

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior  
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

Santiago de Cali, lunes, 25 de julio de 2022

Expediente: 76001-33-31-015-2011-00239-00  
Acción: Reparación directa  
Demandante: Francis Cuero Cardona y otros  
Demandado: Hospital San Vicente de Paul ESE y otros.

**SENTENCIA.**

**OBJETO DE LA DECISION**

No existiendo causal de nulidad que afecte la validez de lo actuado dentro de este proceso, procede el **JUZGADO DIECINUEVE ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE SANTIAGO DE CALI**, de conformidad con el artículo 170 del C.C.A., subrogado por el D.E. 2304/89, artículo 38, a proferir la correspondiente sentencia en primera instancia en el asunto de la referencia.

**I. ANTECEDENTES**

**1.1. La demanda**

**1.1.1. Pretensiones**

Las señoras Diana Fernanda Mina Cardona, Ruth Venecia Cardona Velasco, Francis Cuero Cardona y María Alexandra Cuero Cardona formularon demanda de reparación directa contra el Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE, el Hospital San Vicente de Paul ESE, ambos de la ciudad de Palmira y el Hospital Universitario del Valle, para que se les declare administrativamente responsables por los perjuicios morales, materiales y daño a la vida de relación causados a las demandantes con ocasión del fallecimiento de la menor Ángela Patricia Cifuentes Mina (hija de Diana Fernanda Mina Cardona), en hechos acaecidos el 06 de enero de 2010.

Que como consecuencia de lo anterior se proceda a condenar a las demandadas por los perjuicios morales, materiales y daño a la vida de relación referenciados a folios 38 a 39 del Cdno. Ppal.

**1.1.2. Hechos**

Como fundamentos fácticos de las pretensiones se narraron los siguientes<sup>1</sup>:

El 02 de enero de 2010, la menor Ángela Patricia Cifuentes Mina presentaba tos persistente (de 8 días más o menos), fiebre alta y dolor de cabeza, siendo llevada por su señora madre al servicio de urgencias del Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE de la ciudad de Palmira, donde se le diagnosticó laringitis, formulándosele acetaminofén de 500 mg y amoxicilina de 500 mg, recomendando llevarla por consulta externa el día 04 de enero.

---

<sup>1</sup> Folios 40 a 42 del C.P.

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

El 04 de enero de 2010, en horas de la madrugada, la menor presentó fiebre alta, dolor de cabeza, tos y dolor de estómago, por lo que su progenitora decidió consultar con médico particular, donde se le tomó un hemograma y un parcial de orina, determinándose por el galeno de los resultados habían salido bien, concluyéndose que la paciente presentaba una virosis.

Que, en horas de la noche del mismo 04 de enero, la fiebre cede, pero presentó vómito, por lo que su madre decidió llevar a la niña al Hospital San Vicente de Paul ESE, de la ciudad de Palmira, donde se les indicó que la paciente presentaba una virosis, tomando como base los exámenes realizados por el médico particular en horas de la mañana, orneándose entonces el suministro de medicamentos, dando de alta a la menor.

El 05 de enero de 2010 persisten los síntomas de la niña, aunado a que la madre observa pintas cafés y sangre en el vómito, por lo que sus padres la trasladan al Hospital San Vicente de Paul ESE, no obstante, la menor no permitió la valoración por parte del galeno de urgencias, por lo que no la examinó, señalando que el problema parecía ser de garganta, que regresaran al día siguiente por consulta externa, sin prescribir estudios de ninguna naturaleza.

Por lo anterior, la señora Mina Cardina llevó a su hija al servicio de urgencias del Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE, de la ciudad de Palmira y el médico que la atiende ordenó tomarle un hemograma, examen de orina, le colocan suero e inyectan ranitidina; una vez obtenido el resultado del hemograma se le repite para confirmar.

Entre la noche del 05 y la madrugada del 06 de enero de 2010, se obtienen los resultados de las pruebas y el galeno le informó a la madre que la menor tiene las plaquetas en 27.000, significando el diagnóstico de dengue, por lo que debía remitirla a Cali, pero que Emssanar debía autorizar la remisión. Ante de ello, se le toma a la paciente un Rx de tórax en el Hospital San Vicente de Paul ESE, y según la madre, escucha decir a una enfermera que la menor tenía un trombo en el pulmón derecho.

Aproximadamente a las 3 am del 06 de enero de 2010 es trasladada al Hospital Universitario del Valle, ingresando a las 3:55 am con diagnóstico de dengue hemorrágico y solo hasta las 06:30 am de ese mismo día fue valorada por médico pediatra; a las 07:30 am presenta paro cardiorrespiratorio, iniciándose maniobras de reanimación, sale de este, pero vuelve a entrar en paro, se realizan, otra vez, maniobras de rehabilitación, pero finalmente fallece, observándose en el dictamen de autopsia que la causa del deceso fue dengue hemorrágico.

Para las demandantes, lo narrado representa una deficiencia en la prestación del servicio médico, siendo la causa en el deterioro del estado de salud de la menor el que provocó su deceso por dengue hemorrágico.

## 1.2. Trámite procesal

La demanda fue radicada el 13 de julio de 2011, correspondiéndole por reparto al Juzgado Quince Administrativo del Circuito de Cali, así se observa en el acta individual de reparto visible a folio 45.

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

Mediante auto No. 019 del 16 de enero de 2012 (Folios 56 a 57 del cdno. ppal.), el referido despacho admitió la demanda, ordenó la notificación a las entidades demandadas, al Ministerio Público y fijar en lista el proceso en los términos indicados por el artículo 58 de la Ley 446 de 1998, que modificó el numeral 5 del artículo 207 del C.C.A.

Este asunto fue remitido al Juzgado Sexto Administrativo de Descongestión de Cali (Fl. 64); posteriormente enviado al Juzgado Segundo Administrativo de Descongestión de Cali y finalmente conocido por este Despacho, el que avocó el conocimiento del proceso a través de la providencia del 20 de enero de 2016 (Fl. 381 del cdno. ppal.).

### **1.3. Contestación de la demanda**

#### **1.3.1. Hospital San Vicente de Paul de Palmira ESE<sup>2</sup>**

Se opuso a las pretensiones de la demanda por no estar probadas y solicitó que se declare que la entidad no es responsable de la muerte de la menor Ángela Patricia Cifuentes Mina por falla en el servicio.

Formuló la excepción de inexistencia de responsabilidad por falla en el servicio en la muerte de la menor Ángela Patricia Cifuentes Mina.

#### **1.3.2. Hospital Raúl Orejuela Buena ESE<sup>3</sup>**

Se resistió a las súplicas del libelo introductorio y señaló que el Hospital Raúl Orejuela Bueno de la ciudad de Palmira atendió en debida forma a la menor Ángela Patricia Cifuentes Mina.

Indica que la atención se brindó en un tiempo relativamente corto, que los resultados de los exámenes clínicos se entregaron a tiempo, los que no demostraban una patología riesgosa para la paciente.

Que cuando se encontró en el hemograma del 05 de enero de 2010 la baja de plaquetas, actuó de conformidad con los protocolos, solicitó autorización de traslado a la EPS, llamó al CRUE y entregó a la menor estable al segundo nivel de complejidad.

#### **1.3.3. Hospital Universitario del Valle<sup>4</sup>**

A través de apoderada judicial la entidad demandada pidió se denieguen las súplicas de la demanda, en atención a que la entidad, a través de su recurso humano, actuó conforme a la necesidad de la urgencia que presentaba la paciente, procediendo acorde con los protocolos médicos establecidos.

Indicó que corresponde a la parte actora probar todos los componentes de la responsabilidad de Estado, lo que no se evidencia en el asunto bajo estudio, pues el HUV actuó de conformidad con la lex artis para el momento de los hechos.

---

<sup>2</sup> Folios 121 a 123 del cuaderno principal.

<sup>3</sup> Folios 140 a 144 del cuaderno principal.

<sup>4</sup> Folios 152 a 163 del cuaderno principal.

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

Como excepciones propuso las que denominó inexistencia de la falla en el servicio médico y de diligencia y cuidado.

De igual forma, formuló llamamiento en garantía a La Previsora S.A. Compañía de Seguros<sup>5</sup>, el que fue aceptado mediante auto No. 187 del 15 de abril de 2013<sup>6</sup>.

#### **1.3.4. Llamamiento en garantía**

##### **La Previsora S.A. Compañía de Seguros<sup>7</sup>**

Igualmente se opone a las pretensiones de la demanda en contra del Hospital Universitario del Valle, argumentando que cuando la menor ingresó a esa casa de salud, fue atendida, diagnosticada y manejada de manera inmediata, conforme a la lex artis y con sujeción al protocolo del Ministerio de la Protección Social para los casos de dengue y choque por dengue, por lo que no se estructura la responsabilidad endilgada por la parte actora.

En cuanto a las excepciones, se adhirió a las formuladas por el HUV y propuso las de inexistencia de responsabilidad y/u obligación alguna a cargo del hospital universitario del valle, tratamiento adecuado, diligente, cuidadoso, carente de culpa y realizado conforme a los protocolos, inexistencia de relación de causalidad entre el daño o perjuicio alegado por la parte actora y la actuación del Hospital Universitario del Valle, carencia de prueba del supuesto perjuicio, enriquecimiento sin causa y la genérica o innominada.

Lo que tiene que ver con el llamamiento en garantía, indicó que se opone a la prosperidad de las pretensiones, en la medida en que excedan los límites y coberturas acordadas y/o desconozcan las condiciones particulares y generales de la póliza y las disposiciones que regulan el contrato de seguro, así como también si exceden el ámbito del amparo otorgado o no se demuestra la realización del riesgo asegurado o se comprueba una causal de exclusión.

Al respecto formuló las de inexistencia de cobertura y consecuentemente, de obligación, límites máximos de responsabilidad, condiciones del seguro y disponibilidad del valor asegurado, límite temporal de la cobertura, inexistencia de cobertura para perjuicios por lucro cesante, por cuenta de las pólizas de responsabilidad civil, exclusiones de amparo y la genérica.

#### **1.4. Alegatos de conclusión**

Por providencia del 19 de octubre de 2017 se dio la oportunidad a las partes para que alegaran de conclusión (Fl. 412 del cdno. ppal.), de la cual hicieron uso la llamada en garantía<sup>8</sup> y el Municipio de Palmira en condición de sucesor procesal del Hospital San Vicente de Paul ESE Liquidado<sup>9</sup>.

---

<sup>5</sup> Folios 1 a 3 del cuaderno no. 2 de llamamiento en garantía

<sup>6</sup> Folios 15 a 16 del cuaderno no. 2 de llamamiento en garantía

<sup>7</sup> Folios 27 al 57 del cuaderno no. 2 de llamamiento en garantía

<sup>8</sup> Folios 413 a 420 del cuaderno principal

<sup>9</sup> Folios 421 a 423 del cuaderno principal

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



*Consejo Superior  
de la Judicatura*

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

Como se encuentran acreditados los presupuestos de validez (no causales de nulidad) y eficacia (no causales para la inhibición) del proceso, se procede a emitir sentencia de mérito, previa las siguientes,

## **II. CONSIDERACIONES**

### **2.1. Competencia**

Debido al territorio, la cuantía y la naturaleza de las pretensiones, este Despacho es competente para conocer del presente asunto.

### **2.2. De las excepciones**

En cuanto a las excepciones formuladas tanto por las accionadas como por la llamada en garantía, debe decirse que como son una oposición directa a la pretensión principal serán resueltas conjuntamente con aquella.

En lo que corresponde a las formuladas contra el llamamiento en garantía, serán analizadas en el evento en que resulte condenada la convocante.

Por lo anterior, no hay lugar a dar por acreditada ninguna excepción en este estado del proceso.

Dilucidado lo precedente, se estudiará el asunto.

### **2.3. La legitimación en la causa**

#### **2.3.1. Activa:**

El Despacho observa que se ha demostrado debidamente la legitimación respecto de la parte demandante, mediante la aportación de las historias clínicas y los registros civiles de origen notarial, lo cual se hizo de la siguiente forma:

- En el historial médico de la atención brindada a la menor Ángela Patricia Cifuentes Mina abierto en el Hospital San Vicente de Paul ESE, en el Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE y en el Hospital Universitario del Valle, se advierte que esta fue la víctima directa y cuya atención médica se acusa fallida (Folios 8 a 31 del cdno. ppal.).

-La señora Diana Fernanda Mina Cardona acreditó su condición de madre de la menor Ángela Patricia Cifuentes Mina, con copia auténtica del registro civil de nacimiento de esta última, visible a folio 3 del cuaderno principal.

-Del registro civil de nacimiento de la señora Diana Patricia Mina Cardona, se demuestra que es hija de la señora Ruth Venicia Cardona Velasco y esta, a su vez es la abuela de la víctima directa. (Folio 5 cdno. ppal.).

-De los registros civiles de nacimiento de Francis Cuero Cardona y María Alexandra Cuero Cardona se comprueba que son hermanas de Diana Patricia Mina Cardona y tías de la menor Ángela Patricia Cifuentes Mina. (Folios 6 a 7 del cdno. ppal.).

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior  
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

2.3.2. Pasiva:

Las entidades accionadas, Hospital San Vicente de Paul ESE hoy liquidado, Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE y Hospital Universitario del Valle se encuentran legitimadas de hecho en la causa por pasiva por ser instituciones prestadoras y promotoras del servicio de salud, brindado a la menor Ángela Patricia Cifuentes Mina al momento de los hechos.

De igual forma, el Municipio de Palmira se encuentra legitimado en la causa para acudir en el extremo pasivo en la presente litis en su condición de sucesor procesal del Hospital San Vicente de Paul ESE Liquidado, en aplicación de lo establecido en los artículos 45 de Decreto 218 del 30 de octubre de 2013 *“Por el cual se suprime la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paúl, del orden municipal y se ordena su liquidación”*<sup>10</sup>, 68 y 70 del Código General del Proceso<sup>11</sup>.

La legitimación material en la causa se analizará conjuntamente con las pruebas arrojadas al proceso.

**2.4. El problema jurídico a resolver**

En este asunto se debe resolver el siguiente interrogante jurídico:

*¿Se materializó o no un evento en el que exista responsabilidad administrativa y patrimonial de las entidades demandadas por la muerte de la menor Ángela Patricia Cifuentes Mina, ocurrida el día 06 de enero de 2010, al habersele prestado el servicio de salud de manera deficiente que conllevó al deterioro de su estado médico provocándose su deceso por dengue hemorrágico, o por el contrario, dichas instituciones actuaron conforme los protocolos de atención establecidos para esos eventos?*

Ahora bien, con el propósito de solucionar la cuestión precedente, en caso afirmativo, se considera necesario también abordar el siguiente problema jurídico subordinado:

---

<sup>10</sup> “Artículo 45. CESIÓN DE CONTRATOS: Si finalizado el proceso liquidatorio existieran contratos de depuración contable, cobro de cartera, defensa judicial y todos aquellos que fueran suscritos por el liquidador en desarrollo del proceso, que no se encuentren finalizados, serán cedidos al Municipio de Palmira con los respectivos recursos para su administración y liquidación”

<sup>11</sup> “Artículo 68. SUCESIÓN PROCESAL. Fallecido un litigante o declarado ausente, el proceso continuará con el cónyuge, el albacea con tenencia de bienes, los herederos o el correspondiente curador.

Si en el curso del proceso sobreviene la extinción, fusión o escisión de alguna persona jurídica que figure como parte, los sucesores en el derecho debatido podrán comparecer para que se les reconozca tal carácter. En todo caso la sentencia producirá efectos respecto de ellos aunque no concurren.

El adquirente a cualquier título de la cosa o del derecho litigioso podrá intervenir como litisconsorte del anterior titular. También podrá sustituirlo en el proceso, siempre que la parte contraria lo acepte expresamente.

Las controversias que se susciten con ocasión del ejercicio del derecho consagrado en el artículo 1971 del Código Civil se decidirán como incidente.

(...)

Artículo 70. IRREVERSIBILIDAD DEL PROCESO. Los intervinientes y sucesores de que trata este código tomarán el proceso en el estado en que se halle en el momento de su intervención”.

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior  
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

*¿Se encuentra obligada la llamada en garantía a asumir la reparación del perjuicio o el reembolso de las sumas limitadas en la póliza de seguro y cuyo pago se ordene, si es el caso, en esta providencia?*

Para resolver los problemas jurídicos referenciados, se estima que debe precisarse el régimen de responsabilidad aplicable a las circunstancias del caso concreto, para luego, atendiendo la valoración de los elementos de convicción que obran en el plenario, resolver el fondo de la controversia.

## 2.5. Régimen de responsabilidad estatal aplicable

Desde hace algunos años el Consejo de Estado ha manifestado que la responsabilidad patrimonial del Estado por la prestación de los servicios médicos – asistenciales se enmarca en el régimen subjetivo, bajo el título de imputación clásico de falla del servicio<sup>12</sup>.

Sobre la responsabilidad por falla médica y la prueba de la relación causal entre el daño y la falla ha manifestado la Alta Corporación<sup>13</sup>:

*“(...) Actualmente, la jurisprudencia aplica la regla general que señala que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el proceso todos los elementos que la configuran, esto es, el daño, la actividad médica y el nexo de causalidad entre ésta y aquel, sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indiciaria. Prueba indiciaria que pueda construirse con fundamento en las demás pruebas que obren en el proceso, en especial para la demostración del nexo causal entre la actividad médica y el daño. Se acoge dicho criterio porque además de ajustarse a la normatividad vigente (art. 90 de la Constitución y 177 del Código de Procedimiento Civil), resulta más equitativa. ... la prueba indiciaria, que en esta materia es sumamente relevante, con la historia clínica y los indicios que pueden construirse de la renuencia de la entidad a aportarla o de sus deficiencias y con los dictámenes que rindan las entidades oficiales que no representan costos para las partes. ... En materia médica, para que pueda predicarse la existencia de una falla, la Sala ha precisado que es necesario que se demuestre que la atención no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance (...)”*

## 2.6. Acervo probatorio allegado a la actuación

---

<sup>12</sup> Al respecto, se puede consultar, entre otras, las sentencias de 31 de agosto 31 de 2006, expediente 15772, C.P. Ruth Stella Correa; sentencia de 3 de octubre de 2007, expediente 16402, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; sentencia de 28 de febrero de 2011, expediente 18515, C.P. Stella Conto Díaz del Castillo; y la sentencia de 28 de abril de 2011, expediente 20027, C.P. Danilo Rojas Betancourt

<sup>13</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B. Sentencia de 30 de octubre de 2013. Expediente con radicación 66000-23-31-000-1998-00181-01 (24985). C.P Dr. Danilo Rojas Betancourt.

Ver también la sentencia Sala de lo Contencioso Administrativo-Sección Tercera-C.P. María Adriana Marín, sentencia del ocho (8) de noviembre de dos mil veintiuno (2021), Radicación número: 18001-23-31-000-2006-00364-01(46258)

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior  
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

El expediente consta de 3 cuadernos a saber: el cuaderno principal (Folios 1 a 346 C. 1), el cuaderno de pruebas (Folios 1 a 51), y uno de llamamiento en garantía (Folios 1 a 58 C. 2).

Documentales:

- Registro civil de defunción con indicativo serial No. 06862210 de la Notaría 23 del Círculo de Cali, referente al fallecimiento de la menor Ángela Patricia Cifuentes Mina ocurrida el 06 de enero de 2010. (Folio 4 del Cdno. Ppal.).
- Antecedentes clínicos registrados en el Hospital San Vicente de Paul ESE, en el Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE, ambos de la ciudad de Palmira y en el Hospital Universitario del Valle, en las cuales se relaciona la atención médica brindada a la menor Ángela Patricia Cifuentes Mina los días 02, 04, 05 y 06 de enero de 2010 (Folios 08 a 31, 127 a 139, 164 a 185 y 354 a 366 del cdno. ppal. y 1 a 68 del cuaderno de pruebas).

Testimoniales

- En audiencia de pruebas celebrada el día 03 de marzo de 2015, el Despacho recibió como testigo al médico pediatra del Hospital Universitario del Valle, Dr. Diego Fernando Barragán (Folios 325 a 327 del Cdno. Ppal.)

Dictamen pericial

Obra en el expediente el informe pericial de clínica forense No. GRCOPPF-DRSOCCDTE-04925-2017, de fecha 10 de abril de 2017, emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en el cual se absolvieron los cuestionamientos planteados por la parte actora en el escrito de demanda (Fls. 399 a 404 del cdno. ppal.).

El anterior dictamen fue objetado por error grave por la parte demandante, según escrito visible a folios 406 a 408 del cuaderno principal y, mediante providencia del 02 de agosto de 2016, se dispuso que la objeción sería resuelta en la sentencia (fl. 411 del cdno. ppal.).

**2.6.1. Dictamen pericial y objeción por error grave**

Antes de estudiar el fondo del asunto, esta Instancia se pronunciará sobre la objeción por error grave formulada por la parte actora respecto del Informe Pericial de Clínica Forense emanado del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Observa el Despacho que, en el Literal C., del acápite de Pruebas del escrito de la demanda, la demandante solicitó la práctica de la siguiente prueba pericial:

*C. DICTAMEN PERICIAL POR MEDICINA LEGAL*

*Una vez se allegue por parte de las entidades convocadas las historias clínicas, solicito se remita copias de las mismas y de la demanda al Instituto de Medicina Legal para que se analice la misma y se determine si el procedimiento agostado por cada una de las entidades fue el adecuado para el manejo, diagnóstico y tratamiento de la patología de la niña ANGELA PATRICIA. Si una oportuna, adecuada atención y diagnóstico, hubiese dado oportunidad a la niña para seguir viviendo o si por el contrario los padecidos por aquella necesariamente*

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

*conducía a la muerte”.*

La anterior prueba fue decretada por auto No. 512 del 13 de septiembre de 2013<sup>14</sup> y el dictamen fue presentado mediante informe pericial visible a folios 399 a 404 del cuaderno principal<sup>15</sup>.

Dentro del término de traslado (art. 238 del Código de Procedimiento Civil), la parte accionante lo objetó por error grave argumentando que el retraso en la toma de las muestras de sangre recomendados por la lex artis fueron determinantes para la realización de un diagnóstico correcto y con oportunidad de brindarle a la paciente el tratamiento médico acorde con el estado de salud que les hubiera permitido salvar su vida; señala, además, que existe un error en la conclusión de los hechos identificados por el perito, los que considera que son contradictorios y sin sustento, pues indica que a pesar del incumplimiento en la lex artis, ello no incidió en el deceso de la menor.

De la objeción al dictamen formulada se dió traslado<sup>16</sup>, empero, el término feneció en silencio.

En lo relacionado con la contradicción del dictamen, el artículo 238 del Código de Procedimiento Civil, aplicable por remisión del Código Contencioso Administrativo, señalaba:

*“Para la contradicción de la pericia se procederá así:*

- 1. Del dictamen se correrá traslado a las partes por tres días durante los cuales podrán pedir que se complemente o aclare, u objetarlo por error grave.*
- 2. Si lo considera procedente, el juez accederá a la solicitud de aclaración o adición del dictamen, y fijará a los peritos un término prudencial para ello, que no podrá exceder de diez días.*
- 3. Si durante el traslado se pide complementación o aclaración del dictamen, y además se le objeta, no se dará curso a la objeción sino después de producidas aquéllas, si fueren ordenadas.*
- 4. De la aclaración o complementación se dará traslado a las partes por tres días, durante los cuales podrán objetar el dictamen, por error grave que haya sido determinante de las conclusiones a que hubieren llegado los peritos o porque el error se haya originado en éstas.*
- 5. En el escrito de objeción se precisará el error y se pedirán las pruebas para demostrarlo. De aquél se dará traslado a las demás partes en la forma indicada en el artículo 108, por tres días, dentro de los cuales podrán éstas pedir pruebas. El juez decretará las que considere necesarias para resolver sobre la existencia del error, y concederá el término de diez días para practicarlas. El dictamen rendido como prueba de las objeciones no es objetable, pero dentro del término del traslado las partes podrán pedir que se complemente o aclare.*
- 6. La objeción se decidirá en la sentencia o en el auto que resuelva el incidente dentro del cual se practicó el dictamen, salvo que la ley disponga otra cosa; el juez podrá acoger como definitivo el practicado para probar la objeción o decretar de oficio uno nuevo con distintos peritos, que será inobjetable, pero del cual se dará traslado para que las partes puedan pedir que se complemente o aclare.*
- 7. Las partes podrán asesorarse de expertos, cuyos informes serán tenidos en cuenta por el juez, como alegaciones de ellas.*

---

<sup>14</sup> Folios 186 a 189 del cdno. ppal.

<sup>15</sup> Informe Pericial de Clínica Forense No. GRCOPPF-DRSOCCDTE-04925-2017, de fecha 10 de abril de 2017

<sup>16</sup> Traslado No. 012 (Fl. 409 cdno ppal.)

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

Adicionalmente, el artículo 241 de la misma obra jurídica, destaca:

**“Al apreciar el dictamen se tendrá en cuenta la firmeza, precisión y calidad de sus fundamentos, la competencia de los peritos y los demás elementos probatorios que obren en el proceso.**

*Si se hubiere practicado un segundo dictamen, éste no sustituirá al primero pero se estimará conjuntamente con él, excepto cuando prospere objeción por error grave” (Se subraya).*

Sobre el tema de la objeción del dictamen pericial por error grave, el Consejo de Estado ha sostenido<sup>17</sup>:

*Cuando la contradicción se ejerza mediante la objeción por error grave, deben cumplirse los requisitos del numeral 5º del referido artículo 238, relacionadas con el deber de precisar el error y de solicitar las pruebas que se consideren necesarias para demostrarlo.*

*Sobre el concepto de error grave, la Sección Primera del Consejo de Estado se pronunció en sentencia de 26 de noviembre de 2009 indicando que:*

*“[...] Resulta pertinente precisar que para que se configure el “error grave”, en el dictamen pericial, se requiere de la existencia de una equivocación en materia grave por parte de los peritos, una falla que tenga entidad suficiente para llevarlos a conclusiones igualmente equivocadas, tal y como lo exigen los numerales 4 y 5 del artículo 238 CPC.*

*La Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia ha precisado, respecto de la objeción por error grave contra el dictamen pericial y sus especiales condiciones, lo siguiente:*

*“(...) si se objeta un dictamen por error grave, los correspondientes reparos deben poner al descubierto que el peritazgo tiene bases equivocadas de tal entidad o magnitud que imponen como consecuencia necesaria la repetición de la diligencia con intervención de otros peritos...” pues lo que caracteriza desaciertos de ese linaje y permite diferenciarlos de otros defectos imputables a un peritaje, “...es el hecho de cambiar las cualidades propias del objeto examinado, o sus atributos, por otras que no tiene; o tomar como objeto de observación y estudio una cosa fundamentalmente distinta de la que es materia del dictamen, pues apreciando equivocadamente el objeto, necesariamente serán erróneos los conceptos que se den y falsas las conclusiones que de ellos se deriven [...]”*

*En efecto, para que prospere la objeción del dictamen pericial por error grave se requiere la existencia de una equivocación de tal gravedad o una falla que tenga entidad de conducir a conclusiones igualmente equivocadas. Así mismo, se ha dicho que éste se contrapone a la verdad, es decir, cuando se presenta una inexactitud de identidad entre la realidad del objeto sobre el que se rinda el dictamen y la representación mental que de él haga el perito. Sin embargo, se aclara que no constituirán error grave en estos términos, las conclusiones o inferencias a que lleguen los peritos, que bien pueden adolecer de otros defectos.*

**En otros términos, la objeción por error grave debe referirse al objeto de la peritación, y no a la conclusión de los peritos.**

(...)

---

<sup>17</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Quinta, Consejera ponente: Rocío Araújo Oñate, Bogotá, D.C.; diecisiete (17) de mayo de dos mil dieciocho (2018) radicación número: 15001-23-31-000-2006-01363-01.

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior  
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

**Con base en los antecedentes jurisprudenciales expuestos, la Sala precisa que el error grave procede, entonces, en aquellos eventos en los cuales el dictamen incurra en ostensibles yerros entre lo que era su objeto y lo realmente estudiado, de lo que se sigue que el perito ha ido en contra de la naturaleza o la esencia del objeto de prueba, contraponiéndolo con la realidad.**

**Por lo tanto, el error debe presentarse en el proceso de elaboración de la prueba y no en las conclusiones de la misma, pues estas últimas son resultado del proceso de confección de la experticia, por lo cual es la alteración de la realidad en el mismo lo que conduce a una equivocación que devenga en conclusiones equivocadas**.  
(Se resalta).

Al respecto, debe indicarse que, de acuerdo con la normatividad y la jurisprudencia traída a colación, no se avizora que el Informe Pericial de Clínica Forense No. GRCOPPF-DRSOCCDTE-4925-2017, emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses adolezca de errores ostensibles que conlleven a determinar la prosperidad de la objeción planteada por la parte actora, por cuanto para la elaboración de la prueba se tuvo en cuenta por parte del perito las historias clínicas emanadas de los hospitales San Vicente de Paul ESE, Raúl Orejuela Bueno ESE y Universitario del Valle, en las que se evidencia la atención suministrada a la menor Ángela Patricia Cifuentes Mina que le permitieron concluir si, en este caso particular, las entidades de salud dieron o no aplicación a la *lex artis* para los casos de sospecha de infección por el virus del dengue y si ello incidió en las complicaciones de salud de la paciente que derivó en su sensible fallecimiento.

Por ello, la objeción del dictamen por error grave formulada por la parte actora no prosperará y en su lugar se valorará el dictamen allegado al asunto, en conjunto con los demás medios de convicción que componen el expediente, en aplicación de lo establecido en el artículo 241 del Código de Procedimiento Civil transcrito en otro acápite de este proveído.

## **2.7. Fondo de la controversia**

### **2.7.1 La prueba del daño<sup>18</sup>**

Al respecto, la parte actora lo derivó de la muerte de la menor Ángela Patricia Cifuentes Mina, cuando su madre la llevó los días 02, 04, 05 y 06 de enero de 2010 al servicio de urgencias de los hospitales San Vicente de Paul ESE y Raúl Orejuela Bueno ESE, ambos de la ciudad de Palmira y remitida posteriormente al Hospital Universitario del Valle de la ciudad de Cali, hecho que se halla debidamente probado de conformidad con los elementos de convicción aportados al expediente.

De la atención brindada por el Hospital San Vicente de Paul ESE de la ciudad de Palmira, se destaca<sup>19</sup>:

---

<sup>18</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección C. Sentencia del 6 de marzo de 2012. C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa. Rad. 66001-23-31-000-2001-00098-01(24884). – Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera–Subsección B -Consejero Ponente: RAMIRO PAZOS GUERRERO veintinueve (29) de mayo de dos mil catorce (2014)-Radicación número: 05001-23-31-000-2000-4596-01 (29882).

<sup>19</sup> Folios 16 y 17 del cdno. ppal.

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior  
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

"04/01/2010 19:01

Enfermedad actual: 8 días de malestar general, tos húmeda y desde hace 3 días fiebre + cefalea.

Antecedentes y Revisión Sistemas: Trae laboratorios (particulares)

CH leucos 5000 N=79 Lf=19 Plaq= 378.000. Pde= Normal.

Examen Físico: F.C. 80 F.R. 22 T° 37 PESO 19Kg.

Estado de conciencia: alerta.

Eritema y congestión gral garganta

RsPs OK

Abdomen: B7D P+/OK.

Afección Principal de Ingreso: 1) C Viral.

TIPO DIAGNÓSTICO: Impresión Diagnóstica

(...)

Plan: Metrocloropamida 07cc IM ahora

Procedimiento: No

Egreso: 04/ene/2010.

Afección Principal de Egreso: 1) C. Viral.

Destino: Salida.

05/01/2010 01:46

Enfermedad actual: Ha estado con fiebre y vómito.

Fue vista por médico y recibió tratamiento.

Afebril al tacto.

Examen físico: T.A. – F.C.:? F.R.:? T°:- PESO:-

Estado de conciencia: La niña rehúsa ser examinada. Manotea y patatea. Difícilmente los padres pueden dominarla.

Afección Principal de Ingreso: S. Vertiginoso, Fiebre?. Tiene Hemograma Normal y Plaq. Normales. Está recibiendo medicamentos.

**Torniquete Negativo.**

Egreso:

Fecha 05/ene/2010

Estado al Salir: Vivo

Afección Principal de Egreso: vértigo, Fiebre?

Destino: Salida". (Se subraya)

En la historia clínica del Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE, relacionada con la consulta del 05 de enero de 2010, se plasmó:

"(...)

2° CONSULTA A URGENCIAS EL DIA 5 DE ENERO.

Ingreso: 5/enero/2010 10:28 PM

Ingresa por sus propios medios, con fiebre.

Enfermedad actual: Cuadro de tres días de fiebre, escalofrío y desde hoy vómito incontable con pintas café.

Epistaxis, Diuresis escasa

Antecedentes: Médicos (-) quirúrgico (-) alergia al Flui mucil.

Medicación: novalgina ayer aplicaron plasil

Examen físico: Paciente Alerta, Temperatura 37.8 Frecuencia Cardíaca: 120

Frecuencia Respiratoria: 24, Peso: 20

Laringe congestiva, ruidos cardíacos rítmicos, murmullo vesicular conservado, abdomen blando no doloroso, no signos meníngeos.

Diagnóstico: síndrome febril, más deshidratación.

Plan: cuadro hemático, parcial de orina, solución salina 400 centímetros cúbicos en bolo.

Hora: 00:10

Cuadro hemático: leucos 5.900, hemoglobina 13.8, hematocrito: 39.5, plaquetas 27.000, linfo 18, neutro 73.

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior  
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

*Parcial de orina: leucos de 8 a 10.por campo, bacterias +++ por campo.*

*Moco +*

*Proteínas +*

*Plan:*

- 1. Solución salina 400 en bolo, ranitidina 1 ampolla de 20 mg.*
- 2. Remisión por lo que se comunica con la EPS Emssanar. Quien refiere que se comunica cuando ubique la paciente.*

*Notas de enfermería:*

*Enero 6/2010*

*Hora 01:30*

*Recibo niña de 4 años con vena canalizada permeable con orden de llevar al Hospital San Vicente de Paul para tomar radiografía de tórax*

*Hora: 02:00*

*Regreso con la paciente y con resultado de rayos x el cual se entrega a la dra. Caicedo quien intenta comunicarse con Emssanar y no contesta.*

*Hora: 02:25*

*La comenta al centro Regulador de Urgencias con la Dra. Beltrán y le dan código para el Hospital Universitario del Valle. La madre pide permiso para ir a la casa por ropa y plata.*

*Hora 02:30*

*Se lleva niña en ambulancia acompañada por la madre durante el traslado no se presenta ningún cambio ni complicación*

*Hora 03:15*

*Se entrega paciente a la Dra. Beltrán quien la recibe y ordena a la madre sacarle historia clínica. Queda niña en pediatría del Hospital Universitario del Valle, acompañada por la madre y con signos vitales estables.*

*Fin de notas de enfermería*

*Hora 00:50*

*Recibió llamada de Emssanar con posibilidad de remisión al Hospital Universitario, pero la Dra. Solicita RX de tórax previo para descartar derrame pleural y necesidad de cuidados intensivos.*

*Hora 00:52*

*Se solicita llamada al HSVPaul para saber disponibilidad de rayos x, en el momento no hay disponibilidad en esta institución.*

*Hora 02:00*

*Se toma rx no hay derrame pleural y se llama a Emssanar*

*Hora: 00:25*

*Emssanar no contesta. Se comenta con la Dra. Claudia Beltrán quien acepta la paciente.*

*Hora 02:30*

*Se llama al CRUE Centro Regulador de Urgencias, dan código n° 311162*

*PLAN:*

*Solución salina 250 centímetros cúbicos para una hora, oxígeno por cánula a 2 litros por minuto, para el transporte.*

*Hora de salida del Hospital Raúl Orejuela Bueno HORA 02:35*

*Hora Llegada al Hospital Universitario del Valle HORA 03:15 am". (Folios 127 a 139 Cdno. Ppal.).*

Y en el formato de remisión de pacientes de la misma casa de salud, se lee:

*"(...)*

*En 6 /10 00:15*

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior  
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

(...)

INSTITUCIÓN A DONDE SE REMITE: HUV Pediatría.

**Impresión Diagnóstica: Trombocitopenia, Dengue Hemorrágico?**

Causa Básica de la remisión: Valoración y manejo.

Institución que remite: HROB.

Remisión:

Resumen de Historia: Cuadro 3 días de fiebre, escalofrío y desde ayer vómito en múltiples oportunidad con pintas café.

RxS: Epistaxis, diuresis escaso.

Ant. Md (-) Qx (-), Ta (...) Familiares (-)

Medicación Novalgina 10cc/8h. ayer aplicaron Plasil.

Ex. Físico: FC: 110 TR: 20 T°: 37.8 PESO: 20 K TA: 80/50

Faringe congestiva, mucosa seca. Abd. Blando, no doloroso.

Ext. Pulsos simétricos.

No signos meníngeos

Ctl. Leucos 5900

N. 13.2% L: 18.8%

Hb 13.8

Plaq. 27.000

(...)

FORMATO TRANSPORTE DE AMBULANCIA:

Hora de salida: 2+35

Sitio de Remisión: HUV.

Hora de Entrega 3+15.

Hora de Llegada 3+55." (Folios 19 a 20 cdno. ppal.)

Una vez es trasladada la menor del Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE de la ciudad de Palmira al Hospital Universitario del Valle en la madrugada del 06 de enero de 2010, se evidencia que a la paciente se le prestó la siguiente atención médica<sup>20</sup>:

"(...)

Fecha de Ingreso: 06-01-2010 Hora. 03:10-

Diagnóstico Definitivo: Choque por Dengue

(...)

HISTORIA CLÍNICA

M.C.: "Tiene dengue hemorrágico"

E.A.

Paciente con cuadro clínico de 5 días de evolución consistente en fiebre alta no cuantificada, eritema maleolar, escalofríos, los cuales no redian (sic) con el uso de Acetaminofén; la paciente persiste presentando picos febriles, posteriormente se asocia emesis postprandial, con aparición de epistaxis y pintas de sangre con el vómito. Por lo anterior consulta en periferia donde en hemograma se evidencia PLT: 27.000 y deciden remitir.

(...)

Examen Físico:

Paciente en camilla, sin signos de dificultad respiratoria, mucosas rosadas y húmedas, alerta,

---

<sup>20</sup> Folios 164 a 185 cdno. ppal.

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior  
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

orientada.

TA: 112/78 FC: 90 FR:20 SaO2: 100% sin soporte.

Cuello móvil no doloroso, no masas, murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, sin ruidos agregados, ruidos cardíacos rítmicos, regulares, no soplos. Abdomen blando, depresible, no doloroso; extremidades móviles, no edema. SNC sin deterioro, activa, (...) Glasgow 15/15, llenado capilar 2sg.

Diuresis positiva 250cc al ingreso

Paciente comentado con la dra. Guzmán quien considera por cuadro clínico y hallazgo de PLT 27.000, compatible con Dengue Hemorrágico por lo cual se inicia tratamiento para el mismo, se solicita paraclínicos de control y se revalorará con los mismos, en el momento no signos de inestabilidad hemodinámica, vigilancia clínica.

DR. 1) Dengue Hemorrágico.

06/01/2010 06:30

Pediatría: SV:FC 98x' TA 110/70

Paciente hemodinámicamente estable sin signos de dificultad respiratoria.

Rx de Tórax derrame pleural derecho. pendiente paraclínicos, se inicia Albúmina.

06-ene/10 07:30 H

NOTA TRASLADO A CIPAF

Dx. Dengue Hemorrágico

Paciente quien ingresa por cuadro de 5 días de evolución de fiebre alta no cuantificada, malestar general y escalofríos que no ceden con uso de acetaminofén, posteriormente comienza a presentar emesis posprandial, epistaxis y vómito con pintas de sangre, consulta a periferia donde toman hemograma que evidencia 27.000 plaquetas por lo que remiten con ldx de dengue hemorrágico.

Al ingreso se encuentra paciente alerta, sin dificultad respiratoria ta: 112/78 fc:90 fr: 20, campos pulmonares bien ventilados, abdomen no doloroso, sin edemas, sin deterioro neurológico, se solicitan paraclínicos y Rx de tórax que evidencia derrame pleural derecho y se inicia manejo con albumina.

A las 7:28 am presenta episodio convulsivo tónico-clónico generalizado para lo cual se administra midazolam a 0.1mg/hg/dosis, posteriormente presenta paro cardiorrespiratorio a las 7:30 am, iniciándose RCP, administración de adrenalina (se da más) a 0.1 cc/kg en 3 dosis, se realiza masaje cardíaco por 8 minutos e intubación orotraqueal con tubo N° 5, con todas estas medidas, paciente sale de paro, recupera frec cardíaca llegando a 140/min, pero persiste con frialdad distal con llenado capilar lento por lo cual se inicia norepinefrina... se deja sedación... paciente continúa en muy regulares condiciones generales con saturación de O2 86%, se llama a CIPAF y se comenta paciente. Se sospecha sangrado en SNC, con síndrome convulsivo secundario y falla respiratoria posterior a dosis de midazolam. Se decide colocar plaquetas para catéter central, pendiente TAC cerebral simple.

6 ene/10 08:30 h

10 minutos después de primer paro cardiorrespiratorio, durante colocación de catéter venoso central subclavio derecho la paciente nuevamente hace paro cardiorrespiratorio, se inician maniobras básicas y avanzadas de reanimación, masaje cardíaco, ventilación a presión positiva, adrenalina a 0.1 mg/kg/dosis cada 3 minutos, se inicia infusión de norepinefrina por bomba de infusión continua, 100 mg/50cc a 2 cc/hora a los 12 minutos de reanimación evidenciada por asistolia se visualiza monitor ritmo de fibrilación ventricular, se realizan 3 desfibrilaciones con paletas pediátricas... con posterior evidencia de asistolia, se pasa bolo de líquidos isotónicos, se continua reanimación, masaje cardíaco + ventilación a presión positiva + adrenalina cada 3 minutos. Posterior a 20 minutos de reanimación básica y avanzada se evidencia ritmo de asistolia en el monitor cardíaco, ausencia de pulso carotídeo y ausencia de ruidos cardíacos a la auscultación, pupilas midriáticas de 7 mm no reactivas a la luz, ausencia de reflejo corneal y tusígeno, se declara fallecida a las 08:20 horas.

NOTA: Posterior a colocación de catéter venoso central y subclavio y durante la reanimación cardio-cerebro-pulmonar se auscultaba adecuada entrada de aire en campo pulmonar

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior  
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

*derecho e izquierdo, se solicitó autopsia médico legal y/o académica y se explica a familiares.*  
(...)

Finalmente, el mismo 06 de enero de 2010, se emite por parte del Departamento de Patología del Hospital Universitario del Valle, en el que se señaló como Diagnóstico Final (Folio 31 Cdno. Ppal.)

“(...)

1. *Infección por el virus del Dengue (confirmación serológica postmortem)*
2. *Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica de origen viral.*
  - *Derrame pleural, abdominal y pericárdico*
  - *Congestión visceral generalizada y masiva*
  - *Hemorragia alveolar focal*
3. *Adenitis mesentérica con hiperplasia de las placas de Peyer*
4. **Crisis drepanocítica con secuestro hepático y esplénico.**” (Subraya y negrilla fuera del texto original).

En ese orden, se advierte que quedó debidamente demostrado el daño alegado en la demanda, pues se probó la muerte de la menor Ángela Patricia Cifuentes Mina, ocurrida el 06 de enero de 2010, por lo que se hace imperativo establecer si en el caso concreto tiene el carácter de antijurídico y si le puede ser atribuido o imputado a la actividad médica de las entidades demandadas.

#### 2.7.2. Imputación de la responsabilidad al Estado –Actividad médica-

En consideración a que en el caso que se juzga las imputaciones formuladas por las demandantes se enunciaron como una falla durante la prestación del servicio médico, pues invocan como hecho generador la deficiente atención brindada a la paciente, reflejada en no haberse dado un diagnóstico adecuado, no haber auscultado ni ordenado la toma de muestras y/o exámenes de rigor, a pesar de tenerse indicadores de la presencia de dengue hemorrágico, eventos que supuestamente ocasionaron el deterioro en el estado de salud de la menor y su posterior muerte, se indica que dada la naturaleza del caso, el procedimiento y la complejidad, procederá a la valoración de las pruebas aportadas y lo prescrito por la *lex artis* para tratar el asunto, con el fin de demostrar **el nexo causal** entre la actividad médica y el daño mencionado.

En este contexto, para determinar las circunstancias que rodearon la prestación del servicio médico, haciendo uso de la prueba documental, el Juzgado se permite retrotraer:

En la historia clínica abierta en el Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE, referente a la atención brindada el 02 de enero de 2010, se plasmó:

“(...)

*Fecha de ingreso: 02 de enero de 2010*

*Hora de atención: 18:40*

*Signos vitales peso: 20,2 Fr: 23 T: 40 pulso: 128*

*MC: tos fiebre escalofrío*

*ENFERMEDAD GENERAL: cuadro clínico de 24 horas de tos húmeda fiebre no cuantificada, cefalea global, odinofagia, no emesis, no disnea.*

*Revisión por sistema (-)*

*Antecedentes personales médicos (-) Quirúrgicos -I. toxico (-) alérgica al Fluimocil.*

*Examen físico: oral mucosas húmedas no adenopatías*

*Cardiopulmonar: pulmones ventilados estertores finos bibasales*

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior  
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

*Ruidos cardiacos rítmicos no soplos*  
*Abdomen: no masas no megalias*  
*Peristaltismo (+)*  
*IDX: Enfermedad febril*  
*Plan: - Dipirona amp 0,8cc IM dosis única*  
*- /RX de tórax AP*  
*- Cuadro hemático*

*Nota de evolución*  
*Hemograma*  
*Leucocitos 5.6 Linfocitos 10*  
*Neutrofilos 14,9 Plaquetas 320.000*  
*Radiografía: No infiltrados no atrapamiento de aire*

*Se revalora y se evidencia laringe eritematosa amígdalas hipertróficas exudado, lengua saburral no ostras (sic) alteraciones al examen físico.*

**Impresión diagnóstica: Laringitis**

*Conducta: - Amoxicilina x 500 mg 1 tab cada 8 H x 7 días. 21*  
*Acetaminofen x 500 mg 1 tab cada 8 H*  
*Control por consulta externa el lunes*  
*Recomendaciones y signos de alarma". (Se resalta).*

Luego, al no notar mejoría en el estado de salud de la menor, es llevada por su madre, el 04 de enero al Hospital San Vicente de Paul ESE de la ciudad de Palmira, de cuya atención se destaca<sup>21</sup>:

*"04/01/2010 19:01*  
*Enfermedad actual: 8 días de malestar general, tos húmeda y desde hace 3 días fiebre + cefalea.*  
*Antecedentes y Revisión Sistemas: Trae laboratorios (particulares)*  
*CH leucos 5000 N=79 Lf=19 Pla= 378.000. Pde= Normal.*  
*Examen Físico: F.C. 80 F.R. 22 T° 37 PESO 19Kg.*  
*Estado de conciencia: alerta.*  
*Eritema y congestión gral garganta*  
*RsPs OK*  
*Abdomen: B7D P+/OK.*  
*Afección Principal de Ingreso: 1) C Viral.*  
*TIPO DIAGNÓSTICO: Impresión Diagnóstica*  
*(...)*  
*Plan: Metrocloropamida 07cc IM ahora*  
*Procedimiento: No*  
*Egreso: 04/ene/2010.*  
*Afección Principal de Egreso: 1) C. Viral.*  
*Destino: Salida.*

Posteriormente, reconsulta el 05 de enero de 2010 en el servicio de urgencias del mismo Hospital San Vicente de Paul ESE, estableciéndose en esa visita médica:

*05/01/2010 01:46*  
*Enfermedad actual: Ha estado con fiebre y vómito.*  
*Fue vista por médico y recibió tratamiento.*  
*Afebril al tacto.*  
*Examen físico: T.A. – F.C.:? F.R.:? T°:- PESO:-*  
*Estado de conciencia: La niña rehúsa ser examinada. Manotea y patatea. Difícilmente los*

---

<sup>21</sup> Folios 16 y 17 del cdno. ppal.

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

*padres pueden dominarla.*

*Afección Principal de Ingreso: S. Vertiginoso, Fiebre?. Tiene Hemograma Normal y Plaq. Normales. Está recibiendo medicamentos.*

**Torniquete Negativo.**

*Egreso:*

*Fecha 05/ene/2010*

*Estado al Salir: Vivo*

*Afección Principal de Egreso: vértigo, Fiebre?*

*Destino: Salida". (Se subraya)*

Por último, la madre de la menor acude, el mismo 05 de enero en horas de la noche, nuevamente al servicio de urgencias del Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE, encontrándose el siguiente reporte:

*2° CONSULTA A URGENCIAS EL DIA 5 DE ENERO.*

*Ingreso: 5/enero/2010 10:28 PM*

*Ingresa por sus propios medios, con fiebre.*

*Enfermedad actual: Cuadro de tres días de fiebre, escalofrío y desde hoy vómito incontable con pintas café.*

*Epistaxis, Diuresis escasa*

*Antecedentes: Médicos (-) quirúrgico (-) alergia al Fluimucil.*

*Medicación: novalgina ayer aplicaron plasil*

*Examen físico: Paciente Alerta, Temperatura 37.8 Frecuencia Cardíaca: 120*

*Frecuencia Respiratoria: 24, Peso: 20*

*Laringe congestiva, ruidos cardíacos rítmicos, murmullo vesicular conservado, abdomen blando no doloroso, no signos meníngeos.*

*Diagnóstico: síndrome febril, más deshidratación.*

*Plan: cuadro hemático, parcial de orina, solución salina 400 centímetros cúbicos en bolo.*

*Hora: 00:10*

*Cuadro hemático: leucos 5.900, hemoglobina 13.8, hematocrito: 39.5, plaquetas 27.000, linf 18, neutro 73.*

*Parcial de orina: leucos de 8 a 10.por campo, bacterias +++ por campo.*

*Moco +*

*Proteínas +*

*Plan:*

*Solución salina 400 en bolo, ranitidina 1 ampolla de 20 mg.*

*Remisión por lo que se comunica con la EPS Emssanar. Quien refiere que se comunica cuando ubique la paciente.*

*Notas de enfermería:*

*Enero 6/2010*

*Hora 01:30*

*Recibo niña de 4 años con vena canalizada permeable con orden de llevar al Hospital San Vicente de Paul para tomar radiografía de tórax*

*Hora: 02:00*

*Regreso con la paciente y con resultado de rayos x el cual se entrega a la dra. Caicedo quien intenta comunicarse con Emssanar y no contesta.*

*Hora: 02:25*

*La comenta al centro Regulador de Urgencias con la Dra. Beltrán y le dan código para el Hospital Universitario del Valle. La madre pide permiso para ir a la casa por ropa y plata.*

*Hora 02:30*

*Se lleva niña en ambulancia acompañada por la madre durante el traslado no se presenta ningún cambio ni complicación*

*Hora 03:15*

*Se entrega paciente a la Dra. Beltrán quien la recibe y ordena a la madre sacarle historia clínica. Queda niña en pediatría del Hospital Universitario del Valle, acompañada por la madre*

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior  
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

y con signos vitales estables.

Fin de notas de enfermería

Hora 00:50

Recibió llamada de Emssanar con posibilidad de remisión al Hospital Universitario, pero la Dra. Solicita RX de tórax previo para descartar derrame pleural y necesidad de cuidados intensivos.

Hora 00:52

Se solicita llamada al HSVPaul para saber disponibilidad de rayos x, en el momento no hay disponibilidad en esta institución.

Hora 02:00

Se toma rx no hay derrame pleural y se llama a Emssanar

Hora: 00:25

Emssanar no contesta. Se comenta con la Dra. Claudia Beltrán quien acepta la paciente.

Hora 02:30

Se llama al CRUE Centro Regulador de Urgencias, dan código n° 311162

PLAN:

Solución salina 250 centímetros cúbicos para una hora, oxígeno por cánula a 2 litros por minuto, para el transporte.

Hora de salida del Hospital Raúl Orejuela Bueno HORA 02:35

Hora Llegada al Hospital Universitario del Valle HORA 03:15 am". (Folios 127 a 139 Cdno. Ppal.).

De conformidad con los hallazgos transcritos, se dispuso el traslado de la paciente a un centro médico de mayor nivel, plasmándose en el formato de remisión:

"(...)

En 6 /10 00:15

(...)

INSTITUCIÓN A DONDE SE REMITE: HUV Pediatría.

**Impresión Diagnóstica: Trombocitopenia, Dengue Hemorrágico?**

Causa Básica de la remisión: Valoración y manejo.

Institución que remite: HROB.

Remisión:

Resumen de Historia: Cuadro 3 días de fiebre, escalofrío y desde ayer vómito en múltiples oportunidad con pintas café.

RxS: Epistaxis, diuresis escaso.

Ant. Md (-) Qx (-), Ta (...) Familiares (-)

Medicación Novalgina 10cc/8h. ayer aplicaron Plasil.

Ex. Físico: FC: 110 TR: 20 T°: 37.8 PESO: 20 K TA: 80/50

Faringe congestiva, mucosa seca. Abd. Blando, no doloroso.

Ext. Pulsos simétricos.

No signos meníngeos

Ctl. Leucos 5900

N. 13.2% L: 18.8%

Hb 13.8

Plaq. 27.000

(...)

FORMATO TRANSPORTE DE AMBULANCIA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior  
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

*Hora de salida: 2+35*  
*Sitio de Remisión: HUV.*  
*Hora de Entrega 3+15.*  
*Hora de Llegada 3+55.” (Folios 19 a 20 Cdno Ppal.)*

Una vez es trasladada la menor del Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE de la ciudad de Palmira al Hospital Universitario del Valle en la madrugada del 06 de enero de 2010, se evidencia que a la paciente se le prestó la siguiente atención médica<sup>22</sup>:

*“(…)*

*Fecha de Ingreso: 06-01-2010 Hora. 03:10-*  
*Diagnóstico Definitivo: Choque por Dengue*

*(…)*

***EPICRISIS***

*Fecha de Ingreso: 06-01-2010. Hora: 03+10      Fecha de Egreso 06-01-2010. Hora 08+50*  
*Servicio: Ped. Urg.*  
*Diagnóstico Presuntivo: Dengue con Signos de Alarma*  
*Diagnóstico Confirmado: Shock por Dengue*  
*(…)*

*Cirugías, Procedimientos, Exámenes Especiales, Interconsultas: Colocación de catéter venoso control subclavio. Inyección de noradrenalina. Reanimación cardio-cerebro-pulmonar.*

*Exámenes de Laboratorio: CH, PCR, Albúmina, electrolitos, BCN, Creatinina (…)*

*Exámenes Radiológicos: Rx Tórax AP... Derrame pleural derecho.*

*Causa de consulta: “Tiene Dengue Hemorrágico”*  
*Enfermedad actual: CC de 5 días evolución de fiebre alta no cuantificada, eritema maleolar, escalofríos ... + epistaxis. Traen CH en periferia reportan plt de 27000 y remiten.*

*Antecedentes: reflejo gastroesofágico, hernia umbilical.*  
*(…)*

*Hallazgos Positivos al Examen Físico de Ingreso:*  
*Tensión Arterial: 112/78. Frecuencia Cardíaca: 90x’ Frecuencia Respiratoria: 20x’*

*Conducta Inicial: Evaluación de líquidos isotónicos, albúmina y solicitud de paraclínicos, cte,*  
*(…) Rx tórax.*

*Resumen de la evolución: Estando hospitalizada en reanimación urgencias, la paciente presenta episodio convulsivo tónico con desviación de mirada y cianosis peribucal. Se aplica dosis de midazolam a 0.1 mg/kg (...), posteriormente a los 10 min la paciente se (...) y hace paro cardio respiratorio, se inician maniobras básicas y avanzadas de reanimación colocación de adrenalina, masaje cardíaco y ventilación a presión positiva. Se realiza intubación orotraqueal, a los 10 min sale del paro cardio respiratorio. Posteriormente se coloca catéter venoso central subclavio derecho y durante colocación de dicho catéter la pac hace nueva/ paro cardio respiratorio, se inician maniobras avanzadas y básicas de reanimación + adrenalina Ev c/3mm. Se inicia goteo de noradrenalina. Postr. A 20 min de reanimación la pac. Fallece.*

*Estado a la salida del paciente: Muerto*

---

<sup>22</sup> Folios 164 a 185 cdno. ppal.

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior  
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

*Plan de manejo ambulatorio: SS Autopsia médico-legal y/o académica”.*

De la información reseñada, se tiene hasta el momento, que la paciente Ángela Patricia Cifuentes Mina, en compañía de su señora madre, acudió a urgencias del Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE de la ciudad de Palmira el 02 de enero de 2010, consultando por un cuadro clínico de 24 horas de tos húmeda, fiebre no cuantificada, cefalea global y odinofagia, diagnosticándosele laringitis y disponiéndose el control posterior por consulta externa.

Que, el día 04 de enero de 2010 consulta nuevamente, esta vez en el hospital San Vicente de Paul ESE, por presentar, desde hace 8 días, malestar general (tos húmeda) y desde hace 3 días fiebre y cefalea, siendo revisada por el galeno de turno, quien determinó que la menor padecía de un cuadro viral, ordenando su egreso.

El 05 de enero consulta nuevamente por el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paul ESE, por presentar fiebre y vómito, llevando exámenes de laboratorio tomados de manera particular; en esta nueva visita médica se indica que la menor se rehusó a ser examinada, se aclara que tiene hemograma normal y plaquetas normales (torniquete negativo) y se decide dar salida.

Inconforme con la atención suministrada, la madre acude de manera inmediata, el mismo 05 de enero en horas de la noche, con su hija al Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE, por presentar cuadro de tres días de fiebre, escalofrío y vómito con pintas café donde, luego de ser examinada y con los resultados de los paraclínicos ordenados en esa atención, se evidencia que tiene las plaquetas en 27.000, no obstante, el resultado de los rayos x no muestran derrame pleural, razón por la cual se dispone su remisión a un centro de salud de mayor nivel.

La remisión se realizó al Hospital Universitario del Valle, la que se hizo efectiva el 06 de enero de 2010 sobre las 3:15 am, ingresando en esa casa de salud a las 3:10 am, con un diagnóstico presuntivo de dengue con signos de alarma, fue valorada a las 3:55 am, ordenándose el inicio del tratamiento para dengue hemorrágico, la realización de paraclínicos de control, que se valoraría nuevamente con el resultado de estos, dejándola en vigilancia médica, al no presentar signos de inestabilidad hemodinámica.

A las 6:30 am se observa paciente hemodinámicamente estable, sin embargo, el resultado del Rx de tórax muestra derrame pleural derecho, iniciándose albumina.

Posteriormente, a las 6:30 am, la menor presenta paro cardiorrespiratorio, por lo que se inician maniobras básicas y avanzadas de reanimación, saliendo de este y acaece nuevo paro cardiorrespiratorio 10 minutos después, iniciándose nuevamente maniobras de reanimación en un esfuerzo infructuoso, falleciendo sobre las 8:20 am del mismo 06 de enero de 2010.

Sobre el particular, si bien en el expediente obra dictamen pericial emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y testimonio de uno de los médicos pediatras que atendió a la paciente Ángela Patricia Cifuentes Mina, se considera

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior  
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

necesario previamente hacer alusión a lo señalado por el Instituto Nacional de Salud relacionado con la atención del dengue para el año 2010<sup>23</sup>. Al respecto se transcribe:

“(…)

**2.1. DEFINICIÓN**

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

*El agente etiológico es el virus dengue, que es del género Flavivirus y posee cuatro serotipos (DENV1, DENV2, DENV3, DENV4), los cuales están circulando simultáneamente en nuestro país.*

*El dengue es ocasionado por cualquiera de cuatro serotipos de virus que no desencadenan inmunidad cruzada, lo cual significa que una persona puede infectarse y enfermar hasta cuatro veces. Su período de incubación gira alrededor de los 7 días. La infección que causa el virus resulta en un amplio espectro de presentaciones clínicas, que van desde formas asintomáticas y subclínicas hasta cuadros muy graves con compromiso vascular, afección de órganos y sistemas que se asocian a mortalidad. (Guzmán, 1999).*

*Para que en un lugar haya transmisión de la enfermedad tienen que estar presente de forma simultánea: el virus, el vector y el huésped susceptible.*

**2.2. ETAPAS CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD**

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

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

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

“(…)

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

*El curso de la enfermedad del dengue tiene **tres etapas clínicas**:*

“(…)

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

*La caída de la fiebre se asocia al momento en que el paciente se agrava, y la defervescencia (transición de la etapa febril a la etapa afebril), anuncia el inicio de la etapa crítica de la enfermedad.*

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

---

<sup>23</sup> Guía para la Atención Clínica Integral del Paciente con Dengue

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior  
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

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

(...)

### 2.3. CUADRO CLÍNICO

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

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

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

#### 2.3.1. Secuencia de los signos clínicos en el diagnóstico de las formas clínicas del dengue.

Identificar la secuencia de las manifestaciones clínicas y de laboratorio es muy importante para diferenciar el dengue de otra enfermedad que pudiera tener alteraciones semejantes pero en distinto orden de presentación y además, constituye la única posibilidad de detectar precozmente cual es el paciente de dengue que puede evolucionar o está ya evolucionando hacia la forma clínica grave como dengue hemorrágico y choque por dengue. En los primeros días aparece exantema en un porcentaje variable de los pacientes; no se ha demostrado que el exantema sea un factor de pronóstico.

Las manifestaciones referidas predominan al menos durante las primeras 48 horas de enfermedad y pueden extenderse durante algunos días más en la que pudiéramos considerar como la **ETAPA FEBRIL** de la enfermedad.

**En la fase febril no es posible reconocer si el paciente va a evolucionar a la curación espontánea o si es apenas el comienzo de un dengue grave, con choque o grandes hemorragias.**

Entre el 3º y 6º día para los niños, y entre el 4º y 6º día para los adultos (como período más frecuente pero no exclusivo de los enfermos que evolucionan al dengue grave), la fiebre descende, el dolor abdominal se hace intenso y mantenido, se observa derrame pleural o ascitis, los vómitos aumentan en frecuencia y comienza la **ETAPA CRÍTICA** de la enfermedad, por cuanto es el momento de mayor frecuencia de instalación del choque. También en esta etapa se hace evidente la hepatomegalia. La presencia de signos de alarma es muy característico del tránsito a esta etapa y anuncian complicaciones tales como el choque (Rigau & Laufer, 2006).

El hematocrito comienza siendo normal y va ascendiendo a la vez que los estudios radiológicos de tórax o la ultrasonografía abdominal muestran ascitis o derrame pleural derecho o bilateral. La máxima elevación del hematocrito coincide con el choque.

El recuento plaquetario muestra un descenso progresivo hasta llegar a las cifras más bajas durante el día del choque para después ascender rápidamente y normalizarse en pocos días.

El choque se presenta con una frecuencia 4 ó 5 veces mayor en el momento de la caída de la fiebre o en las primeras 24 horas de la desaparición de ésta; que durante la etapa febril.

Existen signos de alarma que anuncian la inminencia del choque, tales como el dolor abdominal intenso y continuo, los vómitos frecuentes, la somnolencia y/o irritabilidad, así como la caída brusca de la temperatura que conduce a hipotermia a veces asociada a lipotimia. Estos signos identifican precozmente la existencia de una pérdida de líquidos hacia el espacio extravascular que por tener un volumen exagerado y producirse de manera súbita el paciente difícilmente podrá compensar o no podrá compensar por sí solo.

Los signos de alarma indican el momento en el cual el paciente puede ser salvado si recibe tratamiento con soluciones hidroelectrolíticas en cantidades suficientes para reponer las pérdidas producidas por la extravasación de plasma, a veces agravada por pérdidas al exterior (sudoración, vómitos, diarreas).

No tienen que estar presente, de inicio, todos los signos clínicos de choque. Basta constatar la disminución de la presión arterial (P.A.) diferencial, presión del pulso (diferencia de 20 mm Hg o menos entre la P.A. máxima o sistólica y la mínima o diastólica) o la Presión Arterial Media (PAM), la cual generalmente ha sido precedida por signos de inestabilidad

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior  
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

hemodinámica (taquicardia, frialdad, llenado capilar lento, entre otros). Por tanto, no es necesario esperar la hipotensión para diagnosticar choque (Martínez & Velázquez, 2002).

Los signos de choque la mayoría de las veces tienen duración de algunas horas. Cuando el choque se hace prolongado o recurrente, o sea, se prolonga más de 12 ó 24 horas y excepcionalmente más de 48 horas, se aprecian en el pulmón imágenes radiológicas de edema intersticial a veces semejando lesiones neumónicas. Más adelante puede instalarse un síndrome de dificultad respiratoria por edema pulmonar no cardiogénico, con mal pronóstico.

(...)

## 2.4. COMPLICACIONES Y FORMAS GRAVES E INUSUALES DE DENGUE

### 2.4.1. Choque por dengue

Está presente en la inmensa mayoría de los enfermos que agravan y fallecen, como causa directa de muerte o dando paso a complicaciones tales como: hemorragias masivas, coagulación intravascular diseminada, edema pulmonar no cardiogénico, fallo múltiple de órganos (síndrome de hipoperfusión-reperfusión). Más que complicaciones del dengue se trata de complicaciones del choque prolongado o recurrente. Prevenir el choque o tratarlo precoz y efectivamente significa prevenir las demás complicaciones del dengue y evitar la muerte.

En los enfermos con dengue es frecuente que exista alguna alteración hepática, generalmente recuperable. También pueden existir alteraciones miocárdicas particularmente en adultos, con poca expresión electrocardiográfica. Con menor frecuencia se observan alteraciones renales y neurológicas.

(...)

## 3. ATENCIÓN DEL PACIENTE CON DENGUE

El abordaje del paciente con diagnóstico probable de dengue tiene como objetivo identificar la fase clínica de la enfermedad en la que se encuentra el paciente. Ver figura 1. Esta información es necesaria para instaurar un manejo adecuado.

### Definiciones de caso

**Caso probable de dengue:** Todo paciente que presente una enfermedad febril aguda de hasta siete días, de origen no aparente, acompañada de 2 o más de los siguientes síntomas: cefalea, dolor retroocular, mialgias, artralgias, postración, exantema, y que además tenga antecedente de desplazamiento (hasta 15 días antes del inicio de síntomas) o que resida en un área endémica de dengue.

**Caso probable de Dengue con Signos de alarma:** Paciente que cumple con la anterior definición y además presenta cualquiera de los siguientes signos de alarma: Dolor abdominal intenso y continuo, vómitos persistentes, diarrea, somnolencia y/o irritabilidad, hipotensión postural, hepatomegalia dolorosa > 2cms, disminución de la diuresis, caída de la temperatura, hemorragias en mucosas, caída abrupta de plaquetas (<100.000) asociada a hemoconcentración.

**Caso probable de Dengue grave:** Cumple con cualquiera de las manifestaciones graves de dengue que se mencionan a continuación: 1. Extravasación severa de plasma: Que conduce a Síndrome de choque por dengue o acumulo de líquidos con dificultad respiratoria. 2. Hemorragias Severas: Paciente con enfermedad febril aguda, que presenta hemorragias severas con compromiso hemodinámico. 3. Daño grave de órganos: Paciente con enfermedad febril aguda y que presente signos clínicos o paraclínicos de daño severo de órganos como: miocarditis, encefalitis, hepatitis (transaminasas>1.000), colecistitis alitiásica, insuficiencia renal aguda y afección de otros órganos.

**Caso confirmado de dengue:** Caso probable de dengue, dengue grave, o mortalidad por dengue confirmado por alguno de los criterios de laboratorio para el diagnóstico (pruebas serológica IgM dengue o pruebas virológicas como aislamiento viral o RT-PCR)

**Caso probable de muerte por dengue:** Es la muerte de un caso probable de dengue grave.

**Caso confirmado de muerte por dengue:** Es la muerte de un caso probable de dengue grave con diagnóstico confirmado por pruebas virológicas (aislamiento viral o RT-PCR) o pruebas serológicas (IgM ELISA dengue) Y por histopatología.

(...)

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior  
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

**3.1. ANAMNESIS**

*La historia clínica del paciente probable de dengue debe ser lo más detallada posible, y se deben registrar los ítem evaluados en la historia clínica.*

**3.1.1. Enfermedad actual**

*Precisar el día y hora de inicio de la fiebre, cronología de los signos y síntomas, búsqueda de signos de alarma (Cuadro 1), búsqueda manifestaciones hemorrágicas como hematemesis, melenas, epistaxis, etc.*

*En niños los síntomas son inespecíficos presentando pérdida de apetito, y síntomas gastrointestinales principalmente vómito, dolor abdominal y distensión abdominal, etc.*

**3.1.2. Comorbilidad o riesgo social**

*Embarazo, niños menores de 5 años, mayores de 65 años, presencia de enfermedades crónicas como: Hipertensión Arterial, Diabetes mellitus, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), **enfermedades hematológicas crónicas (anemia falciforme)**, enfermedad renal crónica, enfermedad cardiovascular grave, enfermedad ácido péptica y enfermedades autoinmunes, paciente con riesgo social (Pacientes que vivan solos, difícil acceso a un servicio de salud, pobreza extrema y otros).*

**3.2.1. Examen físico general**

*Se debe buscar edema (palpebral, de pared abdominal, y de extremidades), verificar llenado capilar, manifestaciones hemorrágicas en piel, mucosas, escleras.*

*Evaluar estado de hidratación.*

**3.2.2. Signos vitales**

*Toma de tensión arterial en dos posiciones, frecuencia cardiaca, pulso, frecuencia respiratoria, temperatura (importante evaluar teniendo en cuenta que es importante para establecer la fase en la que se encuentra el paciente) y peso.*

*Verificar tensión arterial diferencial menor o igual a 20 mmHg.*

**3.2.3. Examen físico tórax**

*Buscar signos de dificultad respiratoria (tirajes), signos de derrame pleural y pericárdico. Examen físico Abdominal: Hepatomegalia, dolor y ascitis.*

*Examen físico Sistema Nervioso: Signos de irritación meníngea, evaluar estado de consciencia, alteraciones comportamiento (llanto, irritabilidad), convulsiones, sensibilidad y fuerza muscular.*

*IMPORTANTE: En niños de debe utilizar el manguito apropiado para edad y peso.*

*El rango para tensión arterial en neonatos es sistólica 40-80 mmHg y la TA Diastólica 20-55 mmHg anexo 3.*

*Prueba de torniquete: La prueba de torniquete permite evaluar la fragilidad capilar y orienta el diagnóstico del paciente con dengue, pero no define su severidad, esta deberá ser realizada obligatoriamente en todos los casos probables de dengue durante el examen físico. Los pacientes con dengue frecuentemente tienen prueba de torniquete es positiva pero NO hace diagnóstico de dengue grave y si es negativa no descarta la probabilidad de dengue".*

*(Subraya y negrilla fuera del texto original)*

En ese orden, se indica claramente que la detección temprana de la presencia del virus del dengue, otorga la posibilidad que se pueda descubrir cual es el paciente que puede evolucionar o ya está evolucionando hacia un dengue hemorrágico y choque por dengue que son sus formas clínicas graves; es así que, para evitar que ello acontezca, se deben analizar la fecha de inicio de la fiebre y la cronología de los síntomas para detectar la aparición de signos de alarma, así como tener en cuenta la comorbilidad y el riesgo social y la adecuada realización del examen físico.

Ahora bien, en relación con los testimonios médicos sobre la atención brindada a la menor Ángela Patricia Cifuentes Mina, solo se cuenta con el relato del Pediatra Diego Fernando

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior  
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

Barragán, quien atendió a la paciente el día 06 de enero de 2010 en el Hospital Universitario del Valle, y manifestó (Folios 325 a 327 del Cdno. Ppal.):

**“PREGUNTADO:** Manifieste al Despacho, si conoce los hechos que generaron la presente demanda, de ser afirmativa la respuesta, indique el porqué de su conocimiento de la misma y haga una relación sucinta de los hechos. **CONTESTÓ.** Sí, tengo presente que es una paciente cerca de los 4 años que fue atendida en el servicio de urgencia de pediatría del H.U.V., fue en enero de 2010, pero no recuerdo bien la fecha, fue remitida del Hospital Orejuela Bueno de Palmira con un dengue con signos de alarma, yo llegue a turno a las 7:00 A.M., en esa oportunidad estaba terminando mi último año de residencia de la especialización, la paciente ingresó cerca de las 3:00 A.M., en aparentes buenas condiciones generales y estable hemodinámicamente (con signos vitales normales), se tenía una sospecha clínica de dengue por los síntomas presentados, los 4 días previos de la consulta al Hospital y por unos marcadores serológicos (exámenes de sangre) que indicaban la posible afección por el virus de dengue, como lo es una disminución en los leucocitos y una disminución severa en las plaquetas, se le inicio manejo estandarizado para los pacientes con dengue, establecidos por las guías del Ministerio de la Protección Social con líquidos endovenosos y isotónicos (solución salina normal) y se le solicitaron paraclínicos, exámenes de sangre, se dejó bajo observación médica y monitoria no invasiva, cuando yo llego a turno a las 7:00 A.M., durante la entrega de turno, la paciente hace episodio convulsivo para lo cual se maneja con medicación para subyugar la misma, en ese momento la paciente se torna inestable, es decir, alteración en los signos vitales, y hace paro cardiorrespiratorio, para cual se inicia maniobras básicas y avanzadas de reanimación, la paciente sale del paro cardiorrespiratorio, se indica en ese momento a la Unidad de Cuidados Intensivos pediátrica, se inicia soporte baso activo (medicaciones para elevar la presión arterial y la frecuencia cardiaca) y soporte hídrico (líquidos endovenosos), posteriormente, creo que a los 15 minutos de ese manejo, la paciente hace nuevamente paro cardiorrespiratorio, se reanima durante 20 minutos, pero no hay respuesta a la maniobras, y fallece, dentro de los exámenes que se solicitaron a su ingreso, se evidencio una anemia (disminución de la hemoglobina) y una falla en la función hepática con alteración en las enzimas hepáticas de forma severa. **PREGUNTADO:** Manifiéstele al Despacho cual fue su participación en los hechos que generaron la presente demanda. **CONTESTÓ:** Durante los dos procesos de reanimación básicamente. **PREGUNTADO:** Manifieste al Despacho, cual es el protocolo médico a seguir cuando un menor ingresa con diagnóstico de dengue hemorrágico. **CONTESTÓ.** El diagnóstico de dengue cambio hace 6 años, ya no se llama dengue hemorrágico, sino dengue con o sin signos de alarma y dengue severo, el manejo inicial en los pacientes que tienen signos de alarma como dolor abdominal, sangrado por mucosas, alteración del estado de conciencia, vómitos, dificultad respiratoria, consiste en un manejo en un nivel 3 o 4 de atención, se deben suministrar líquidos endovenosos (evolución salina y isotónica), solicitar paraclínicos serológicos, entre ellos hemograma, cuadro hemático completo, pruebas de función renal y hepático, vigilar la diuresis (cantidad de orina que produce el paciente), todo esto encaminado a mejorar el estado de hidratación del paciente, no hay un manejo específico para la infección por el virus del dengue que consista en medicamentos para el control de la infección viral o vacunas, y se debe hacer un seguimiento clínico y paraclínico estricto para vigilar las constantes vitales y el funcionamiento de los diferentes órganos implicados. **PREGUNTADO:** Indíqueme al Despacho, en qué consistió la atención médica suministrada a la menor ANGELA PATRICIA CIFUENTES MINA. **CONTESTÓ:** Desde el ingreso de la paciente, recibió el manejo estandarizado para un paciente con dengue con signos de alarma. **PREGUNTADO:** Indíqueme al Despacho, si lo sabe, si la paciente ANGELA PATRICIA CIFUENTES MINA ingreso al H.U.V. con diagnóstico de dengue con signos de alarma, y cual fue el tratamiento que se le había suministrado. **CONTESTÓ:** Si, ella ingresó al servicio de urgencias de pediatría con el diagnóstico de dengue con signos de alarma, a ella se le habían realizado unos paraclínicos ante la sospecha del dengue por la sintomatología presentada en el RAUL OREJUELA BUENO, los cuales estuvieron alertados asentando más el diagnóstico y justificando la remisión, ella llegó con líquidos parenterales (líquidos isotónicos o suero salino) pero la remisión fue relativamente rápida, ya que dichos paraclínicos de sangre estaban alterados... **PREGUNTADO:** De una forma muy sencilla explíquenos que es el dengue. **CONTESTÓ:** el dengue es una infección viral transmitida por vector (mosquito) es una enfermedad endémica en nuestro medio y tiene una presentación muy frecuente en la población de Cali y de

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior  
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

Colombia, el virus del dengue afecta diferentes órganos cuando se presentan alteraciones severas, como son el hígado, el riñón, el corazón, el cerebro y los pulmones, la infección viral puede ser desde leve y presentar síntomas desapercibidos hasta presentar complicaciones severas, incluyendo deshidratación severa, falla en la función del hígado, acúmulo de líquidos en diferentes cavidades del organismo, entre ellos los pulmones y el abdomen, sangrados por mucosas y alteraciones neurológicas, no hay un manejo específico para la infección viral, solo manejo se sostén (líquidos endovenosos y seguimiento clínico). **PREGUNTADO:** Recuerda usted cual era la situación desde el punto de vista epidemiológico del dengue durante la época del hecho. **CONTESTÓ:** durante esa época se presentaron múltiples casos de dengue con complicaciones que se remitían a nuestra Institución, es decir el H.U.V. de todo Cali y de todo el Valle, ya que epidemiológicamente se ha encontrado oleadas de dengue cada 3 años... **PREGUNTADO:** Teniendo en cuenta la nota de remisión de paciente que hizo el Hospital Raúl Orejuela Bueno, al Hospital Universitario del Valle en la madrugada del 6 de enero de 2010 donde se puede ver que la niña ANGELA PATRICIA tenía vómito, múltiples oportunidades con pintas cafés, tenía epistaxis (sangrado por la fosa nasal), diuresis u orina escasa, un examen de sangre con plaquetas de 25.000 y una radiografía de tórax que mostraba un derrame pleural (en el pulmón derecho) con estas características en que tipo de clasificación del dengue del que nos acaba de explicar, podríamos encuadrar el diagnóstico de la niña ANGELA PATRICIA. **CONTESTÓ:** De acuerdo a los síntomas y a los hallazgos evidenciados en el paciente, se enmarca en una infección por dengue severo, uno de los criterios para tener en cuenta este diagnóstico es el acumulo de líquido a nivel de cavidad pleural (o líquido alrededor del pulmón)... **PREGUNTADO:** Aprovechando su condición de médico pediatra, quisiera que nos contara generalmente cual es la actitud de un niño de 4 años cuando es llevado al servicio de Urgencias de un Hospital. **CONTESTÓ:** La población pediátrica en general y en niño preescolar de 4 años, dependiendo de las experiencias con el personal de salud puede manifestar diferentes actitudes en el momento de ingresar a un servicio de salud, ya sea urgencia, consultas médicas, en la gran mayoría de casos, los niños a esta edad pueden tener ansiedad ante una consulta médica pediátrica. **PREGUNTADO:** Cual debe ser la actitud del médico general o pediatra ante un niño irritable, temeroso, que se resiste al examen. **CONTESTÓ:** La actitud siempre debe ser amigable con el niño y se debe ganar su confianza ya que si no se logra esto puede llegar a ser difícil la valoración clínica, en todos los casos si se requiere para la valoración física completa de la ayuda del padre, de la madre o del acudiente, se debe hacer, es decir, un ejemplo, para mirar la boca, si el niño no colabora se debe sujetar de tal forma que no le vaya a causar daño pero que se pueda llegar al objetivo, que es un examen físico completo... **PREGUNTADO:** En una de sus respuestas iniciales, manifestó usted que la menor de edad ANGELA PATRICIA CIFUENTES presentó cierta inestabilidad y a su vez sufrió de dos paros cardiorrespiratorios en tal medida podría indicarle al despacho, cuales pudieron haber sido las posibles causas a la ocurrencia de estas situaciones. **CONTESTÓ:** pues la paciente ingresa con síntomas que pudieran sugerir un dengue severo, con marcada disminución en el recuento de plaquetas y deshidratación, las complicaciones presentadas en la paciente se podrían explicar por la evolución natural de la enfermedad, es decir la presentación del dengue severo que lleva a un choque por dengue, a pesar del manejo adecuado recibido a su ingreso, en el servicio de Urgencia Pediátrica del H.U.V., hay una condición que recuerdo en esta paciente, y más específicamente en la patología diagnosticada post-mortem que es la presencia de anemia de células falciformes (drepanocitosis), la paciente no tenía ese diagnóstico como antecedente, esta condición patológica pudo haber empeorado una infección por dentro". (Se subraya).

Vale aclarar que no reposa en el expediente testimonios de los galenos que atendieron a la paciente en el Hospital San Vicente de Paul ESE, en el Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE, así como tampoco de los demás médicos que examinaron a la menor en el Hospital Universitario del Valle, quienes no asistieron a rendir su versión, a pesar de haber sido decretada la prueba.

En este estado se hace imperioso citar apartes de la experticia rendida por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses que, al absolver los cuestionamientos

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

planteados por la parte demandante, puntualizó (Folios 399 a 404, Cdno. Ppal.):

"(...)

**ANÁLISIS Y DISCUSIÓN**

*La atención inicial de la niña Ángela Patricia, del día 02 de enero de 2010, en el Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira, motivada por un cuadro incipiente de reciente inicio, de aparente infección respiratoria alta sin signos específicos de ser bacteriana, con un hemograma inespecífico, a la que le ordenaron manejo antibiótico y sintomático y seguimiento a los dos días, reflejando que se estaba haciendo seguimiento a la evolución de su cuadro, el cual no orientaba a alguna patología diferente al planteamiento descrito de infección respiratoria aguda alta, que por lo hallado en el hemograma (linfopenia) podría corresponderse más con una infección viral.*

*Sobre la atención prestada a la paciente por parte de médico particular el 04 de enero de 2010, no es posible conceptuar, toda vez que no se aportó copia de historia clínica para su análisis...*

*La atención del 04 de enero de 2010, en el Hospital San Vicente de Paul de Palmira no reportó síntomas gastrointestinales como náuseas o emesis (vómito) que justificaran la administración de Metoclopramida, y continuaba con un cuadro clínico compatible con infección respiratoria aguda alta con hemograma orientado a proceso viral inespecífico, y se le ordenó manejo ambulatorio sintomático, adecuado para la edad. El abordaje con antiemético (Metoclopramida) no se ajustó a la lex artis según lo planteado en la historia clínica sobre la enfermedad actual de la paciente, **sín que esto fuera un factor negativo en la clínica con que cursaba la evaluada.***

*En la atención del 05 de enero de 2010, en el Hospital San Vicente de Paul de Palmira, no se realizó un examen físico de la niña, y sin embargo se registró prueba de torniquete negativa, algo contradictorio si no se pudo realizar un examen físico, además se diagnosticó un cuadro vertiginoso sin exploración física alguna, y no se solicitaron paraclínicos, lo cual no se ajusta a la lex artis. **Dentro de la sintomatología registrada en la historia clínica aportada, se anotó cuadro febril y la presencia de vómito, signo clínico que en ese momento sería inespecífico al no contar con algún otro criterio de sospecha de Dengue. Lo anterior no le brindó la posibilidad a la paciente de ser diagnosticada y muy probablemente manejada adecuadamente en el inicio de los signos de alarma y de complicación.***

*La atención del 05 de enero de 2010, en el Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira, se ajustó a la lex artis, ante cuadro infeccioso con síntomas generales y signos de sangrado, documentaron por medio de hemograma trombocitopenia que orientó al diagnóstico de Dengue Hemorrágico, se comentó en la madrugada del 06 de enero de 2010 con la entidad aseguradora en salud para iniciar proceso de remisión a tercer nivel de atención con orientación de obtener imágenes radiográficas de tórax para descartar mayores complicaciones, durante la espera dieron hidratación endovenosa, obtuvieron código de autorización al hospital Universitario del Valle en Cali cerca de las 02:30 horas del 06/01/2010, entidad a la que trasladaron sin alteraciones en sus condiciones clínicas e ingresó a las 03:10/03:15 horas para atención por pediatría, quien registró la historia clínica a las 03:55 horas del 06/01/2010 con una paciente clínicamente estable.*

*Sobre la atención recibida por la niña en el Hospital Universitario del Valle "Evaristo García", este perito no puede conceptuar, toda vez que es recomendable el concepto pericial de par académico en pediatría, servicio con el que no cuenta el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses a nivel nacional..."*

En cuanto a la conclusión, destacó:

"(...)

*Si bien se tiene que la atención del 02 de enero de 2017 (sic) en el Hospital Raúl Orejuela Bueno, la atención del 04 y 05 de enero de 2010 en el Hospital San Juan de Dios (sic) no se ajustaron a la*

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior  
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

*lex artis, **estas no influyeron en la evolución de la enfermedad que finalmente llevó a la muerte de la niña Ángela Patricia Cifuentes Mina, quien murió por una respuesta inflamatoria sistémica secundaria a la infección por el virus Dengue, que se hizo sospechado clínica y paraclínicamente en forma tardía el 05 de enero de 2010, y cuyo tratamiento previo es adecuada hidratación oral, manejo de la fiebre y control ambulatorio, lo cual no garantizaba evitar las complicaciones. Con existencia de enfermedad drepanocítica, esta última no había sido detectada previamente en la niña Ángela Patricia, ni fue evidente en los antecedentes familiares, patología que es factor de riesgo para dengue Grave***".

Así pues, de lo analizado por el perito en las historias clínicas aportadas al proceso, se observó que, sin bien las actuaciones desplegadas por los Hospitales Raúl Orejuela Bueno (el 02 de enero de 2010) y San Vicente de Paul (el 04 y 05 de enero de 2010), no se ajustaron a la *lex artis*, ello no fue determinante en el deterioro del estado de salud y posterior muerte de la menor Ángela Patricia Cifuentes Mina, de quien se sospechó sobre la presencia del virus del Dengue entre la noche el 05 de enero y la madrugada del 06 de enero de 2010, iniciándose el tratamiento correspondiente con hidratación oral, manejo de la fiebre y control ambulatorio, que no aseguraba la presencia de las complicaciones que finalmente se presentaron, más aún con la existencia de enfermedad drepanocítica (anemia falciforme), que de acuerdo con lo establecido en la guía emitida por el Instituto Nacional de Salud anteriormente citada, es factor de riesgo para dengue grave.

Igualmente, en lo que respecta a la atención suministrada por el Hospital Universitario del Valle, aclara que no se puede conceptuar, recomendando que el análisis sea realizado por un especialista en pediatría.

Del material probatorio que compone el expediente traído a colación, queda claro entonces que:

1. El 02 de enero de 2010, la señora Diana Fernanda Mina Cardona, llevó a la menor Ángela Patricia Cifuentes Mina a consulta del Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE de Palmira por presentar cuadro clínico de 24 horas de tos húmeda, fiebre, cefalea global, odinofagia, siendo valorada por el médico de turno, quien luego de observar los resultados del hemograma, diagnosticó laringitis, dándole de alta y disponiendo control por consulta externa.
2. Que el 04 de enero de 2010 asistió al área de urgencias del Hospital San Vicente de Paul ESE de Palmira, por presentar 8 días de malestar general, tos húmeda y desde hace 3 días fiebre y cefalea; al ser valorada se observa eritema y congestión general de garganta, diagnosticándose cuadro viral, siendo manejada con Metoclopramida, dándole salida.
3. El 05 de enero de 2010, a las 21:46 horas reconsulta en el Hospital San Vicente de Paul, informándose que la menor ha estado con fiebre y vómito, registrándose por el médico de turno que ya fue vista por médico y recibió tratamiento, que se encontraba afebril al tacto, aclarando que la menor se rehusó a ser examinada; señala que tiene hemograma normal y plaquetas normales, recibe medicamentos y que la prueba de torniquete fue negativa, diagnosticando vértigo y disponiendo su salida, sin ninguna observación adicional.
4. Que el 05 de enero de 2010 a las 22:35 horas, es conducida la menor por sus padres a urgencias del Hospital Raúl Orejuela Bueno con los mismos síntomas (3

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior  
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

días de fiebre, escalofrío y vómito con pintas café), además de epistaxis y diuresis escasa, se realizan los paraclínicos evidenciándose en la impresión diagnóstica trombocitopenia (disminución de plaquetas) y dengue hemorrágico, por lo que se dispone su traslado a un centro de salud de mayor nivel, esto es al Hospital Universitario del Valle, a fin de realizar valoración y manejo; adicional se realizó Rx de tórax en el que no se avizoró derrame pleural.

5. La paciente salió del Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira el 06 de enero de 2010 a las 3:15 a.m., con signos vitales estables, siendo recibida a las 3:55 a.m. en el HUV.
6. En el Hospital Universitario del Valle es recibida y se confirma el diagnóstico de choque por dengue, se inicia atención médica a las 3:55 am., notándose el hallazgo de plaquetas de 27.000, compatible con dengue hemorrágico, inicio de tratamiento, se solicitan paraclínicos de control, sin signos de inestabilidad hemodinámica, se ordena vigilancia clínica.
7. A las 6:30 am., se anota resultado de Rx de tórax realizado evidenciándose esta vez derrame pleural derecho, continuando pendientes los resultados de los paraclínicos, se inicia albúmina.
8. A las 7:28 am la menor presenta episodio convulsivo y posterior paro cardiorrespiratorio, se realizan maniobras básicas y avanzadas de reanimación, saliendo del paro y recuperando frecuencia cardíaca, persistiendo frialdad distal con llenado capilar lento, quedando en regulares condiciones generales.
9. 10 minutos después hace nuevo paro cardiorrespiratorio, iniciándose otra vez maniobras básicas y avanzadas de reanimación; no obstante, la paciente no responde positivamente a ellas y se declara fallecida las 8:20 am., del día 06 de enero de 2010.
10. El diagnóstico final emitido por el Departamento de Patología del Hospital Universitario del Valle se determinó: i. infección por el virus del Dengue (confirmación serológica post- mortem), ii. Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica de origen viral (Derrame pleural, abdominal y pericardio, congestión visceral generalizada y masiva, hemorragia alveolar focal, iii. Adenitis mesentérica con hiperplasia de las placas de Peyer y, iv. **Crisis drepanocítica** con secuestro hepático y esplénico,

Así las cosas, en virtud de los elementos de convicción allegados al expediente, resulta difícil estructurar la responsabilidad deprecada a título de falla en el servicio en este caso en contra del Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE y del Hospital Universitario del Valle, tal y como lo manifestó la parte actora, comoquiera que, las actividades médicas desplegadas por esas casas de salud no fueron la causa determinante del deceso de la menor Ángela Patricia Cifuentes Mina.

Lo dicho muestra que las acciones desarrolladas por el Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira y por el HUV se ajustaron a lo recomendado por la literatura médica, teniendo en cuenta que una vez evidenciados los resultados de los paraclínicos en el HROB,

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior  
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

especialmente la disminución en plaquetas, se dispuso la remisión inmediata de la paciente a un centro médico de mayor nivel y que, una vez recibida en el Hospital Universitario del Valle, se efectuaron las actividades pertinentes para confirmar el diagnóstico de choque por dengue, iniciando el tratamiento establecido para ello por el Instituto Nacional de Salud, sin embargo, no se pudo evitar el resultado final, que fue el fallecimiento de la menor, que dicho sea de paso, contaba con una patología que es factor de riesgo para dengue grave como lo es la drepanocitosis que solo fue descubierta en el diagnóstico final post-mortem<sup>24</sup>.

De esta manera no se advierte medio de convicción que permita inferir que las entidades demandas Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE y Hospital Universitario del Valle dieron un manejo inadecuado o tardío al padecimiento presentado por la menor Ángela Patricia Cifuentes Mina, lo que sí está probado es que, pese a que la paciente fue atendida en debida forma y remitida para el manejo de la patología que la aquejaba, y que pese a los ingentes esfuerzos realizados por los profesionales de la salud adscritos estas, la menor terminó falleciendo.

No se puede pasar por alto que las obligaciones que emanan en desarrollo de la actividad médica a cargo de la Administración son de medio y no de resultado, motivo por el cual la prestación que se exige es la aplicación de las técnicas idóneas y oportunas en lo que a la práctica médica concierne, sin que deba aceptarse una responsabilidad con base solo en la producción del daño<sup>25</sup>.

Entonces, si bien el extremo activo afirmó que no se brindó oportunamente el tratamiento que requería la paciente que generó su fallecimiento, en virtud de lo consignado en las historias clínicas por parte del personal adscrito tanto al Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE, como al Hospital Universitario del Valle, como se vio ampliamente en párrafos precedentes, se colige que la prestación del servicio médico, en lo que estas concierne, se dio dentro de los procedimientos que la lex artis impone, en razón a la cual se declara que no está probada la falla como criterio subjetivo de imputación de esas entidades.

Bajo el anterior contexto, se advierte que los Hospitales Raúl Orejuela Bueno y Universitario del Valle no incurrieron en una falla del servicio y que la atención médica que prestaron a la menor Ángela Patricia Cifuentes Mina los días 05 y 06 de enero de 2010 respectivamente, fue adecuada y oportuna.

Ahora bien, en lo que tiene que ver con las actuaciones médicas desplegadas por el Hospital San Vicente de Paul, hoy liquidado, se advierte que, revisadas las pruebas documentales allegadas al expediente, obra la historia clínica de urgencias (Folios 16 y 17 del cuaderno principal), referente a la atención médica del área de urgencias suministrada a la menor Cifuentes Mina los días 04 de enero de 2010 a las 19:01 horas y el 05 de enero de 2010 a las 21:46 horas y estas son las únicas evidencias de la consulta en ese centro hospitalario.

---

<sup>24</sup> Diagnóstico Final, Hospital Universitario del Valle, Departamento de Patología (Fl. 31 Cdno. Ppal.).

<sup>25</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, Consejera ponente: María Adriana Marín, Bogotá, D.C., cuatro (4) de marzo de dos mil veintidós (2022), Radicación número: 73001-23-31-000-2011-00439-01 (48147)

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior  
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

En la atención del 04 de enero de 2010, la paciente refirió *“8 días de malestar general, tos húmeda y desde hace 3 días fiebre + cefalea”*, plasmándose por el galeno de turno que: *“trae laboratorios (particular)”*, los que se pueden catalogar como normales y, al señalar los datos de ingreso, consulta y plan de manejo, consignó: *“alerta, eritema y congestión general del garganta”*, razón por la cual la impresión diagnóstica fue de un cuadro viral, recetando Metoclopramida, disponiendo su salida el mismo día.

Posteriormente, en la atención del 05 de enero de 2010, se estableció como motivo de consulta: *“Ha estado con fiebre y vómito fue vista por médico y recibió tratamiento. Afebril al tacto”*; en los datos de ingreso, consulta y plan de manejo, el médico indicó: *“La niña rehúsa ser examinada, manotea y patalea, difícilmente los padres pueden dominarla. Vertigino. Fiebre?. Tiene hemograma normal y plaquetas normales. Está recibiendo medicamentos. Torniquete negativo”*.

Con esa atención, se decidió dar salida a la menor, sin realizar un examen físico, sin ordenar la realización de paraclínicos y sin ninguna recomendación adicional que al menos se hubiere plasmado en la mentada historia clínica.

No obstante, del material probatorio aportado y lo indicado por la literatura médica, considera el Juzgado que, si bien la atención brindada por el Hospital San Vicente de Paul los días 04 y 05 de enero de 2010, no se ajustaron a lo establecido por la *lex artis*, ello no fue determinante en la evolución de la enfermedad que desembocó en el fallecimiento de la menor, tal como se concluyó en el dictamen pericial.

Lo anterior, luego que en el diagnóstico final emitido por el Departamento de Patología del Hospital Universitario del Valle post-mortem, se evidenció que la menor presentaba como antecedente enfermedad drepanocítica<sup>26</sup> que no fue indicada en los antecedentes familiares y que es factor de riesgo para el dengue grave.

Así se estipula en la Guía para la Atención Clínica Integral del Paciente con Dengue, citado con anterioridad cuando se refiere a las comorbilidades al indicar: *“...Embarazo, niños menores de 5 años, mayores de 65 años, presencia de enfermedades crónicas como: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), **enfermedades hematológicas (anemia falciforme)**, enfermedad renal crónica, enfermedad cardiovascular grave, enfermedad ácido péptica y enfermedades autoinmunes”*. (Se resalta).

Adicionalmente, destaca el Juzgado lo señalado en el informe pericial, cuando se concluye que: *“(...) Si bien se tiene que la atención del 02 de enero de 2017 (sic) en el Hospital Raúl Orejuela Bueno, la atención del 04 y 05 de enero de 2010 en el Hospital*

---

<sup>26</sup> “La enfermedad de células falciformes (también conocida como “enfermedad drepanocítica” o “drepanocitosis”) es una afección en la que los glóbulos rojos no tienen la forma que deberían tener. Los glóbulos rojos suelen tener el aspecto de discos redondeados. Pero en la enfermedad de células falciformes, tienen forma de luna creciente o de una antigua herramienta de labranza llamada hoz (de hecho, “falciforme” significa en forma de hoz).

Estas células en forma de hoz se pegan entre sí con facilidad, y obstruyen vasos sanguíneos de tamaño reducido. Cuando la sangre no puede llegar adonde debería llegar, puede generar dolor y lesiones en los órganos”. (<https://kidshealth.org/es/teens/sickle-cell-anemia.html>)

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior  
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

*San Juan de Dios (sic) no se ajustaron a la lex artis, **estas no influyeron en la evolución de la enfermedad que finalmente llevó a la muerte de la niña Ángela Patricia Cifuentes Mina**, quien murió por una respuesta inflamatoria sistémica secundaria a la infección por el virus Dengue, que se hizo sospechado clínica y paraclínicamente en forma tardía el 05 de enero de 2010 y cuyo tratamiento previo es adecuada hidratación oral, manejo de la fiebre y control ambulatorio, lo cual no garantizaba evitar complicaciones. **Con existencia de enfermedad drepanocítica, esta última no había sido detectada previamente en la niña Ángela Patricia, ni fue evidente en los antecedentes familiares, patología que es factor de riesgo para Dengue Grave.**” (Subraya y negrillas fuera del texto original).*

La anterior conclusión es confirmada por el médico pediatra Diego Fernando Barragán en el testimonio rendido ante el Despacho el 03 de marzo de 2015, cuando relata lo siguiente: “...**hay una condición que recuerdo en esta paciente, y más específicamente en la patología diagnosticada post-mortem que es la presencia de anemia de células falciformes (drepanocitosis), la paciente no tenía ese diagnóstico como antecedente, esta condición patológica pudo haber empeorado una infección por dentro...**” (Subraya y negrillas del Despacho).

De esta manera, no se advierte otro medio de convicción que permita tener certeza que la falta de aplicación de la lex artis y el manejo dado por el Hospital San Vicente de Paul ESE al padecimiento de la menor haya sido la causa para el empeoramiento de su estado de salud y posterior muerte; lo que si está probado, es que la menor sobrellevaba una condición congénita que no había sido detectada con anterioridad, como lo es una enfermedad drepanocítica que es un factor de riesgo (comorbilidad) para el dengue grave, situación que pudo haber sido determinante en el resultado.

Entonces, si bien el extremo activo afirmó que hubo negligencia y no se atendió a tiempo conforme a la praxis médica establecida para ese asunto, en virtud de la situación congénita misma, como se vio en párrafos precedentes, se colige que no se hace evidente que la falta de aplicación de la lex artis en la prestación del servicio médico por parte del Hospital San Vicente de Paul haya sido la causa del sensible deceso de la menor Ángela Patricia Cifuentes Mina, por lo tanto se declarará que no está probada la falla como criterio subjetivo de imputación.

En otras palabras, se deben negar las pretensiones de la demanda, porque no se probó la falla del servicio por parte de las entidades demandadas y porque tampoco se demostró que la actividad médica fue la que motivó el deterioro en la salud de la paciente y su posterior muerte, lo que hace es imposible atribuir el daño.

Por lo anterior, se encuentra que en este caso la parte actora no cumplió con la carga probatoria que le correspondía.

En conclusión, la parte actora faltó al deber de probar que las entidades demandadas hubieran incurrido en una falla del servicio médico, así como tampoco demostró que el fallecimiento de la menor hubiera sido determinado por las actuaciones de los centros médicos (nexo), pues como se ilustró, la paciente tenía una comorbilidad que pudo influir en el curso de la enfermedad, provocando el desenlace que dio origen al litigio, a pesar de los esfuerzos médicos realizados.

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

En consecuencia, Se niegan las pretensiones de la demanda.

Finalmente, no hay lugar al pago de costas en vista que no se reúnen los requisitos para su imposición.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Diecinueve Administrativo del Valle del Cauca, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

**RESUELVE**

**PRIMERO: DECLARAR NO PROBADAS** las excepciones propuestas por las demandadas y la llamada en garantía.

**SEGUNDO: NEGAR** las pretensiones de la demanda.

**TERCERO:** Sin costas en esta instancia.

**CUARTO:** No se acepta la renuncia a poder presentada por el abogado Juan MARTÍN Arango Medina como apoderado del Municipio de Palmira, visible a folio 486 del cuaderno principal, por cuanto no se dio cumplimiento a lo dispuesto en el inciso cuarto del artículo 76 del Código General del Proceso, esto es, allegar copia de la comunicación de la renuncia enviada al poderdante

**QUINTO: DEVOLVER** a la parte actora los remanentes de gastos del proceso, en el evento de existir y previa solicitud.

**SEXTO: ARCHIVAR** el expediente, una vez en firme esta sentencia, dejando las anotaciones de rigor.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

**ROGERS ARIAS TRUJILLO**  
**JUEZ**