pediátrica a partir de las 10:22 am:

> *"Hora Nota: 10:22 (...) DR MURCIA COMENTA PACIENTE A LA UCI PEDIATRA DE TURNO ACEPTA EN UCI INTERMEDIO"*[58] *"(...) NOTA MÉDICO DE TURNO: SE ATIENDE LLAMADO POR PARTE DE LA MADRE DE LA MENOR, SE ENCUENTRA LA MENOR CON O2 X HOOD AL 50%,* ***CIANOSIS CENTRAL, SOMNOLENCIA,*** *SE TOMA SaO2> 83 - 84%, SE COMENTA CON DRA. GLADYS ESPELETA*

[57] Sent. Cas. SC SC15746-2014 de 14 de noviembre de 2014. Rad. Radicación n° 11001-31-03-029-2008-00469-01. M.P Dr. FERNANDO GIRALDO GUTIÉRREZ.
[58] Fl. 214, CD, fl. 99 archivo pdf 20 C.1

(PEDIATRA) QUIEN REFIERE COMENTAR EN UCI-P. SE COMENTA PACIENTE EN UCI-P CON DRA. MONICA PEREZ (PEDIATRA) QUIEN REFIERE QUE AUTORIZA EL TRASLADO A UCI-P.[59]

"Hora Nota: 10:32 (...) SE TRASLADA PACIENTE A UCI PEDIATRICA INTERMEDIA EN COMPAÑÍA DE SU MADRE CONCIENTEALERTA HIPOACTIA AFEBRIL PÁLIDA HIDRATADA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE ADECUADA PERFUSIÓN DISTAL SIN ACCESO VENOSO PERIFERICO CON SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DE LEVE A MODERADA CON POLIPNEA CON ***TIRAJES INTERCOSTALES*** *CON OXIGENO SUPLEMENTARIO POR CANULA DE HOOD AL 50% SATURADO 89-90 LLEVA KARDEX, 2RX DE TORAX, ORDEN DE HOSPITALIZACIÓN, HISTORIA CLÍNICA PENDIENTE PASO DE CATETER FEMORAL Y TOMA DE LABORATORIOS".*[60]

7.1.- Seguidamente, las anotaciones de las ***10:40, 11:00, 11:05, 11:30, 11:50 am, 12:30, 13:00, 13:30*** *y* ***14:00 pm,*** corresponden al servicio prestado por la UCI pediátrica,[61] donde perdió la vida la menor quien presento un episodio de apnea y bradicardia de imposible recuperación.[62]

8.- Puestas de ese modo las cosas, de los tres (3) presupuestos exigidos por la ley y la jurisprudencia a fin de declarar la *responsabilidad médica*, se tienen por demostrados: ***la culpa médica*** (en la cual tuvo participación la profesional aquí demandada), y el ***hecho dañoso*** (muerte de la menor), por tal motivo, se impone abordar el tercero de aquellos correspondiente al ***nexo de causalidad*** que se requiere entre el uno y el otro. Justamente, por cuanto, el requisito causal constituye una condición general de la responsabilidad y cumple, además, una función importante relacionada con precisar el alcance de la reparación, dado

[59] Fl. 214 C.1
[60] Fl. 218 C.1
[61] Fl. 215, 218 y 219 C.1
[62] Fl. 21 y 22 C.1

que, el daño es indemnizable solo en la medida en que responde al hecho generador como consecuencia jurídicamente atribuible al responsable. Todo lo dicho, sin pasar por alto que no es procedente presumir el ligamen entre la culpa del demandado y el daño, siendo necesario establecerlo con certeza o con un *"grado de probabilidad"*, ya que, *"(...) La duda sobre la existencia del nexo de causalidad beneficia al demandado".*[63]

8.1.- Asentado lo anterior, el ***nexo de causalidad*** debe ser abordado de cara a la ***culpa médica por infracción de la lex artis***, la cual, se ubicó en la modalidad de negligencia médica, evento que ha sido tratado por la Honorable Corte Suprema de justicia bajo los siguientes parámetros:

> *"En efecto, el objeto que el fallador pretendía encontrar probado (nexo causal) no es una propiedad de las cosas ni un objeto físico susceptible de demostración por pruebas directas,* ***sino una categoría lógica que permite inferir*** *que entre un hecho antecedente y un hecho consecuente existe una* ***relación de probabilidad porque la experiencia así lo ha mostrado repetidas veces.*** *La observación de regularidades en los acontecimientos cotidianos permite establecer una teoría o hipótesis que, a su vez, sirve de pauta o trasfondo de significado para la valoración de nuevos hechos y para la selección –de entre el flujo infinito de causas– de aquellas 'condiciones' que se estiman relevantes en un contexto determinado (en este caso jurídico).*[64]*"*
>
> *"En* ***casos de omisiones****, el criterio de imputación sólo lo dan las normas jurídicas que establecen deberes de actuación, posición de garante, guardián de la cosa, etc.,* ***porque entre una omisión y un resultado no se produce ninguna relación de implicación material.*** *Esta conclusión sólo se extrae por hipótesis indiciarias que el Tribunal jamás tomó en consideración."*

---

[63] Philippe Le Tourneau. Traducción de Javier Tamayo Jaramillo. La responsabilidad civil, editorial LEGIS 2010, pág. 77.

[64] Holismo confirmacional o epistemológico, o Tesis de Duhem-Quine, según la cual toda observación de un hecho depende de una teoría de trasfondo que explique suficientemente las relaciones entre los hechos observados, es decir que todo análisis causal es un juicio atributivo a partir de un marco de sentido.

"Desde luego que si el juzgador no valoró los hechos probados en el proceso para corroborar o descartar la presencia del factor objetivo de atribución de responsabilidad (imputación del hecho a un agente), no le era posible encontrar la prueba del 'nexo de causalidad'; mucho ***menos cuando se trata de abstenciones o negligencias****, pues un axioma de la lógica consagra que* ***las omisiones o inactividades, al no ser objetos de la experiencia sino categorías jurídicas, no son ni pueden ser 'causa' de nada en sentido naturalista.***[65]*"*

"Ante la ausencia absoluta de las hipótesis indiciarias que habrían permitido concluir con probabilidad prevalente la existencia del juicio de atribución del daño al agente demandado, el argumento del Tribunal sobre el 'nexo de causalidad' se muestra desacertado." [66]

8.2.- En este orden de cosas, de los hechos estudiados y probados durante la actuación se tiene que el resultado dañoso (muerte), es atribuido por el extremo actor al actuar negligente de la pediatra Gladys Helena Espeleta, quien al valorar a la usuaria *"(...) diagnosticó que la niña se encontraba bien y que solo necesitaba los líquidos suministrados a través de catéter venoso, para posteriormente remitirla a piso y que no era necesario remitirla a UCI (...)"*. Sin embargo, como se demostró precedentemente, la conducta omisiva de aquella especialista fue posterior al plan de manejo que diseñó el médico de urgencias que recibió a la niña, luego de una mora en su traslado a las 04:39 am, por lo tanto, fue necesario a fin de establecer *"la culpa"*, descender sobre el estudio de toda la atención en salud brindada a la pequeña el día 20 de noviembre de 2008, y no reducir aquel examen a una parte o sección de la misma. De donde, el nexo de causalidad no podría centrarse en el procedimiento descrito y demarcado por el líbelo genitor, puesto que, la culpa galena tuvo sus inicios mucho antes de aquel momento.

---

[65] Michael S. Moore. Causalidad y responsabilidad. Madrid: Marcial Pons, 2011. pp. 203 ss. y 449. || Jules Coleman. Riesgos y daños. Madrid: Marcial Pons, 2010. p. 279.
[66] Sentencia SC9193-2017/2011-00108 de junio 28 de 2017. M.P Dr. Ariel Salazar Ramírez. Rad.: 11001-02-03-000-2013-01105-00. SC9193-2017.

Dicho de otra manera, lo ejecutado de forma exclusiva por la única médica aquí demandada, no tiene la fuerza suficiente para sentar las bases del nexo causal al que se intenta llegar, impidiéndose, desde la sana crítica, inferir un grado de probabilidad frente al resultado dañoso. Y, es que, demarcado el objeto del litigio e identificado desde un principio por los demandantes el sujeto responsable del perjuicio reclamado, no es procedente, so pena de violentar el principio de la *congruencia* y *derecho de defensa*, generar hipótesis indiciarias que vinculen a personas que no fueron convocadas a la *litis*, defecto que obstruiría establecer el nexo de causalidad que hoy se echa de menos.

8.3.- Con todo, pese a estar acreditada la culpa médica y el hecho dañino, no existen elementos de juicios que permitan acreditar con un mayor grado de probabilidad el juicio de atribución del daño, vale decir, ***en el caso objeto de litis*** no aflora el nexo de causalidad que se requiere frente a la conducta desplegada por la única accionada.

9.- Síguese de lo expuesto que la sentencia materia de apelación debe confirmarse por motivos diferentes, condenando en costas en esta instancia a la parte recurrente.

VIII. DECISIÓN.

En mérito de lo considerado, el Tribunal Superior de Distrito Judicial de Ibagué, Sala Civil – Familia de Decisión, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

PRIMERO.- POR LAS RAZONES DADAS EN PRECEDENCIA, se ***CONFIRMA*** la sentencia proferida en audiencia por el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Ibagué en agosto 27 de 2019, conforme a los razonamientos hechos en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO.- CONDENAR EN COSTAS en esta instancia a la parte recurrente. Fijar como agencias en derecho la suma un (1) Salario Mínimo Mensual Legal vigente.

TERCERO.- DISPÓNGASE la devolución del expediente al despacho de origen.

CUARTO.- NOTIFÍQUESE esta providencia conforme lo señala el artículo 9 del Decreto número 806 de junio 4 de 2020.

COPIESE, NOTIFIQUESE Y CUMPLASE.

MANUEL ANTONIO MEDINA VARON
Firma escanead según Decreto número 491 de marzo 29 de 2020

Mabel Montealegre Varón
Firma escaneada según lo autorizado en el artículo 11° del Decreto Legislativo 491 de 2020

DIEGO OMAR PEREZ SALAS
Con salvamento de voto
Firma escaneada según lo autorizado en el artículo 11° del Decreto Legislativo 491 de 2020

SALVAMENTO DE VOTO A LA SENTENCIA EMITIDA DENTRO DEL PROCESO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROMOVIDO POR JESÚS MARÍA CÁRDENAS YATE Y OTROS CONTRA GLADYS HELENA ESPELETA NIÑO, RADICACIÓN 2018-00083-03. M.P. DR. MANUEL ANTONIO MEDINA VARÓN

Con del acostumbrado respeto, me permito consignar los motivos por los cuales me aparto de la sentencia mayoritaria, así:

1. La sentencia mayoritaria, en efecto, reconoce la existencia del daño, esto es, el fallecimiento de la paciente Saira Baquero Cárdenas, como consecuencia de una demora en su traslado de la ciudad de Girardot, a Ibagué, así como la falta de una interconsulta por UCI neonatal, es decir, se reconoce la falta de prestación de un servicio médico oportuno, infringiendo así la lex artis.

Sin embargo, la postura de la cual me aparto, absolvió a la demandada de irrogar condena a indemnizar perjuicios, bajo el argumento que no se encuentra demostrado el nexo de causalidad, pues, la conducta omisiva de la especialista. Dra. Gladys Helena Espeleta, fue posterior al plan de manejo que diseñó el médico de urgencias que recibió a la paciente Baquero Cárdenas.

2. Sin embargo, a mi juicio, considero que se configuran los elementos estructurales de la responsabilidad civil, entre ellos, el nexo causal, por lo que seguidamente señalo:

En efecto, en el proceso se encuentra ampliamente demostrado el actuar omisivo de la especialista

demandada, para remitir a la paciente Baquero Cárdenas a la UCI pediátrica, más aún que, la misma doctora Gladys Helena Espeleta Niño, ante el Tribunal de Ética Médica, admitió conocer a la menor, a tal punto que era una paciente reconsultante de la Clínica por cuadros respiratorios.

A pesar de lo anterior, está acreditado con las múltiples notas de la historia clínica, que la paciente tenía una cama reservada en UCI pediátrica, propósito por el cual venía remitida la menor desde la ciudad de Girardot.

3. Incluso, como lo refiere la sentencia mayoritaria, al valorar la prueba trasladada contentiva en la actuación penal, se observa que, contiene la conclusión del Dr. Jairo Hernán Beltrán Romero, galeno adscrito al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el cual da cuenta de la deficiente atención realizada por la Dra. Espeleta, así:

"[l]a atención realizada por la Dra. Espeleta es deficiente en cuanto no registra información mínima del examen físico, lo cual haría suponer que no tomó estos signos vitales, decidiendo que se hospitalizara en piso y no en la UCI. Por lo anterior se considera la atención prestada por la Dra. Espeleta consignada en la historia clínica presenta deficiencias al no anotar los signos vitales, siendo fundamentales para corroborar o descartar el riesgo de falla ventilatoria que los médicos anteriores habían anotado (...) La Dra. Espeleta no valoró de forma adecuada a la paciente, por lo que descartó tácitamente la necesidad de UCI,

servicio que requirió por la falla respiratoria 3 horas después de su valoración" (fl. 160 a 162)

Según este galeno, es evidente la mala atención a la menor por parte de la Dra. Espeleta, al punto que, pese a ser paciente conocida por ser reconsultante, se observa que no se anotaron los signos vitales de la menor, pues con ello se podría corroborar o descartar el riesgo de falla ventilatoria, valoración inadecuada que conllevó la necesidad de UCI, pese a que la paciente tenía una cama reservada, y servicio que requirió 3 horas después de su valoración por presentar falla respiratoria.

4. El actuar omisivo, conforme enseña la jurisprudencia de nuestro órgano de cierre, también constituye un factor determinante para endilgar responsabilidad al demandado, conforme explica el precedente que se cita a continuación:

> *"(...) es posible endilgar la autoría de un hecho por las abstenciones cuando el agente tenía el deber legal de actuar para evitar una consecuencia dañosa, lo cual no puede ser explicado por una 'causalidad' desprovista de componentes normativos porque las omisiones no son eventos sino ausencia de éstos, es decir que no generan relaciones de causalidad natural.*
>
> *Es un principio general que no hay responsabilidad civil por las inactividades salvo que el demandado se encuentre bajo un deber legal preexistente o tenga la posición de garante respecto de quien sufre el perjuicio (...)" (Sentencia SC13925-2016 del 30 de septiembre de 2016)* Habida cuenta que, *"Las pautas de atribución de un hecho a un agente, en*

suma, se infieren a partir de los deberes de acción que impone el ordenamiento jurídico, como por ejemplo (...), la obligación de prestación de una atención en salud de calidad que la Ley 100 de 1993 impuso a las organizaciones proveedoras de servicios médicos (...)". (Sentencia SC13925-2016 del 30 de septiembre de 2016)

5. De esta manera, conforme las anotaciones contenidas en la historia clínica, así como las conclusiones del galeno adscrito a Medicina Legal, es evidente el nexo causal en este asunto, derivado en una mala prestación del servicio de saluda a la menor Saira Baquero Cárdenas, incluso, existen unos deberes especiales de conducta que, dada la profesión y especialidad de la Dra. Espeleta, debe exigírsele sobre cualquier otra persona.

Por lo tanto, considero que están plenamente acreditados los presupuestos estructurales de la responsabilidad civil, y, por lo mismo, la sentencia del Tribunal debió irrogar condenas a la demandada, puesto que, como se dijo, quedó demostrado la mala prestación del servicio de salud a la paciente.

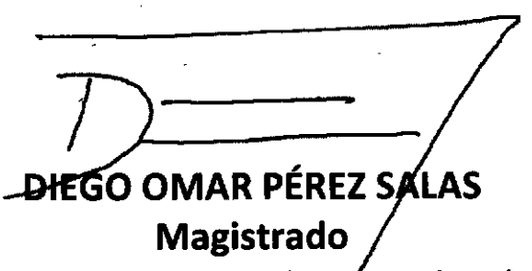
6. Por último, es de anotar que, el presente proceso viene regido por las reglas de la responsabilidad aquiliana, por lo que, también me aparto de lo argumentado por la sala mayoritaria, en el sentido que, lo actuado por la aquí demandada no tiene la fuerza suficiente para sentar las bases del nexo causal, en el sentido que las otras personas, potencialmente causantes del perjuicio, no fueron vinculadas al presente proceso, ya que, las reglas de la responsabilidad civil extracontractual, al contener la

solidaridad, regulada en el artículo 2344 del Código Civil, permite al demandante, a su arbitrio, entre los múltiples causantes del daño, elegir a quien reclamar la indemnización de sus perjuicios.

En otros términos, en virtud de la regla de solidaridad contenida en el artículo 2344 del Código Civil, y, si el daño fue causado por varios sujetos, el demandante se encuentra en la libertad de elegir a quien reclamar la indemnización de sus perjuicios.

En los términos anteriores, dejo consignado mi salvamento de voto a la sentencia del rubro.

Con toda consideración y respeto.



DIEGO OMAR PÉREZ SALAS
Magistrado
Firma escaneada conforme dispone el artículo 11 del Decreto 491 de 28 de Marzo de 2020.

Fecha *ut supra*