



Jorge Luis Pérez Paz

Magister y Esp. en Derecho Procesal- Esp. en Derecho Laboral, Medicina Laboral, Seguridad Social –
Esp. en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo- Esp. en Derecho Constitucional

1

Señores:

TRIBUNAL SUPERIOR DE BARRANQUILLA

SALA QUINTA CIVIL-FAMILIA

ATN. DR. GUILLERMO RAUL BOTTIA BOHORQUEZ

MAGISTRADO SUSTANCIADOR

E. _____ S. _____ D. _____

Ref. Proceso	: VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL
Demandantes	: MARCELO PALACIOS Y DIANA ZAPATA
Demandados	: ORG. CLINICA GENERAL DEL NORTE Y OTROS
Asunto	: SUSTENTACION RECURSO APELACION
Radicado	: 08-001-31-53-014-2018-00081-02
Rad. Interno	: 44.575

JORGE LUIS PEREZ PAZ, Abogado titulado y en ejercicio, conocido de autos como apoderado sustituto de la parte demandante dentro del proceso de la referencia comedidamente llego ante este Honorable Corporación, estando dentro del término legal, con el fin de **SUSTENTAR EL RECURSO DE APELACION** interpuesto en contra de la sentencia de fecha Veinte (20) de Septiembre de 2022, proferida por el Juzgado Catorce Civil del Circuito de Barranquilla, lo cual hare al siguiente tenor:

SUSTENTO:

En primera medida Manifiesto a esta Honorable Sala, que me ratifico en el escrito de apelación de los puntos sobre los cuales se manifiesta inconformidad contra la sentencia proferida por el A quo en el proceso de la referencia, permitiendo ampliar cada uno de los sustentos expuestos en dicho escrito.

Resulta de vital importancia se centre el problema jurídico planteado en lo relativo a la responsabilidad de la entidad demandada ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE en la muerte del menor SEBASTIAN PALACIOS ZAPATA, principalmente en la omisión o negligencia de esta entidad en una inadecuada reacción al protocolo de reanimación cardiopulmonar pediátrica, derivado de las cadenas de fallas y que el A quo solo centro en la aplicación del salbutamol, el cual solo constituyo una de las múltiples fallas que se originaron en la atención del menor SEBASTIAN PALACIOS ZAPATA, teniendo en cuenta que de las pruebas aportadas se soporta con claridad la presencia de todos los elementos estructurales que consagra el artículo 2341 del Código Civil para endilgar responsabilidad civil a la entidad demandada, especialmente por faltar al adecuado protocolo de reacción cardiopulmonar pediátrico.

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es la interrupción brusca, generalmente inesperada y potencialmente reversible de la circulación sanguínea y la respiración espontánea. La literatura médica tiene establecido que en pacientes pediátricos, la parada cardíaca suele ser consecuencia del deterioro de las funciones respiratorias o circulatorias secundarias a una enfermedad o accidente,

CASTRO & ABOGADOS CONSULTORES

Carrera 46 Nº 84-62 Oficina 202 CEL: 3007044895

e-mail: jorgeluis17379@hotmail.com – oficinajuridica114@gmail.com

Barranquilla - Colombia



Jorge Luis Pérez Paz

Magister y Esp. en Derecho Procesal- Esp. en Derecho Laboral, Medicina Laboral, Seguridad Social –
Esp. en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo- Esp. en Derecho Constitucional

2

la cual tiene una alta mortalidad y su pronóstico es multifactorial (duración, causa, lugar, edad) y peor que en los adultos, aunque circunstancias especiales (ahogamiento en agua helada o exposición a tóxicos) pueden mejorarlo.

Con el objetivo de disminuir la morbimortalidad de la Parada Cardíaca en Pediatría, es necesario que las entidades médicas activen la cadena de la supervivencia, aplicando medidas de anticipación y prevención, dando soporte vital básico (SVB) y técnicas de RCP de calidad, activando a equipos de emergencias e instaurando soporte vital avanzado, que deberá incluir control de la vía aérea, oxigenación, desfibrilación precoz, fármacos (adrenalina, amiodarona) y fluidos, lo antes posible. Tras conseguir la recuperación de la circulación espontánea (RCE) y considerando la causa de la PC, aplicando medidas de oxigenación, circulación y neuro protección adecuadas. Del manejo precoz del niño grave y en preparada, del conocimiento adecuado de los algoritmos de RCP, de su aplicación de forma efectiva y con calidad, de un adecuado trabajo en equipo, y de un entrenamiento periódico en técnicas y procedimientos, dependerá en gran parte la supervivencia.

En el caso concreto del menor SEBASTIAN PALACIOS ZAPATA, no se cumplió un manejo adecuado y acorde con los protocolos de reanimación establecidos en la literatura médica, contrario a ello se desatendieron todos los protocolos establecidos en procura de salvaguardar la vida e integridad del menor fallecido, dicho actuar fue negligente y omisivo en consecuencia existe un nexo de causalidad entre el daño causado y la falla imputable a la demandada, en consecuencia a ello podemos concluir sin hesitación alguna que el daño sufrido por los demandantes esta claramente demostrado en el plenario es derivado por una clara falla en el servicio de salud originado en tres acciones u omisiones diferenciales que estas a su vez se subdividen en fallas humanas y fallas administrativas, fallas que parten desde el ingreso del Menor a la atención médica recibida inicialmente en la Organización Clínica General del Norte donde se prestó una inadecuada atención médica violando la atención de garantía de calidad, sin embargo la principal falla endilgada que le costaron la vida al menor SEBASTIAN PALACIOS tal es el caso de la inadecuada reacción del personal médico al momento de activar los protocolos de código azul los que igualmente no cumplió por ser estos de carácter universal conforme los establece la literatura médica avanzada, no existe un adecuado manejo a la práctica médica como tal. Ahora bien, por otro lado se cometieron fallas medicas asistenciales que van desde un inadecuado manejo clínico hasta el error en formulación de medicamentos que empeoraron las condiciones clínicas del paciente.

La atención del A quo se centró solo en la aplicación del salbutamol como falla del servicio, cuando desde la demanda y en el curso de las pruebas y etapa de alegatos en realidad identificamos como principal falla, de la cadena de hechos y omisiones, la violación al protocolo de parada cardio respiratoria o protocolo de código azul, el cual el fallador primario le restó importancia y le dio una interpretación bastante alejada de la finalidad para la cual fue solicitada esta prueba, toda vez que de haberlo cumplido seguramente el resultado hubiese sido distinto, entre los principales lineamientos de los protocolos de código azul en comparación a los registros de historia clínica del fatídico 5 de mayo de 2015 a las 3 am cuando el menor hizo su parada cardiorrespiratorio tenemos que no contaban con paleta de cardioversión no se tuvo una adecuado reacción y se violaron los protocolos de reanimación pediátrica enseñados por la literatura médica es decir se presentaron una cadena de fallas debidamente demostradas

CASTRO & ABOGADOS CONSULTORES

Carrera 46 Nº 84-62 Oficina 202 CEL: 3007044895

e-mail: jorgeluis17379@hotmail.com – oficinajuridica114@gmail.com

Barranquilla - Colombia



Jorge Luis Pérez Paz

Magister y Esp. en Derecho Procesal- Esp. en Derecho Laboral, Medicina Laboral, Seguridad Social –
Esp. en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo- Esp. en Derecho Constitucional

3

que llevan a concluir que la muerte del menor se dio por la falla del servicio de salud de la demandada.

El Código Azul, es definido por la literatura médica y la normatividad como un sistema de alarma (clave, alerta y códigos), para el manejo de pacientes en paro Cardio-respiratorio por un grupo entrenado y coordinado con previas funciones establecidas. Contemplado según el marco legal del sistema obligatorio de garantía de la calidad como norma de habilitación, según Resolución 2003 de 2014. El principal objetivo de un protocolo de código azul no es un simple requisito de habilitación de UCI PEDIATRICA, como pretende hacerlo ver el A quo, su principal OBJETIVO es Contar con un sistema de alerta único para una respuesta rápida, organizada y eficiente en el manejo de pacientes que se encuentren en paro Cardio-respiratorio con el cual el proceso de atención y reanimación se efectúe en el menor tiempo posible con la coordinación del equipo interdisciplinario encargado, logrando la disminución de la morbi-mortalidad hospitalaria.

Este procedimiento aplica a todos los pacientes en los servicios de hospitalización, Quirófanos, Urgencias, gineco pediatría, promoción y prevención, áreas por donde circulan usuarios internos/externos, acompañantes y/o familiares (consulta externa, pasillos, parqueaderos, sala de espera) que se encuentren dentro de la institución y que presenten situaciones de emergencia con riesgo vital, inminencia de paro o que requieran reanimación cerebro-cardiopulmonar.

La literatura médica nos enseña que la responsabilidad y autoridad del código azul, será de la siguiente manera: *La autoridad está a cargo del médico, la responsabilidad estará a cargo de médico especialista, médico general, la enfermera jefe y auxiliares de enfermería. Todo el personal médico, asistencial y administrativo de la institución.*

Tal como lo establece la literatura médica, el código azul será activado por la persona que primero sospeche un paro cardiorrespiratorio o el primero que lo presencie en cualquier paciente que no responde al llamado y estímulo táctil, en el caso concreto lo fue su padre, toda vez que no había personal asistencial en el lugar, tal como se observa en los videos de las cámaras de seguridad.

La activación del Código Azul generará como respuesta inmediata las siguientes acciones:

- Acudirán al lugar donde está el paciente, todos los médicos que se encuentren en la institución en el momento del evento abandonando las actividades que se encuentre realizando }
- La Enfermera profesional y Auxiliar deberán acudir en forma inmediata al sitio respectivo }
- La Auxiliar encargada llevará el maletín de carro de paro y el DEA al sitio de reanimación.
- } Los trámites administrativos se aplazan y los implementos requeridos para el manejo de la víctima se despacharán sin llenar la papelería de rutina exigida. Tales documentos se tramitarán después de finalizada la

CASTRO & ABOGADOS CONSULTORES

Carrera 46 Nº 84-62 Oficina 202 CEL: 3007044895

e-mail: jorgeluis17379@hotmail.com – oficinajuridica114@gmail.com

Barranquilla - Colombia



Jorge Luis Pérez Paz

Magister y Esp. en Derecho Procesal- Esp. en Derecho Laboral, Medicina Laboral, Seguridad Social –
Esp. en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo- Esp. en Derecho Constitucional

4

reanimación.)

- Durante la reanimación el equipo actuará de acuerdo con las funciones descritas a continuación, siempre de acuerdo con las instrucciones del Líder.

Dentro de las etapas, fijadas en la literatura médica, encontramos como **DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES de CODIGO AZUL** las siguientes:

- **Asignación de funciones:** *En el momento de inicio del turno debe estar organizado el equipo de reanimación con roles previamente asignados, con escarapelas de identificación donde cada uno conocerá sus funciones previamente antes de que se presente el evento.*
- **Líder: (Médico y/o médico internista)** *Coordina las acciones del equipo en el momento en que se presenta el Código Azul. Verifica pulsos carotídeos, femoral, índico el momento de iniciar RCP, estimula a los demás asistente a realizar sus actividades con calidad, Ordena medicamentos, asesora y constata las funciones del equipo. Se asegura del manejo de la vía aérea. Verifica que el masaje se haga de una manera efectiva. Revisa el acceso venoso. Puede cambiar las funciones de cualquier miembro del equipo. Vigila e interpreta el registro de los monitores. Coordina las funciones del equipo. Decide continuar o terminar la reanimación, además el traslado, las interconsultas, exámenes y procedimientos a realizar y toma la decisión final ante diferentes sugerencias.*
- **Asistente de compresiones torácicas (Médico y/o enfermero, Auxiliar de Enfermería)**
- **Asistente de Vía Aérea: (Médico, enfermero y/o terapeuta respiratoria)**
- **Asistente Circulante (DEA/MONITOR/DEFIBRILADOR): (Enfermero y/o Auxiliar de Enfermería)**
- **Asistente de Medicamentos (Enfermero):**
- **Asistente del Registro: (Auxiliar de Enfermería)**

Proceso de activación

La reanimación con éxito tras un paro cardíaco requiere un conjunto integrado de acciones coordinadas que se representan con los eslabones de la cadena de supervivencia de la AHA.

La reanimación eficaz requiere una respuesta integrada conocida como un sistema de atención. La apreciación colectiva de las dificultades y oportunidades presentes en la cadena de supervivencia pasa a ser un elemento fundamental en un sistema de atención en el que las reanimaciones se concluyen con éxito. Por tanto, los individuos y grupos deben trabajar juntos, compartir ideas e información, para evaluar y mejorar sus sistemas de reanimación. La capacidad de liderazgo y de

CASTRO & ABOGADOS CONSULTORES

Carrera 46 Nº 84-62 Oficina 202 CEL: 3007044895

e-mail: jorgeluis17379@hotmail.com – oficinajuridica114@gmail.com

Barranquilla - Colombia



responsabilidad son componentes importantes de este abordaje de equipo.

Los pacientes que sufren un paro cardíaco intrahospitalario (PCIH) dependen de un sistema de vigilancia y prevención del paro cardíaco apropiado. Cuando sobreviene el paro cardíaco, los pacientes dependen de una interacción fluida entre las distintas unidades y servicios del centro de salud, y de un equipo multidisciplinario de proveedores profesionales que abarca médicos, personal de enfermería, especialistas en terapia respiratoria, farmacéuticos y asesores, entre otros.

Quien detecte una persona (paciente, visitante, trabajador) con pérdida súbita del estado de conciencia y no responde al llamado ni al estímulo táctil o ante la sospecha de un paro, activara la alerta para el código azul de la siguiente forma:



Respuesta al llamado

Cada miembro del equipo debe acudir al lugar del evento en un tiempo menor a 3 minutos a partir del momento en que se ha recibido la alerta, cumpliendo con los algoritmos de reanimación definidos en la guía Reanimación Cardio-Cerebro-Pulmonar, hasta el resultado final de la evolución del paciente.

CASO CONCRETO:

Como se puede observar la Clínica General del Norte no cumplió ninguna de las etapas fijadas en el código azul de estándares internacionales, por ello se ha rehusado a aportarlos, pero como lo dijo la testigo JUANI ALVAREZ el mismo es universal, solo basta con Buscar en la literatura médica, en consecuencia al definir estándares encontramos comparando con los registros de la historia clínica visibles a **folio 1050, 1052, , 1053, del cuaderno principal 01 documento 016 denominado anexos clínica general del norte reiterados en folio 299, 298, 297 del cuaderno principal 01 documento 03 denominado anexos de la demanda**, no se cumplen ninguno de los pasos fijados en estos protocolos de índole universal, al comparar cada una de las etapas de la atención al menor SEBASTIAN PALACIOS registrados en la historia clínica y que se corroboran con los videos de seguridad de la clínica al momento de la ocurrencia de los hechos es dable concluir que no cumple con los criterios fijados en la literatura médica, lo cual demuestra sin hesitación alguna se dio una clara falla en el servicios de salud, que causo la

CASTRO & ABOGADOS CONSULTORES

Carrera 46 N° 84-62 Oficina 202 CEL: 3007044895

e-mail: jorgeluis17379@hotmail.com – oficinajuridica114@gmail.com

Barranquilla - Colombia



Jorge Luis Pérez Paz

Magister y Esp. en Derecho Procesal- Esp. en Derecho Laboral, Medicina Laboral, Seguridad Social –
Esp. en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo- Esp. en Derecho Constitucional

6

muerte al menor, al no existir una adecuada atención médica al momento de entrar en parada cardio respiratoria.

El señor MARCELO PALACIOS padre del menor SEBASTIAN PALACIOS fue quien inició las terapias de reanimación, tal como quedo demostrado dentro del proceso, luego de 10 minutos aparece un médico de planta del piso (DR. PACHECO), posteriormente entre 10 minutos más tarde llega otro médico de planta y 40 minutos después, siendo que fue hallado por el padre del niño llegó el pediatra del servicio, el cual como exige el protocolo no se encontraba en piso.

Según se observa en los registros de cámaras de seguridad de la Clínica General del Norte Adjuntas a este proceso, El padre del menor sale corriendo a buscar al médico pediatra teniendo en cuenta que esto no contestaba los llamados realizados por la enfermera, sin embargo este se encontraba durmiendo en un ala y piso diferente a donde le correspondía o tenía sus responsabilidades como profesional de la salud, El pediatra de turno cuando fue hallado se dirigió lentamente a la UCI PEDIATRICA siendo acelerado por el padre del menor quien desesperado no sabía qué hacer.

Los médicos que atendieron la parada cardiorrespiratoria del menor SEBASTIAN PALACIOS no realizan intubación del menor. El pediatra cuando el padre del menor lo trae es que realiza la intubación, esto es 40 minutos después de haber entrado en paro. Se presentaron fallas en manejo de los médicos generales, teniendo en cuenta que no realizaron maniobras para asegurar vía aérea ni medicación para sacar al menor del paro. El pediatra solo colocó medicamentos, no realizó cardioversión (*procedimiento que se aplica a pacientes que tienen una determinada alteración del ritmo cardiaco (arritmia) con el objeto de restablecer el ritmo normal*), toda vez que no colocaron las paletas del desfibrilador-cardioversor porque no habían del tamaño pediátrico. La literatura médica enseña que Para hacer una cardioversión eléctrica se aplican una o varias descargas eléctricas ("choques eléctricos") a través de dos paletas que se ubican sobre el pecho, a ambos lados del corazón. Este procedimiento se denomina Cardioversión Eléctrica Externa.

El A quo no valoro en su verdadero alcance la mayoría de las pruebas aportadas al proceso y otras ni si quiera las analizo si quiera de soslayo, por ello se hace necesario que el Honorable Tribunal Superior de Barranquilla tenga en cuenta las siguientes pruebas:

- **folio 501 al 507 del cuaderno principal 01 documento 03 denominado anexos de la demanda:** contiene las conclusiones emitidas por el DR. ALFREDO CUENTAS profesional asignado para estudio e investigación preliminar a la institución por violación a la calidad de la atención prestada al menor SEBASTIAN PALACIOS, entre los cuales emite una serie de conclusiones y hallazgos, entre los cuales podríamos resaltar: Demora injustificada en la orden del procedimiento electrocardiograma que le fuere ordenado al menor Sebastián Palacios, quien pese a tener nota de urgencia de realización del mismo, se realizó 5 días después de haber sido ordenado, creando con ello una clara vulneración a la seguridad y precisión en los diagnósticos y tratamiento ordenados, estas conclusiones fueron emitidas por el DR. ALFREDO CUENTAS profesional de la oficina de gestión de calidad de la secretaria de salud Distrital de Barranquilla, quien además en declaración

CASTRO & ABOGADOS CONSULTORES

Carrera 46 Nº 84-62 Oficina 202 CEL: 3007044895

e-mail: jorgeluis17379@hotmail.com – oficinajuridica114@gmail.com

Barranquilla - Colombia



Jorge Luis Pérez Paz

Magister y Esp. en Derecho Procesal- Esp. en Derecho Laboral, Medicina Laboral, Seguridad Social –
Esp. en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo- Esp. en Derecho Constitucional

7

rendida ante este Despacho explico los motivos de cada una de las conclusiones emitidas en su momento, sin embargo estas pruebas documentales y declarativas no fueron analizadas por el A quo en un claro afán de absolver a las entidades demandas, pues de haberlo hecho muy seguramente hubiese tenido una conclusión distinta a la emitida. Pruebas documentales que están del folio 501 al 507 del cuaderno principal 01 documento 03 denominado anexos de la demanda.

- **Folio 991, del cuaderno principal 01 documento 016 denominado anexos clínica general del norte.** Informa al paciente delicado por sepsis demostrada en tratamiento necesidad de oxígeno suplementario por cánula nasal.
- **Folio 992, del cuaderno principal 01 documento 016 denominado anexos clínica general del norte** Informa paciente que proviene de la UCI en delicado estado con necesidad de oxígeno suplementario, salbutamol 2 PUFF-
- **Folio 1040, del cuaderno principal 01 documento 016 denominado anexos clínica general del norte** Informa consentimiento informado sin firma de los padres del menor de fecha 28 de abril de 2022.
- **folios 404, 420, 456 al 474, 501 al 508, 546, 550, 552, 556, , 594, 611, 616, 644, 653, 677 del cuaderno principal 01 documento 03 denominado anexos de la demanda**

El marco legal de la obligatoriedad de la atención en salud de calidad se constituyó formalmente con el Decreto 2174 de 1996, que organizó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Posteriormente se expidió el Decreto 2309 de 2002, que definió el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

Según este último, el SOGC de la atención de salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Las características más importantes de este sistema son: a) Accesibilidad: posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema general de seguridad social. b) Oportunidad: posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. c) Seguridad: conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probadas, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. d) Pertinencia: grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales. e) Continuidad: grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico (artículo 5º).

CASTRO & ABOGADOS CONSULTORES

Carrera 46 Nº 84-62 Oficina 202 CEL: 3007044895

e-mail: jorgeluis17379@hotmail.com – oficinajuridica114@gmail.com

Barranquilla - Colombia



Jorge Luis Pérez Paz

Magister y Esp. en Derecho Procesal- Esp. en Derecho Laboral, Medicina Laboral, Seguridad Social –
Esp. en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo- Esp. en Derecho Constitucional

8

Posteriormente el Ministerio de la Protección Social profirió la Resolución 1043 de 2006, que estableció las condiciones que deben cumplir los prestadores de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención; fijó estándares de capacidad tecnológica y científica; y definió parámetros de suficiencia patrimonial y financiera, así como las condiciones técnico-administrativas del prestador.

El Decreto 1011 de 2006 derogó el 2309 de 2002 al establecer el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Este estatuto definió la atención en salud como «*el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población*». A su vez, entiende por "calidad de la atención de salud" «*la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios*». (Art. 2º)

Este decreto fijó las normas, requisitos y procedimientos que están obligados a cumplir los prestadores de servicios de salud (incluidos los particulares o independientes), las instituciones y los servicios de traslado de pacientes, con el fin de brindar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación del servicio.

El artículo 3º del Decreto 1011 de 2006 reiteró que el SOGCS está orientado a mejorar la atención en salud, más allá de la verificación o acreditación formal de estructuras, procesos y documentación, centrando la calidad en los resultados obtenidos por los usuarios. Por ello impuso a los agentes promotores y prestadores la obligación de cumplir con las siguientes características:

1. *Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

2. *Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.*

3. *Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.*

CASTRO & ABOGADOS CONSULTORES

Carrera 46 N° 84-62 Oficina 202 CEL: 3007044895

e-mail: jorgeluis17379@hotmail.com – oficinajuridica114@gmail.com

Barranquilla - Colombia



Jorge Luis Pérez Paz

Magister y Esp. en Derecho Procesal- Esp. en Derecho Laboral, Medicina Laboral, Seguridad Social –
Esp. en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo- Esp. en Derecho Constitucional

9

4. *Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.*

5. *Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico».*

Por su parte, la Circular 30 de 2006, emanada de la Superintendencia Nacional de Salud, dio instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud de las instituciones prestadoras; los indicadores de calidad; los respectivos estándares en los procesos prioritarios de atención en salud y los requerimientos de información en las entidades promotoras de salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica y el régimen que administren, incluyendo las empresas de medicina prepagada.

A su vez, la Resolución 1446 de 2006 del Ministerio de la Protección Social definió el Sistema de Información para la calidad y adoptó los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

La ley 1122 de 2007 introdujo algunas modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y dictó disposiciones en materia de calidad, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Al describir la organización del aseguramiento inherente al SOGC, esta ley consagró la garantía del acceso efectivo a la salud de calidad, en los siguientes términos:

«Organización del Aseguramiento. Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud». [Se subraya]

Por expreso mandato legal, las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir las funciones indelegables del aseguramiento, la representación de los afiliados ante las instituciones prestadoras, **la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la asunción del riesgo transferido por el usuario.**

Finalmente, la ley 1438 de 2011 estableció parámetros para fortalecer el SGSSS «a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la

CASTRO & ABOGADOS CONSULTORES

Carrera 46 Nº 84-62 Oficina 202 CEL: 3007044895

e-mail: jorgeluis17379@hotmail.com – oficinajuridica114@gmail.com

Barranquilla - Colombia



Jorge Luis Pérez Paz

Magister y Esp. en Derecho Procesal- Esp. en Derecho Laboral, Medicina Laboral, Seguridad Social –
Esp. en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo- Esp. en Derecho Constitucional

10

creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país». (Art. 1º)

Entre los criterios técnicos mínimos para el cumplimiento de resultados en la atención de salud de calidad, la mencionada ley incluyó la prevalencia e incidencia de la morbilidad y mortalidad materna perinatal e infantil; la incidencia de enfermedades de interés en salud pública; la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y de las precursoras de eventos de alto costo; la incidencia de enfermedades prevalente transmisibles e inmunoprevenibles; y el acceso efectivo a los servicios de salud. (Art. 2º)

Esta ley modificó el artículo 153 de la ley 100 de 1993, señalando los principios que orientan el SGSSS, entre los cuales se encuentran el de **igualdad** (garantiza el acceso al servicio de salud a todos los residentes del territorio colombiano, sin discriminación por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños); **prevalencia de derechos** (es obligatorio el cuidado, protección y asistencia en salud a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral); **enfoque diferencial** (reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación); **calidad** (los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada); **prevención** (es el enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y la prestación de los servicios de salud); entre otros. (Ley 1438 de 2011, Art. 3º)

El marco legal que se ha resumido en líneas precedentes consagró un sistema obligatorio de garantía del servicio de salud que comporta un verdadero cambio de paradigma, pues ya no es posible seguir concibiendo la atención en salud como una labor de beneficencia, como ocurrió hasta finales de la década de los 80 del siglo pasado; dado que a partir de la constitucionalización de la salud y la entrada en vigencia del sistema general de seguridad social en salud y del sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud, ésta es un derecho superior de los habitantes del territorio, que se patentiza en los resultados constatables y medibles en el servicio eficaz que reciben los usuarios o destinatarios finales del sistema.

Es cierto que la atención de calidad es una obligación que las entidades y agentes del sistema general de seguridad social en salud tienen que cumplir de manera progresiva. No obstante, la gradualidad no es una mera 'idea regulativa' o un 'principio general no susceptible de aplicación inmediata', ni mucho menos un pretexto para justificar una atención en salud retardada, deficiente, mediocre o rezagada con relación a los avances científicos y tecnológicos, sino que es una

CASTRO & ABOGADOS CONSULTORES

Carrera 46 Nº 84-62 Oficina 202 CEL: 3007044895

e-mail: jorgeluis17379@hotmail.com – oficinajuridica114@gmail.com

Barranquilla - Colombia



Jorge Luis Pérez Paz

Magister y Esp. en Derecho Procesal- Esp. en Derecho Laboral, Medicina Laboral, Seguridad Social –
Esp. en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo- Esp. en Derecho Constitucional

11

característica concreta del SGSSS que se patentiza en el mantenimiento de los criterios de calidad actuales y en el mejoramiento permanente de los estándares existentes de tecnología, administración, operación y trato humano que permiten materializar el mandato constitucional y legal de un servicio de salud de alta calidad que redunde en mejorar las condiciones de vida de la población.

Los estándares de calidad son el conjunto de políticas, reglas, instrucciones y procedimientos establecidos por las entidades que conforman el SGSSS y el SOGC para todas las operaciones principales, tanto administrativas como asistenciales, los cuales sirven de guía o parámetro de acción a los miembros de la organización para desempeñar sus labores con eficacia. La clave del éxito de la calidad del servicio de salud es el mejoramiento constante y en marcha que involucra a todos los componentes del sistema (alta administración, gerentes, coordinadores, médicos, paramédicos y operarios) para desarrollar procesos estandarizados orientados a resultados.

Los parámetros explícitos y concretos de pertinencia clínica se encuentran en las guías de atención del Ministerio de Salud y las distintas entidades territoriales; siendo su acatamiento una obligación legal y no una simple facultad de los agentes prestadores del servicio de salud, quienes tienen que ceñirse a ellas con el fin de brindar un servicio de verdadera calidad conforme a las condiciones personales del usuario, la cultura de seguridad del paciente, la práctica de la medicina basada en la evidencia científica y la atención integral, segura, oportuna y humanizada, tal como lo ordena el artículo 3° de la ley 1438 de 2011.

La cultura de calidad total del servicio de salud y seguridad del paciente tiene repercusiones directas en el derecho de la responsabilidad civil, pues en el entorno del sistema obligatorio de calidad de la atención en salud las demoras en la prestación del servicio; el uso de tecnología obsoleta; la ausencia de tratamientos y medicamentos de utilidad comprobada por la medicina evidencial; la despreocupación por la satisfacción del cliente y la falta de atención de sus necesidades asistenciales; la falta de disciplina en el acatamiento de reglamentos tales como guías, normas técnicas y reglas de diligenciamiento de la historia clínica; la insuficiencia de continuidad e integralidad del servicio; la complacencia frente a malas prácticas y su ocultamiento; y en fin, la carencia de un pensamiento orientado al proceso y desarrollo de estrategias que aseguren un mejoramiento continuo e interminable del servicio de salud que involucre a todas las personas de los distintos niveles de la jerarquía, son circunstancias constitutivas de responsabilidad organizacional por deficiente prestación del servicio cuando lesionan con culpa la integridad personal del paciente; lo que afecta la sostenibilidad económica del sistema por mayores costos de tratamientos de eventos adversos y pagos de indemnizaciones por daños ocasionados a los usuarios.

La inobservancia de los criterios establecidos por el conocimiento científico afianzado u objetivo constituye un indicio de la culpa directa de la organización o de sus agentes particulares cuando tales violaciones están descritas por la evidencia médica como factores de riesgo desencadenantes de los daños sufridos por el usuario. Por su parte, la violación de los reglamentos administrativos expedidos por las entidades que conforman el sistema de salud, lleva implícita la

CASTRO & ABOGADOS CONSULTORES

Carrera 46 N° 84-62 Oficina 202 CEL: 3007044895

e-mail: jorgeluis17379@hotmail.com – oficinajuridica114@gmail.com

Barranquilla - Colombia



Jorge Luis Pérez Paz

Magister y Esp. en Derecho Procesal- Esp. en Derecho Laboral, Medicina Laboral, Seguridad Social –
Esp. en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo- Esp. en Derecho Constitucional

12

culpa cuando entre la infracción y el resultado adverso se logra establecer un juicio de atribución jurídica por violación de los deberes objetivos de cuidado o prudencia en cada contexto específico.

En ese orden, no es posible seguir concibiendo “la obligación de medios” del promotor o prestador del servicio de salud desde una óptica presistémica caracterizada por la relación personal entre el paciente y su médico de confianza, propia de la medicina anterior a la década del 90 de la pasada centuria, en la que se exigía al médico hacer “todo lo que estuviera a su alcance” según una *lex artis* difusa, insuficiente, poco objetiva e influida por una «cultura de la solidaridad innoble, del ocultismo, de los silencios cómplices, del mal entendido “compañerismo”, del “hoy por ti y mañana por mí».¹

En el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del SGSSS, la *lex artis ad hoc* es un concepto concreto, medible, transparente y constatable a la luz de los dictados de la medicina evidencial, que no sólo es bien intencionada sino que además está bien orientada, documentada y experimentada. De manera que ese es el parámetro objetivo que han de seguir los jueces para valorar las pruebas que dan cuenta de la conducta (activa u omisiva) de los agentes prestadores del servicio de salud, a fin de poder determinar la presencia de los elementos que permiten atribuir responsabilidad civil, o descartarlos si no hay prueba de ellos en el proceso.

Según la literatura médica especializada, la práctica de la medicina basada en la evidencia es «el uso consciente, explícito y prudente de la mejor evidencia actual para tomar decisiones en la atención de pacientes individuales. (...) El “uso de la conciencia” requiere la aplicación consistente de la evidencia cuando lo indiquen las circunstancias individuales y el “uso prudente” exige la integración de la experiencia clínica y la evidencia para equilibrar los riesgos y los beneficios de las pruebas y tratamientos para el individuo, de acuerdo con su circunstancia y preferencias personales. Por definición, la medicina basada en la evidencia se practica cuando se integran la experiencia clínica y la mejor evidencia disponible de una búsqueda sistemática en la bibliografía relevante».

La *lex artis* médica, en suma, son los estándares de la medicina con base en la evidencia, la cual resta importancia a la intuición, la aplicación irracional de lineamientos, la experiencia clínica no sistemática y la justificación fisiopatológica (ojo clínico) como bases suficientes para tomar decisiones médicas, dando mayor valor a los resultados de los exámenes sustentados en la investigación científica

La medicina basada en pruebas científicas no debe entenderse como un desprecio de la experiencia clínica y la fisiopatología, pues «los buenos médicos utilizan tanto la experiencia clínica individual como la mejor prueba externa disponible, ninguna de las dos suficiente por sí misma. Sin experiencia clínica la práctica se arriesga a quedar tiranizada por la evidencia, ya que incluso la evidencia externa excelente sería inaplicable o inapropiada para un paciente individual. Sin la

En el caso que nos atañe tenemos que en la atención medico integral recibida

¹ Gustavo LÓPEZ-MUÑOZ Y LARRAZ. El error sanitario. Madrid, 2003. p. 213.



Jorge Luis Pérez Paz

Magister y Esp. en Derecho Procesal- Esp. en Derecho Laboral, Medicina Laboral, Seguridad Social –
Esp. en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo- Esp. en Derecho Constitucional

13

por el menor SEBASTIAN PALACIOS ZAPATA en la clínica General del norte, por parte de esta entidad se violaron todos los principios y normas relativos a la garantía de calidad de los servicios de salud, en beneficio de los usuarios del sistema, además de ello se cometieron fallas humanas y administrativas que le costaron la vida al menor SEBASTIAN PALACIOS tal es el caso de la inadecuada reacción del personal médico al momento de activar los protocolos de código azul los cuales no cumplió por ser estos de carácter universal conforme los establece la literatura médica avanzada, no existe un adecuado manejo a la práctica médica como tal. Ahora bien, por otro lado se cometieron fallas medicas asistenciales que van desde un inadecuado manejo clínico hasta el error en formulación de medicamentos que empeoraron las condiciones clínicas del paciente.

Los protocolos prácticos basados en la evidencia están disponibles para guiar las decisiones clínicas. Las etapas y lineamientos para su diseño son definidos por instituciones y organizaciones de gran prestigio internacional. «*La intención general de los lineamientos para la práctica es informar las decisiones médicas y disminuir las variaciones en la atención por medio de la influencia sistemática sobre las decisiones clínicas*».2

Las guías, manuales y normas técnicas del Ministerio de Salud y las entidades territoriales son reglamentaciones acerca de la atención que debe brindarse a los pacientes para lograr los estándares exigidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC), cuya violación lleva implícita la culpa siempre que su inobservancia tenga una correlación jurídica con el evento lesivo.3

El cumplimiento de los parámetros exigidos por la *lex artis medicorum* otorga significado a la noción de “*buen técnico o profesional de la medicina*”, pues ésta sin aquella es un concepto vago, impreciso e imposible de ser tomado como patrón objetivo para la determinación de la culpa médica. La expresión “buen técnico o profesional de la medicina” sólo adquiere sentido cuando se contrasta con los criterios aportados por el conocimiento científico afianzado, porque de lo contrario se estaría admitiendo como patrón de prudencia o buena praxis médica un comportamiento no profesional basado en la intuición, la mera costumbre, la aplicación irracional de lineamientos, la experiencia no sistemática y el diagnóstico con base en el “ojo clínico”, más cercanos a las prácticas mágicas o supersticiosas que a la medicina fundamentada en la evidencia científica.

Otras de las fallas se basa en hechos derivados que el menor Sebastián palacios fue trasladado de la UCI pediátrica a piso cuando sus signos vitales requerían de una atención constante derivado de sus patologías, adicional a esto se encontraba con una frecuencia cardiaca por encima de lo establecido en la literatura médica esto es 200/220, sin embargo, no se tomaron los correctivos médicos necesarios que permitieran normalizar su frecuencia cardiaca, aunado a esta falla se suma que le fue formulado y aplicado salbutamol en 2 Puff cuando la literatura médica enseña como contraindicaciones a este medicamento que el mismo acelera el ritmo cardiaco y que produce taquicardia lo que lo llevo a una

2 Ibid, p. 1119.

3 SC 13925 del 30 de septiembre de 2016. Rad. 2005-00174-01.



Jorge Luis Pérez Paz

Magister y Esp. en Derecho Procesal- Esp. en Derecho Laboral, Medicina Laboral, Seguridad Social –
Esp. en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo- Esp. en Derecho Constitucional

14

parada cardio respiratoria, especialmente el A quo no tuvo en cuenta conforme a los registros de historia clínica que los mismos fueron seguidos y no hay registro que indicara el aumento del riesgo a cambio de mejora de su frecuencia respiratoria en afectación a su frecuencia cardiaca.

Dentro de las muchas pruebas que se dejaron de valorar se encuentran tachones enmendaduras, incongruencias programas de seguridad del paciente en su mayoría en fechas posteriores al evento del menor Sebastián palacios.

Con los anteriores argumentos, sustento el recurso de alzada, ampliado los argumentos expuestos en el escrito del recurso de apelación y en consecuencia solicito al Honorable Tribunal Contencioso Administrativo de Cundinamarca proceda a REVOCAR TOTALMENTE la sentencia y en su lugar proceda a condenar a la entidad demandada a la reparación plena e integral de perjuicios materiales, morales y salud, en general las demás peticiones descritas en el escrito de demanda.

Del Honorable Magistrado, Cortésmente

JORGE LUIS PEREZ PAZ
C.C. N° 1.083.455.698 Expedida en Ciénaga (Mag.)
T.P. N° 187.253 del Consejo Sup. de la Judicatura