

## **AVISO N° 91**

Según lo dispuesto por el artículo 10 del Acuerdo 108 y los acuerdos PCSJA20-11517 y PCSJA-20-11518 de 2020, y prórrogas del Consejo Superior de la Judicatura, se cita a los Doctores Gustavo Adolfo Pinzón Jácome y Edilberto Antonio Arenas Correa, magistrados integrantes de la Sala de Decisión Penal que preside el suscrito Magistrado, para que por medio virtual se lleve a cabo la discusión de la ponencia que a continuación se relaciona:

Proceso	Incidente de Desacato
Instancia	Consulta Sanción por Desacato
Sancionado	E.P.S ECOOPSOS
Radicado	05615 31 04 003 2017 0051 (N.I. TSA: 2020-0797-5)
Decisión	

El estudio de la ponencia se realiza de manera virtual, teniendo en cuenta que por la pandemia del COVID-19 el Gobierno Nacional ha declarado la Emergencia Sanitaria y se han adoptado medidas para controlar la propagación del virus. Por eso, desde el 19 de marzo de 2019, el ingreso a las instalaciones del Palacio de Justicia de Medellín se encuentra restringido por virtud de la Circular CSJANTC20-13 del Consejo Seccional de la Judicatura de Antioquia y la Dirección Ejecutiva Seccional de Administración Judicial Medellín, que establece las pautas para el ingreso al Palacio de Justicia.

La regla general es que los servidores judiciales, mientras duren las medidas adoptadas en el marco de la Emergencia de Salud, realicen sus funciones de manera virtual desde sus casas a través de los correos institucionales.

Medellín, 18 de septiembre de 2020

**El Magistrado,**

**RENÉ MOLINA CÁRDENAS**

## ACTA N° 91

Hoy, 18 de septiembre de 2020., en virtud de lo dispuesto por los acuerdos PCSJA20-11517 y PCSJA-20-11518 de 2020, y prórrogas del Consejo Superior de la Judicatura, la Sala de Decisión que preside el suscrito Magistrado, de manera virtual, discutió y aprobó unánimemente la ponencia en las diligencias que a continuación se relacionan:

Proceso	Incidente de Desacato
Instancia	Consulta Sanción por Desacato
Sancionado	E.P.S ECOOPSOS
Radicado	05615 31 04 003 2017 0051 (N.I. TSA: 2020-0797-5)
Decisión	Confirma sanción

La aprobación de la ponencia se realiza de manera virtual, teniendo en cuenta que por la pandemia del COVID-19 el Gobierno Nacional ha declarado la Emergencia Sanitaria y se han adoptado medidas para controlar la propagación del virus. Por eso, desde el 19 de marzo de 2019, el ingreso a las instalaciones del Palacio de Justicia de Medellín se encuentra restringido por virtud de la Circular CSJANTC20-13 del Consejo Seccional de la Judicatura de Antioquia y la Dirección Ejecutiva Seccional de Administración Judicial Medellín, que establece las pautas para el ingreso al Palacio de Justicia.

La regla general es que los servidores judiciales, mientras duren las medidas adoptadas en el marco de la Emergencia de Salud, realicen sus funciones de manera virtual desde sus casas a través de los correos institucionales.

**El Magistrado,**

**RENÉ MOLINA CÁRDENAS**

**El secretario,**

**ALEXIS TOBÓN NARANJO**

Original Firmado

**Firmado Por:**

**RENE MOLINA CARDENAS  
MAGISTRADO  
MAGISTRADO - TRIBUNAL 005 SUPERIOR SALA PENAL DE LA CIUDAD DE  
MEDELLIN-ANTIOQUIA**

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

Código de verificación:

**54cdef2634339323b833903ec96cc070985075077cb10a2dab236cedd3c873af**

Documento generado en 18/09/2020 02:07:54 p.m.

SPA CUI: 050456000360201000644 (2019-1067-2)

Delito: Homicidio Culposo.

Procesados: Cesar Augusto Estrada Franco y

Aitel Betsabel Montero Coronel.

**REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO**



**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO DE ANTIOQUIA  
SALA DE DECISIÓN PENAL**

---

**M. P. NANCY ÁVILA DE MIRANDA**

**CUI:** 050456000360201000644

**Nº INTERNO:** 2019-1067-2

**PROCESADOS:** CESAR AUGUSTO ESTRADA FRANCO Y  
AITEL BETSABEL MONTERO CORONEL.

**DELITO:** HOMICIDIO CULPOSO.

**ASUNTO:** CONFIRMA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA.

Medellín, XXXX de agosto dos mil veinte  
Aprobado Según acta No. xxxx

**1. ASUNTO**

Procede la Sala a resolver el recurso de apelación interpuesto por la Fiscalía y apoderado de la víctima contra el fallo proferido el 31 de julio de 2019 por el Juzgado Primero Penal del Circuito de Turbo – Antioquia, por medio del cual se ABSUELVE de responsabilidad penal a los señores CESAR AUGUSTO ESTRADA FRANCO Y AITEL BETSABEL MONTERO

CORONEL, por la comisión del delito de HOMICIDIO CULPOSO, de conformidad con el artículo 109 del Código Penal.

## **2. ANTECEDENTES FÁCTICOS Y PROCESALES**

Así fueron enunciados por la Fiscalía en el escrito de acusación:

*“Los hechos de la acusación se dieron entre el día 11 y el día 13 de enero de 2008 en el municipio de Turbo, lugar donde se encuentran las instalaciones del Hospital Francisco Valderrama, a este sitio acudió la señora DORIS LUZ CAUSIL VARÓN a llevar su hijo, un niño de 8 años de nombre JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL, para que fuera atendido porque presentaba un cuadro de fiebre, deposiciones diarreicas y tos seca de un día de evolución, quien luego el 13 de enero 2008 a las 6:55 horas muere en esa institución como consecuencia de un dengue hemorrágico.*

*El médico CESAR AUGUSTO ESTRADA FRANCO, es autor de la conducta al haber actuado de manera negligente, porque no permitió que el menor fuera hospitalizado para una mejor atención. Por su parte la médica AITEL BETSABEL MONTERO CORONEL, también es autora de la conducta, porque fue negligente al desconocer los procedimientos ante el diagnóstico de dengue clásico que padecía el menor y dejarlo bajo un manejo ambulatorio.*

*El médico CESAR AUGUSTO ESTRADA FRANCO, sabía que actúa de manera negligente, porque al ser consultado y se quiso hospitalizar al menor se opuso a ello emitiendo un concepto alejado de los protocolos para atender este tipo de enfermedades y con ello puso en*

*riesgo el bien jurídico de la vida del menor, sin ninguna justificación. También la médica AITEL BETSABEL MONTERO CORONEL, actuó de manera negligente, al mandar al menor para su casa al cuidado de la madre con tratamiento ambulatorio, desconociendo el estado del menor.*

*Los médicos CESAR AUGUSTO ESTRADA FRANCO y AITEL BETSABEL MONTERO CORONEL y los demás servidores del Hospital conocieron y atendieron la enfermedad del menor, estaban en capacidad de comprender el alcance de su negligencia y la ilicitud de ello, porque todos estaban graduados de médicos, llevaban ya tiempo laborando en ese centro hospitalario, cada uno emitió concepto que condujo a una omisión y estaban en capacidad de determinarse de una manera diferente, además que eran conscientes de su actuar negligente que estaban asumiendo, porque no solo desconocieron el estado del menor, sino que demoraron su atención y lo condujeron a que se agravara y se desencadenara su muerte.*

*(...)”.*

La audiencia de Formulación de Imputación fue realizada a la señora AITEL BETSABEL MONTERO CORONEL el día 23 de mayo de 2016 ante el Juzgado Tercero Promiscuo Municipal de Turbo – Antioquia, en la cual se le imputa el cargo de Homicidio Culposo regulado en el artículo 109 del C. Penal, quien decide no allanarse a la imputación de cargos y quedando en libertad ante la no solicitud de imposición de medida de aseguramiento en su contra.

En igual sentido, el 08 de junio de 2016 se realiza la audiencia de formulación imputación en contra del señor CESAR AUGUSTO ESTRADA FRANCO por la comisión de la conducta punible de HOMICIDIO CULPOSO dispuesta en el artículo 109 del Código Penal. Cargo que no fue

aceptado por el imputado y quedando en libertad al no ser objeto de medida cautelar de detención preventiva.

El 20 de septiembre de 2017 se instala la audiencia de formulación de acusación ante el Juzgado Segundo Penal del Circuito de Turbo -Antioquia, en la cual se muta el objeto de la audiencia al resolverse la solicitud de preclusión impetrada por el abogado defensor del señor CESAR AUGUSTO ESTRADA FRANCO, la cual es rechazada por la Judicatura al encontrar infundada la misma. Concediéndose el recurso de alzada ante el Tribunal Superior de Antioquia, recurso que no fue desatado por la Sala Penal al ser declarado desierto mediante providencia del 20 de noviembre de 2017.

El 02 de marzo de 2018 ante el Juzgado Primero Penal del Circuito de Turbo – Antioquia se realiza la audiencia de formulación de acusación *-ello ante la imposibilidad del Juzgado Segundo Penal del Circuito de Turbo-Antioquia de continuar con el conocimiento del proceso al estar incurso en causal de impedimento-*, en contra de los señores CESAR AUGUSTO ESTRADA FRANCO y AITEL BETSABEL MONTERO CORONEL por la comisión de la conducta punible de HOMICIDIO CULPOSO tipificado en el artículo 109 del Código Penal, donde falleciera el menor de edad JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL. Y, consecuentemente, se realizó el correspondiente descubrimiento probatorio por la Fiscalía.

Posteriormente, el 11 de abril de 2018 se lleva a cabo la audiencia preparatoria donde se realizó el descubrimiento probatorio de la defensa y se decretaron las solicitudes probatorias deprecadas por los sujetos procesales.

Los días 13 de junio; 10 y 13 de julio de 2018; 15 de agosto, 3 de diciembre de 2018; 29 de enero y 22 de febrero de 2019, culminando la misma con anuncio de sentido de fallo de carácter absolutorio.

Finalmente, la audiencia de lectura de fallo se realizó el 31 de julio de 2019, en la cual la Judicatura luego de realizado el debate probatorio fundamenta la absolución de los galenos CESAR AUGUSTO ESTRADA FRANCO Y AITEL BETSABEL MONTERO CORONEL, argumentando entre otras razones que, la causa de la muerte del menor GARCÉS CAUSIL no fue determinada por los procesados y que al brindar aquellos la atención médica al menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL no se presentó violación a su deber objetivo de cuidado conforme a su posición de garantes.

### **3. DEL RECURSO DE APELACIÓN**

*La Fiscalía interpone el recurso de apelación solicitando la revocatoria del fallo absolutorio en contra de los procesados para que, en su lugar, se proceda a emitir una sentencia condenatoria, con fundamento en los siguientes argumentos:*

El artículo 10 de la Ley 23 del 18 de febrero de 1981 “por medio de la cual se dictan normas en materia de ética médica”, establece: *“El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente...”;* por otra parte, el artículo 15 señala: *“El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física y psíquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente...”,* el artículo 36 igual prevé: *“En todos los casos la Historia Clínica deberá diligenciarse con claridad...”.*

Al momento de analizarse la decisión y la valoración de las pruebas allegadas al juicio, encuentra la Fiscalía, que la misma no se funda en el análisis completo, minucioso de cada una de ellas, por el contrario, la base de la misma se funda en las versiones de los acusados confrontándolos con la versión de la madre del menor, valoración que se aparta de los criterios de valoración contenidos en el artículo 404 del C.P.P., a pesar de la cita que como criterio se toma en la decisión, puesto que en el presente caso, a partir de la complejidad del asunto, no es precisamente la precepción, la memoria, la naturaleza del objeto percibido, al estado de sanidad del sentido o sentidos por los cuales se tuvo la percepción, esos son algunos de los criterios, pero no dejándose de lado la complejidad del asunto.

Como puede apreciarse, surgen otros criterios, cuando nos referimos a la ética médica y no devienen de manera exclusiva del análisis de la norma penal, fueron desconocidos esos criterios éticos a partir de lo normado en los artículos 10 y 15 de la Ley 23 de 1981, vigente para el momento de los hechos. Bajo tal previsión encuentra entonces que no bastaba para la valoración centrar la atención en los criterios del artículo 404 C.P.P., sino otros que amparan la prestación del servicio médico, conforme se precisa en las sentencias 27357 y 38904, citadas en la decisión, puesto que es precisamente de la atención donde devienen la creación o el incremento del riesgo que se materializa o concretiza en el resultado muerte y más allá de ello, la calidad de los testigos, su cualificación como profesionales, los intereses que les asiste ante un evento complejo como el debatido y la imparcialidad que los mismos debieron mostrar al momento de rendir sus versiones.

La Fiscalía, contrario a lo que se expone en la decisión al referir: **“Así entonces encuentra la Judicatura que las acciones desplegadas por los acusados no fueron determinantes para que surja el resultado**

**muerte, como quiera que el deceso del menor JUAN CARLOS, no es consecuencia directa de la presunta negligencia que intentó probar el Ente Acusador, pues el incremento del riesgo al bien jurídico tutelado no se ocasionó en las primeras atenciones médicas; sino posterior a ellas.”** pág. 16 de la decisión (negrillas del fallador)

Al respecto quiere el Despacho señalar, que la actuación de los médicos en las primigenias atenciones, asumen el cuidado del paciente y es precisamente en esas atenciones primigenias que se genera o incrementa el riesgo, hecho que fue probado en el juicio a partir del testimonio de la madre del menor, señora DORIS LUZ CAUSIL VARON y el testimonio del médico JHONY ALEXANDER GARCÍA CASTRO. Último no valorado en conjunto con su informe a pesar de tratarse de un médico con experiencia y quien estuvo en la región de Urabá y que conocía del riesgo de este tipo de enfermedades.

Cuando nos referimos al tipo penal imprudente, surge necesario analizar si se da o no una infracción al deber objetivo de cuidado y, al partir de la imprudencia médica, se debe orientar la actuación a demostrar que el profesional infringió ese deber. El deber médico objetivo del cuidado médico deviene del comportamiento que debe asumir el profesional ante la situación médica o la patología como lo exige la ciencia médica (concepto del deber objetivo de cuidado médico, página 80 del libro *Derecho Penal y Responsabilidad Médica en Colombia*, segunda edición, autor: Carlos Roberto Solórzano Garavito editorial: ediciones Nueva Jurídica).

Es precisamente de los testimonios de la madre la menor y del médico JHONY, citado, que la Fiscalía encuentra probada esa violación al deber objetivo de cuidado, la madre del menor indicó en su versión, que llevó su hijo a la atención por urgencias por presentar fiebre ya en

evolución, donde fue atendido por el médico CESAR AUGUSTO ESTRADA FRANCO, la atención se orientó a una revisión y la emisión de unos exámenes, procedimiento no ajustado a la atención de urgencias como lo señaló el médico JHONY ALEXANDER y que claramente va en contravía con la obligación que le impone el artículo 10 de la Ley 23 ya citado, puesto que no se le hizo una evaluación adecuada, sin determinarse en la atención las causas de la fiebre, es precisamente en esa atención, donde se incrementan los factores de riesgo de la enfermedad que se determinó como causa de muerte, por la rápida evolución que tiene la misma. Fue a partir de esa atención que se expuso al paciente a un riesgo injustificado, lo cual va en contravía de lo normado en el artículo 15 de la citada ley, lo cual, si constituye en el incremento del riesgo, puesto que es la fuente de la atención subsiguiente; de los elementos aportados, no se tuvo nota de la primera atención, como se puede apreciar de la prueba documental aportada.

Luego entonces, al día siguiente de la primera atención, surge la intervención de la médica AITEL BETSABEL MONTERO CORONEL, en su declaración la médica indicó que no consultó la historia médica y tampoco conoció al médico que atendió al menor el día anterior. Ya se había generado ese incremento del riesgo, el cual no pudo advertirse por parte de esta segunda intervención; sin embargo, surge responsabilidad de esta médica, en tanto que asume el cuidado del menor.

Se viola de igual forma el deber objetivo de cuidado en esta segunda intervención, puesto que no se hizo una evaluación adecuada de la salud del menor, para el Despacho es muy dicente como aparece en la historia clínica del menor, aducida al juicio y que no fue objeto de valoración, el por qué sí se determinó los signos de un dengue, se cambió la decisión y nuevamente se regresó al menor a su residencia con un diagnóstico errado. Encuentra esta Fiscalía que no se valora la prueba

en conjunto, en tanto que claramente se puede advertir de los documentos (historia clínica), que se identificó la enfermedad, pero se varió el diagnóstico probablemente por inexperiencia de la médico, eso fue lo que se evidenció de los testimonios de los médicos e incluso de las fallas en los equipos del hospital, no se previó ello y se actuó a la ligera, no se hicieron los exámenes correspondientes para su precisión, la médica ante la duda de los resultados, no solicitó nuevos exámenes, tampoco hizo seguimiento, siendo esto contrario a lo señalado en los artículos 10 y 15 de la Ley 23 citada, exponiéndose al menor a un mayor riesgo ante la enfermedad que causa la muerte y que no se diagnosticó a tiempo a pesar de ser propia de la región del Urabá como fue dicho y probado en el juicio.

La historia clínica, como prueba documental, los informes de los médicos JHONY ALEXANDER GARCÍA CASTRO, RUBEN DARIO GIRALDO CASTRO Y EFRAIN HERNANDO CABELLO DONADO, sumados a sus testimonios, considera la Fiscalía que no fueron valorados en conjunto, a partir de criterios diferentes a los normados en el artículo 404 del C.P.P. por la complejidad del asunto, para advertir que efectivamente si fue incrementado el riesgo que condujo a la muerte del menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL.

Para el Despacho, tampoco es de recibo como análisis de absolución, lo señalado por la Juzgadora en tanto que la muerte del menor no pueda ser atribuida al actuar de los acusados por considerar que su actuar no incrementó el riesgo, se señala en la decisión, pág. 22 que: “así que también con este informe la muerte del menor Juan Carlos Garcés Causil no puede ser atribuido a un actuar negligente por parte de los primeros médicos que inicialmente atendieron al menor dado que fue en el actuar de ellos que se presentó el incremento de riesgo al bien jurídico tutelado; pues aunque el menor hubiese sido hospitalizado bien en la atención del 8 o 9 de enero para ese momento la patología no se

evidenciaba, de ahí que si era procedente los estudios practicados o el tratamiento médico brindado; situación contraria presentó el día 12 de enero, cuando la médica MARÍA ISABEL PATIÑO al recibir en urgencias al infante ordena la práctica de exámenes y se logra determinar a partir de un conteo de las plaquetas que para ese momento el infante padecía de dengue clásico. Y esta nueva situación que de acuerdo con los anteriores informes reseñados, es aquella denominada etapa crítica; debió ser manejada a partir del 11 de enero.”; esta apreciación valorativa no surge como cierta, en tanto que se trata de una secuencia de eventos, lo que la jurisprudencia denomina como concurrencia de varias conductas imprudentes; La Corte Suprema de Justicia, en ese sentido toca el tema y en Sentencia 27388 del 08/11/2007 M.P. Julio Enrique Socha Salamanca, establece: “La opinión dominante, sin embargo, considera irrelevante hacer esa clase de distinciones cuando el resultado típico es producido por la concurrencia de varias conductas imprudentes, en la medida que toda persona responde en el delito imprudente a título de autor: “En caso de (como máximo) imprudencia por parte de todos, no está claro para ninguno de los intervinientes cómo va acabar el suceso. La ley renuncia, por ello, a graduar las formas de intervención y otorga el mismo tratamiento a todas las causaciones imprudentes o (en la omisión) a todos los comportamientos consistentes en no haber impedido el resultado. No se diferencian las clases de causación (uno mismo, mediante otros, con otros, en participación), sino que se uniformizan todos los partícipes”.

Pues en el presente asunto, se trató de una enfermedad que es de rápida evolución, además de un mínimo riesgo de causación de la muerte, por ello encuentra el Despacho que es cierto como lo dijo el testigo JHONY ALEXANDER GARCÍA CASTRO, en su testimonio y en su informe aducido, que fue: “una muerte evitable, se evidencian fallas desde la consulta externa al no identificar signos de alarma en paciente con

*síndrome febril, así como inadecuado seguimiento, un inadecuado manejo, no hay adherencia a las guías del Instituto Nacional de Salud...”.*

*Por ello entonces, no es como lo señala la Judicatura que el deber objetivo de cuidado ante esa posición de garante comenzó a operar desde esta atención, refiriéndose a la prestada por el médico MARINO JIMÉNEZ, quien también desde el juicio declaró y explicó su intervención; intervención que deviene marcada eventualmente del principio de confianza, pues era de esperarse que los anteriores hubiesen actuado dentro del marco de su competencia, de ahí que las primeras atenciones eran fundamentales en una enfermedad de rápida evolución y con diagnóstico claro, con datos de la historia clínica que pudiesen orientar la atención y asunción de ese deber objetivo de cuidado.*

*Por lo antes dicho, la Fiscalía solicita se revise la prueba y su valoración y se revoque la decisión proferida.*

**El apoderado de las víctimas** interpone el recurso de apelación con fundamento en los siguientes argumentos:

Solicita se revoque la sentencia de primera instancia en la cual se absolvió de responsabilidad penal a los señores CESAR AUGUSTO ESTRADA FRANCO y AITE BETSABEL MONTERO CORONEL. Centra la presente inconformidad en el defecto fáctico por indebida interpretación de la prueba al desconocerse la existencia debidamente incorporada y suponer una no existente, del análisis del preciso contenido de la sentencia, salta a la vista que el fundamento de esta es respaldado por una fuerza mayor como lo es para el criterio del despacho la imposibilidad técnica y científica de resistir las consecuencias de padecer un dengue hemorrágico. Esta

afirmación tiene varios biseles que fueron probados por parte del Ente Acusador y de las pruebas allegadas por este sujeto procesal para destacar la existencia de un protocolo para la atención en esa época de la enfermedad de las ayudas diagnósticas (científicas) para determinar y diagnosticar adecuadamente la enfermedad y por último la conducta omisiva de los galenos involucrados en este proceso.

No es cierto como lo afirma el Juzgado, que el dengue hemorrágico sea una enfermedad no resistible en sus consecuencias para la época que ocurrió el suceso, pues se desprende de las pruebas periciales aportadas por la Fiscalía y la víctima que sí existían tratamientos que le restaran consecuencias a la sintomatología derivada de este virus y que en el caso concreto fue la falta de oportunidad y calidad, del servicio al atender los primeros síntomas de la víctima.

En el proceso se probó que los familiares de la víctima fueron diligentes en trasladar al menor al centro asistencial y fueron persistentes para que el servicio no se suspendiera, menos aún que se dilatara los suministros de medicamentos que le restaran progresividad al virus.

Asimismo, se probó en el proceso que fue desatinado el diagnóstico de los médicos acusados lo que provocó la muerte del menor y no la capacidad biológica del dengue hemorrágico, pues entonces para esa época como sucedía en las épocas primitivas de la humanidad todo aquel que padeciera un dengue de esta naturaleza tuviese como consecuencia la muerte.

Equivocadamente el despacho desconoce la prueba pericial, allegada y practicada oportunamente en el juicio y prefiere hacer apreciaciones en su lógica no científicas para exculpar a los acusados, afirmando que la antijuricidad no tiene presencia por la ausencia de protocolos técnicos que le dijeran a los galenos cómo debían atender, el diagnóstico de dengue hemorrágico, esta afirmación no es cierta, porque de la lectura de la historia clínica se desprende que hicieron un diagnóstico desatinado, es decir, que no fue la falta de protocolo, sino por la imprudencia de los profesionales de la salud al no estudiar con profundidad los síntomas del paciente sin analizarlos como el virus modo para esa época y recetarle los medicamentos propios de un virus común y no de un virus de la complejidad que representa el dengue hemorrágico.

Con la mera hojeada de la historia clínica, prueba documental incorporada al proceso se puede establecer que pasaron más de cuatro días para que el médico imprudente e irresponsable devolvía al menor sin tratamiento entrara en razón, ante las presiones y críticas del médico que sí cambió el diagnóstico, cuestionó el diagnóstico arribado por sus colegas inicialmente y sometió demasiado tarde la aplicación del tratamiento acertado en la prevención de las consecuencias del dengue hemorrágico.

Tampoco es de recibo la afirmación que realiza la sentencia a distancia, ante la ausencia de un nexo de causalidad entre la conducta desplegada por los procesados y la afectación al bien jurídico que se reclama, (la vida).

## **4. CONSIDERACIONES DE LA SALA**

### **4.1. Competencia**

Conforme al numeral 1 del artículo 34 del C.P.P., es competente la Sala para conocer de los recursos de apelación interpuestos por el Ente Acusador y el Apoderado de las Víctimas contra el fallo proferido el 31 de julio de 2019, por el Juzgado Primero Penal del Circuito Turbo- Antioquia.

### **4.2. Problema Jurídico**

De los recursos de apelación de la Fiscalía y el Apoderado de las Víctimas se desprende la pretensión de revocatoria de la sentencia absolutoria, al considerar que el acopio probatorio permite demostrar la responsabilidad penal de los acusados en la comisión del delito de Homicidio Culposo que generó la muerte del menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL, al resaltar los recurrentes que los acusados en su calidad de galenos obraron de manera imprudente al no realizar un diagnóstico correcto y oportuno y tratar el dengue hemorrágico desde el primer momento en que la madre del menor lo llevó al Centro Asistencial.

Procederá la Sala a estudiar las pruebas practicadas en la audiencia de juicio oral, a efectos de establecer la procedencia de la pretensión de condena invocada por los recurrentes o, si en su defecto, hay lugar a confirmar la sentencia absolutoria de primera instancia.

## **5. DE LA VALORACIÓN PROBATORIA**

Entre Fiscalía y los defensores de los acusados se celebraron las siguientes estipulaciones probatorias:

*Se acepta como hecho probado la plena identidad de los acusados, esto es, que el acusado CESAR AUGUSTO ESTRADA FRANCO se identifica con la cédula No. 86.062.139 y que la acusada AITEL BETSABEL MONTERO CORONEL se identifica con la cédula No. 39.046.600.*

*Se acepta como hecho probado que los acusados CESAR AUGUSTO ESTRADA FRANCO y AITEL BETSABEL MONTERO CORONEL son médicos cirujanos.*

*Se acepta como hecho probado que los acusados CESAR AUGUSTO ESTRADA FRANCO y AITEL BETSABEL MONTERO CORONEL, laboraban en el Hospital Francisco Valderrama de Turbo.*

*Se acepta como hecho probado que el occiso es el menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL.*

*Se acepta como hecho probado que el niño JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL tenía 8 años de edad para la fecha en que fue atendido en el Hospital Francisco Valderrama del municipio de Turbo.*

*Se acepta como hecho probado que la muerte del menor se produjo el 13 de enero del 2008 a las 06:55 horas en el municipio de Turbo, tal y como se desprende del certificado de defunción.*

*Se acepta como hecho probado el contenido del documento nominado como historia clínica que se aduce en 20 folios en copias para que sean materia valoración.*

### 5.1. De los testimonios practicados en el juicio oral.

**La señora DORIS LUZ CAUSIL VARÓN (madre del menor fallecido JUAN CARLOS CAUSIL VARÓN)**, manifiesta ser ama de casa y reside en el municipio de La Estrella -Antioquia y con anterioridad era residente en San Pedro de Urabá, en Turbo, entre otros lugares. Para el año 2008 vivía en la vereda Las Palmitas del Corregimiento El Tres, pertenecientes al municipio de Turbo.

En Turbo vivía con su esposo y sus cuatro hijos, llevaban viviendo allí alrededor de cinco años porque habían venido de una vereda de El Alto. Su esposo es el señor PABLO GARCÉS, sus hijos LEIDY GARCÉS CAUSIL, LEISON JAVIER GARCÉS CAUSIL, LEIDER JOSÉ GARCÉS CAUSIL Y JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL.

Para el momento en que residían en Turbo en el año 2008, su esposo trabajaba por días en las plataneras y la testigo vendía productos de revista de Avon y Yanbal, los niños estaban pequeños y ellos iban al Colegio ya en la tarde ellos en la casa hacían sus tareas y descansaban. **En ese mismo año 2008 su hijo JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL se enfermó, presentó fiebre cuando entró al Colegio en los primeros días de enero, en razón a una situación de dengue que venía padeciendo la vereda, en esos días había una alerta roja porque en el Alto de Mulato habían salido muchos niños enfermos con dengue y como habían visitado la vereda de El Alto en el mes de diciembre y ya en enero que llegaron a la casa su hijo empezó a presentar la fiebre el 9 de enero.**

Recuerda que ese primer día (9 de enero de 2008) que se enfermó llevó a su hijo al Hospital y, al segundo día, le mandan unos exámenes donde dicen que su hijo tiene dengue. Su hijo decía estoy

caliente y al tocarlo sintió que estaba muy caliente, no recuerda bien si fue el 7 o 9 de enero en que su hijo fue cuando se da cuenta que el niño tiene fiebre, el niño le decía que estaba caliente, con dolor de cabeza y los huesos. Debido a la manifestación del niño y después de percibir que el niño estaba enfermo, se esperó una hora y no le bajaba la fiebre. Al ver que no mejoraba y que manifestaba mayor dolor en los huesos decidió llevarlo por urgencias al Hospital San Francisco de Turbo – Antioquia.

Cuando el niño empieza a quejarse de la fiebre y el malestar fue en las horas de la mañana siendo las 10 o 11 de la mañana y para el momento que lo lleva al hospital era la tarde porque su hijo manifestó dolor de cabeza en las horas de la mañana antes del mediodía. El niño fue llevado al médico por el grado de fiebre y el dolor en los huesos que tenía.

Sobre la hora exacta en que lleva su hijo al Hospital no lo recuerda, pero sí fue en las horas de la tarde y allí lo atendieron por urgencias al Hospital Francisco Valderrama de Turbo- Antioquia, pero no le hicieron nada niño, solo le dijeron que le iban hacer unos exámenes que se le harían al día siguiente. La persona que lo atiende es el médico CESAR AUGUSTO ESTRADA porque fue al Hospital en varias ocasiones; en el primer día lo atendió CESAR AUGUSTO porque figura en las fórmulas su sello y es la misma persona que se encuentra en calidad de acusado.

Ese día llevó a su hijo por urgencias y el acusado lo examinó diciendo que el niño tiene un cuadro febril y no le entendió muy bien que fue lo que le dijo y le manifestó que había que hacer un procedimiento para detectar que es lo que tiene, pues podía ser paludismo y por eso requería de la realización de un análisis y la mandó para la casa y previamente que tomara un ficho para que le asignaran una cita para que presentara los exámenes y los resultados los viera un doctor.

**Precisa la deponente que su hijo en ese primer día de atención observó que el médico lo examinó en forma breve y le dio la fórmula para los exámenes; pero la revisión al niño fue tomarle el pulso y le colocó unos aparatos, miró sus oídos, revisó los ojos y le revisó el pecho y la espalda con un aparato. Este médico le dijo que la fiebre era normal y lo que había que esperar era como salían los exámenes y no dijo nada más.**

Agrega la deponente que el médico le preguntó cuál era motivo de la consulta por urgencias y le dijo la testigo que desde las horas de la mañana su hijo había estado con fiebre, malestar y con dolor en los huesos. El médico no hizo ningún diagnóstico en ese primer día de atención que debía esperar los resultados de los exámenes que se iban hacer ese en la mañana.

Los exámenes que le mandaron eran para ver si era un dengue o un paludismo; no sabe los nombres exactos de estos exámenes, pero uno era denominado gota gruesa para determinar si tenía paludismo y no recuerda el nombre de los otros exámenes que están consignados en la fórmula.

En el momento que termina la atención con el médico solo le dijo que la realización de los exámenes había que hacerlo al día siguiente porque de esos exámenes iba a conocer que tenía el niño, no le dijo nada más. Al día siguiente regresó al Hospital Francisco Valderrama y tomó un ficho siendo las 4:00 a.m. y el niño fue atendido en las horas de la mañana y los resultados le fueron entregados a las 9:00 a.m.; ese día estuvo con su hijo todo ese día con la testigo para hacerle los exámenes. Ya después como el acusado le dijo que esos exámenes debían ser analizados por un doctor, volvió a tomar otro ficho para acceder a otra cita con un médico para que mirara los resultados de los exámenes, donde le dieron el turno para

acceder a la cita con el médico a las 5:00 p.m., pero también se agilizó para que se los revisaran más temprano.

Retoma la testigo que el día de los exámenes a su hijo le chuzan un dedo y le sacaron sangre de una vena, siendo esto los exámenes. Estos resultados le fueron entregados a las 9:00 a.m. porque allá estaba programada la entrega de los resultados para las 4:00 p.m., pero ellos allá le colaboraron y se los entregaron en la mañana.

Posteriormente, como ya había apartado una cita médica para las 5:00 p.m. y debido como su hijo se quejaba del dolor, entonces le tocó a la puerta de la señora donde iba ser atendido el niño y le preguntó que si ella le podía colaborar con la lectura de los exámenes porque el niño seguía muy mal con fiebre y dolor, su hijo se estaba quejando y la doctora le dijo que si la esperaba la doctora la atendería a la hora del almuerzo.

Rememora la testigo que la doctora que se aprestó a colaborarle era la acusada AITEL y le mostró los exámenes informándole que su hijo estaba con fiebre y dolor en los huesos. Ella lee los exámenes y le dice sí su hijo tiene un dengue clásico y no se lo puede llevar para la casa porque tiene que ser atendido y debe quedarse en el Hospital. Ya la doctora empieza a realizar la papelería para que se quedaran en el Hospital. Entonces se fueron detrás de ella porque iba dejarla con su hijo a cargo de otro médico en el Hospital porque lo iban atender, dieron la vuelta al Hospital y llegaron a urgencias; donde la médica AITEL se pone a conversar con el doctor CESAR AUGUSTO sobre los exámenes y que las plaquetas les habían en un valor, y la doctora AITEL le solicitaba que lo dejara y el doctor CESAR manifestó que lo mandara para la casa por una infección respiratoria y que le mandara algo.

Al regresar la doctora solo les dio una fórmula donde les mandó un medicamento y de se fueron para la casa nuevamente. La doctora AITEL había manifestado al inicio después de revisar los exámenes que el niño tenía un dengue clásico y es por esa razón que ella consideraba que su hijo debía quedar hospitalizado. La atención le fue brindada 1:00 p.m. y ella cuando vio los exámenes que el niño tenía un dengue clásico y ella empezó hacer el procedimiento o papelería para dejar a su hijo en hospitalización.

Reitera la testigo que cuando la médica AITEL llega a urgencias de el Hospital habla con el médico CESAR AUGUSTO, no sabe que le preguntaba ella y ya el doctor le dijo a la médica AITEL que mandara al niño para la casa por infección respiratoria, ellos se demoraron 10 minutos mientras ellos decidían.

Posteriormente, cuando regresa la doctora AITEL nuevamente los lleva al consultorio de ella y le dice que al niño lo van a mandar para la casa por infección respiratoria le receta unos medicamentos, no recuerda bien si fue amoxicilina, indicando en que tiempo se los suministraba y que si persistía en el niño la fiebre muy alta que lo llevara nuevamente a urgencias, del Hospital salió siendo las 2:00 p.m. para la casa con el niño.

La médica AITEL le manifiesta que los medicamentos fueron prescritos debido a una infección respiratoria que tenía el niño, la doctora le dijo que un medicamento era para mermar la fiebre, el otro era para infección y otro era salbutamol.

Indica la testigo que el segundo día en que estuvo en el Hospital y al salir su hijo indicaba que tenía mucho dolor en los huesos, tenía a su hijo tendido en una silla porque estaba con fiebre y así se lo llevó para

la casa. Evoca que ninguno de los dos días que llevó a su hijo al Hospital no se le suministró ningún tipo de medicamento oral o por vía intravenosa al niño por parte de los acusados.

Al llegar a la casa la testigo le suministra los medicamentos que le prescribió la doctora AITEL al niño, ese día el niño empezó a fatigarse y asfixiarse, no mejoró y al día siguiente de estar tomando los medicamentos, el niño empezó a sentirse asfixiado, la fiebre nunca bajo y subió la intensidad del dolor en los huesos. Debido a que el niño desde que inicia con la fiebre ya no recibía alimentos lo único que tomaba eran líquidos con los medicamentos no tuvo ninguna mejoría pasó toda la noche asfixiado. El niño siguió toda esa noche mal se quejaba mucho por el dolor y presentaba cólicos en el estómago y regresó con el niño a urgencias del Hospital, pero en peor estado, ya con dolor abdominal y con la fiebre más alta. Precisa que el niño lo llevó nuevamente al Hospital siendo el día 11 de enero.

Ya estando en el Hospital fue atendido el niño nuevamente por urgencias donde lo evalúa un médico a quien le informa que su hijo ha sido examinado varias veces y que no había tenido mejoría y por eso regresó al Hospital, y el médico le preguntó si le estaba dando el medicamento, y le manifestó que sí pero en ningún momento el niño mejoró y tenía dolor abdominal, en ese momento, en esta oportunidad si le colocaron medicamentos a su hijo donde le bajaron la fiebre quedando el niño con las plantas de los pies y las manos de color amarillo y seguía con el dolor en los huesos.

Para ese día 11 el niño fue atendido por un doctor de nombre JHON JAIRO, no recuerda bien quien era y le colocaron el sello de CESAR AUGUSTO porque ese médico no tenía el sello de él y CESAR AUGUSTO estaba también en las instalaciones porque el médico CESAR

AUGUSTO dijo: *“esa señora que más quiere si el niño ya se le atendió y que cree que el niño se levanta ahí mismo cuando pesca la enfermedad”*.

El día 11 su hijo fue atendido en el Hospital en las horas de la mañana o medio día, allí estuvo su hijo mientras le colocaban el medicamento por la vena y lo que término de pasarle el suero, eso fue una hora y media o dos horas. Luego de salir del Hospital su hijo seguía con el dolor, la fiebre si le bajó, pero su hijo ya estaba haciendo deposiciones muy fétidas de color negro, ya el niño olía a fétido a pesar de seguir suministrándole los medicamentos prescritos y su hijo ya tenía un quejido lento, al día siguiente siguió así con ese quejido y estuvo todo el día en la cama porque le dolían los huesos.

El día 11 no sabe que medicamentos le colocaron a su hijo, solo le informaron que el medicamento era para bajarle la fiebre. Ese día no le mandaron medicamentos nuevos para suministrarle al niño a la casa. Para el día 12 la testigo le dijo a su esposo que al niño se lo habían mandado con una infección para la casa y ya sabía que el niño tenía un dengue que los medicamentos que le mandaban no le servían al niño porque estaba peor y el niño estaba oliendo fétido, y como los médicos no han querido hacer nada por él, no lo han querido hospitalizar porque no lo llevan a otro Hospital para que otro médico les indique qué es lo que tiene su hijo. Decidieron llevar al niño a Currulao donde había un médico, pero cuando entraron al consultorio no quiso atender al niño porque lo vio mal insinuando que no había nada que hacer.

El médico de Currulao se llama RODRIGO y este no quiso atenderle a su hijo pese a que le dijo que llevaba varios días enfermo y le solicitó que le aplicara algún medicamento y, este médico lo sentó en la camilla y le puso un dispositivo para saber cómo estaba la presión manifestándole que no podía atenderle al niño; él debió estar hospitalizado

y le indicó que no puede hacer nada por él, manifestándole que al niño más tarde le iba a dar un shock y que el niño no resistía el niño estaba haciendo deposiciones con sangre olía fétido, le dijo que lo llevara al Hospital.

Nuevamente regresa con el niño por urgencias al Hospital, pero su hijo entró en el estado que le indicó el doctor, y lo empezaron a reanimar, pero no volvió. Esto fue el día 12 de enero siendo las 7 o 8 de la noche a su hijo lo recibieron rápido y allí estuvo hasta la madrugada donde le dijeron que su hijo estaba muy mal y lo que tenía era un dengue, por lo que se tendría que trasladar el niño al municipio de Apartadó o Medellín porque ahí no lo podían atender, eso se lo mencionó los médicos que estaban en la madrugada y no recuerda sus nombres.

(...)

Sobre la evolución del tratamiento al niño, le informaron que al niño había que colocarle ventilación, no sabe que más le colocaron a su hijo. Ya en las horas de la madrugada el niño seguía mal había empeorado y solo le preguntaron quién se iba ir con el niño porque sería trasladado a otro centro asistencial, por lo que se dirigió por una ropa de ella y su hijo, mientras regresaba entró su esposo y se quedó con el niño, al regresar vio como a los médicos corriendo y le dijo su esposo que el niño había muerto, el niño no alcanzó a ser trasladado y se enteró de la muerte de su hijo a las 5:45 a.m. del día 13 de enero de 2008.

La causa de la muerte de su hijo JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL, le fue informada que tuvo muerte de natural sin indicarle qué fue lo que ocasionó su muerte. Ese día también estuvo su esposo PABLO JOSÉ GARCÉS acompañándola con el menor, no conoció en ese momento quien certificó la muerte del niño, se percata quien certificó la muerte después

que fue a retirar la historia clínica del niño para llevarla para que se la leyeran y le llevaran proceso porque no había quedado conforme con la atención.

Respecto del inicio de la atención de su hijo JUAN CARLOS, recuerda que lo llevó el día 7 de enero, luego se le hicieron los exámenes el 8 de enero cuando lo atendieron. Cada vez que llevaba a su hijo al Hospital siempre cumplió con las recomendaciones de los médicos, esto es, el suministro de los medicamentos y el proceso a seguir.

Aparte de la situación de su hijo JUAN CARLOS CAUSIL, conoció que el primo de él estuvo remitido al Hospital de Apartadó por dengue, fue atendido y el duró como un mes, pero se recuperó. Decidió la testigo llevar a su hijo al Hospital Francisco Valderrama del municipio de Turbo porque estaba más cerca del Corregimiento El Tres, mientras que la afiliación de salud la tenían en el municipio de Apartadó.

Durante las visitas al Hospital Francisco Valderrama donde fue atendido su hijo JUAN CARLOS CAUSIL por los acusados AITEL BETSABEL y CESAR AUGUSTO ESTRADA FRANCO, ninguno de ellos le sugirió llevar a su hijo a otro Centro Hospitalario.

En el contrainterrogatorio dice la testigo que en el momento en que la Dra. AITEL BETSABEL se reúne con los médicos CESAR AUGUSTO y PEDRO DÍAZ no tenían algo claro, lo que si sabía la Dra. AITEL BETSABEL que era dengue y estuvo como pidiendo asesoría y ellos hablaron. El médico CESAR AUGUSTO le negó la atención médica después de hablar con la galena AITEL BETSABEL, pues ya ésta médica había determinado que su hijo padecía la enfermedad del DENGUE y luego de conversar con el médico CESAR AUGUSTO le devolvió al niño con una fórmula ambulatoria y la contradice diciendo el que niño lo que tenía era infección respiratoria.

Manifiesta la testigo que en una oportunidad lo atendió el médico diferente a CESAR AUGUSTO ESTRADA FRANCO y utilizó el sello de CESAR AUGUSTO ESTRADA, porque en el momento no encontró el sello de él y eso es lo que aparece en la fórmula.

(...).

Expresa la testigo no acudir el día 10 al Hospital cuando el niño continuaba con los síntomas porque le estaba suministrando los medicamentos recetados por la Dra. AITEL BETSABEL y que con ellos veía la mejoría en el niño, y esperó que el niño mejorara y eso nunca sucedió. Fue ese momento en que lo llevó. Siempre les informó a los médicos al llegar al Hospital que su hijo tenía dolor huesos, fiebre, dolor de cabeza.

Después de haber fallecido su hijo JUAN CARLOS solicitó la historia eso fue a los días que efectuó esa solicitud...fue la médica AITEL que en el momento de hacer la lectura de los exámenes del niño concluye en su diagnóstico de DENGUE CLASICO. Durante el tiempo en que estuvo su hijo enfermo no lo automedicó.

Manifiesta la testigo que los exámenes fueron realizados en el laboratorio clínico del Hospital Francisco Valderrama...cuando llega al consultorio de la acusada AITEL BETSABEL al ser la hora del almuerzo no había mucha gente en ese momento para que revisara los mismos.

La atención que le prestó la Dra. AITEL BETSABEL, ella le atiende a su hijo, leyó los exámenes y le dijo que su hijo estaba mal y le manifiestan que no se podía retirar la testigo con el niño porque debía quedar hospitalizado porque presentaba un dengue clásico y no se pueden ir, ella hizo el procedimiento de la papelería y luego se fueron detrás de ella

para entregar el niño a otro médico. Y, al encontrarse al médico CESAR AUGUSTO y es donde ellos hablan.

Sobre la atención de su hijo por parte de un médico diferente a los señores AITEL BETSABEL y el Dr. CESAR AUGUSTO, se dio el 11 de enero de 2008, este médico era de piel trigueña, robusto era ya un señor adulto de más de 30 años.

Su hijo fue atendido por varios médicos en el Hospital Francisco Valderrama, desde que inició hasta que fallece fueron tres médicos, pues ya para el día su muerte no sabe cuántos médicos más intervinieron en su atención.

En los días que acudió al Hospital fueron tres médicos quienes a atendieron a su hijo, ya para el día 13 de enero cuando ahí se arribaban varios médicos para atenderlo. Pero ese día no sabe quien más lo atendió.

El día que estuvo en el consultorio con el médico CESAR AUGUSTO y al acudir nuevamente, este médico le dijo que tenía que esperar la reacción de los medicamentos, que era muy pronto para volver a traer a su hijo, desconoce por qué la Dra. AITEL BETSABEL MONTERO cambio su diagnóstico de DENGUE y eso ocurre porque ella habla con el doctor CESAR AUGUSTO, ya para ese momento su hijo tenía una fiebre de 3 días y dolor en los huesos.

(...).

Conforme al testimonio de la señora CAUSIL VARÓN quien era madre del menor JUAN CARLOS GARCÉS, se desprende que durante el curso de la enfermedad del menor acudió al Hospital Francisco Valderrama

de Turbo- Antioquia para ser atendido en la sintomatología de fiebre, dolor de huesos donde fue atendido primigeniamente por el médico CESAR AUGUSTO ESTRADA FRANCO quien conforme a la historia médica del menor GARCÉS CAUSIL anexa y estipulada como prueba por los sujetos procesales obrante a fl. 276 s.s. (Cuaderno 1), se vislumbra que el menor fue atendido por los galenos AITEL BETSABEL MORENO CORONEL, MARINO A. JIMÉNEZ, ALEJANDRO GONZÁLEZ OSPINA y la Dra. MARÍA ISABEL PATIÑO F., todos ellos pertenecientes al Hospital Francisco Valderrama de Turbo – Antioquia.

Ahora bien, la intervención en la atención del acusado CESAR AUGUSTO ESTRADA FRANCO, se originó el 08 de enero de 2008, donde en la historia clínica estipulada no obra nota alguna de la atención médica por parte de este médico, no obstante, se advertirá en su momento en el abordaje valorativo del testimonio del acusado donde se acredita lo advertido por la testigo CAUSIL VARÓN quien evoca que el menor fue revisado y devuelto a su casa por este galeno con una orden para realizarle al menor unos paraclínicos y que obtenidos los resultados para su revisión debía acudir al servicio de consulta externa para 9 de enero de 2008.

Asimismo, de lo manifestado por la testigo confluye en las anotaciones de la historia clínica en sentido que el menor fue atendido el 11 de enero de 2008 por urgencias por el Dr. MARINO A. JIMÉNEZ en el Hospital Francisco Valderrama donde se le suministró un antipirético y se le dio hidratación endovenosa, siendo ese mismo día dado de alta por el médico ALEJANDRO GONZÁLEZ OSPINA quien le recibió turno al Dr. MARINO JIMÉNEZ. Posteriormente, siendo 12 de enero 2008 la señora CAUSIL VARÓN lleva al menor GARCÉS CAUSIL nuevamente por urgencias quien ya presentaba otros síntomas como dolor abdominal y la persistencia de las deposiciones diarreicas y dolor en los huesos, siendo atendido por la galena Dra. MARÍA ISABEL PATIÑO F., quien luego de ingresarlo por urgencias realiza exámenes paraclínicos determinando que el niño presenta plaquetopenia

(reducción de las plaquetas por debajo del rango) el resultado arrojó 3 plaquetas por campo para un total de 63.000 plaquetas<sup>1</sup>, esta galena que atendió al menor lo canaliza quien ingresa afebril (ver fl. 283 C. 1).

Siendo las 23:00 del 12 de enero de 2008 la Dra. MARÍA ISABEL PATIÑO, realiza la anotación en la historia clínica que el menor presenta fiebre de 38,4 grados (...). Para el 13 de enero de 2008 a las 00:05 horas se ordena el traslado del paciente a urgencias pediátricas con diagnóstico de dengue, presentaba mucosas orales secas (...) el menor fallece por dengue hemorrágico siendo las 6:30 a.m. al entrar en paro cardio respiratorio.

Como puede observarse la madre del menor GARCÉS CAUSIL acudió en diversas oportunidades al Hospital Francisco Valderrama para procurar la atención de la patología que demandaba su hijo, pero infructuosamente perdió la vida el 13 de enero de 2008 por causa de un dengue hemorrágico siendo esta la certificación de defunción expedida por la galena MARÍA ISABEL PATIÑO.

**La señora NORIS NOVOA FLÓREZ**, manifiesta ser residente en el municipio de Apartadó hace 10 años, de oficio ama de casa y convive en unión libre con su pareja. Conoce a la señora DORIS CAUSIL hace 18 años porque ha sido vecina de ella alrededor de 10 años, la conoció en el sector Palmitas hasta que se fue a vivir a Apartadó - Antioquia.

A la señora DORIS CAUSIL la conoció cuando llegaron en forma simultánea a vivir en el sector Las Palmitas, ella era ama de casa y vivía con el señor PABLO y sus hijos; pero no recuerda los nombres de los hijos muy bien. Recuerda que uno de los niños era JUAN CARLOS CAUSIL,

---

<sup>1</sup> Rango normal de plaquetas oscila entre 150.000 a 450.000.

para la época el niño estaba pequeño y estudiaba, pero no recuerda el grado.

Conoció que el niño JUAN CARLOS se enfermó y falleció, debido a que la testigo visitaba a la señora DORIS CAUSIL y ella también la visitaba por lo que pudo observar que el niño estaba enfermo, donde DORIS llevaba el niño al Hospital y se lo devolvían hasta que murió, estos hechos ocurrieron en 2014 pero no recuerda bien la fecha. El niño estaba enfermo y no sabe de qué se enfermó al final murió y dijeron que tenía era dengue, pero no sabe si fue de eso. El niño presentaba una fiebre alta y observaba que en la misma forma regresaba a la casa después de ser atendido en el Hospital, desconoce que más tenía el niño. La señora DORIS le había comentado que el niño tenía dengue hemorrágico, estuvo enfermo alrededor de 15 a 20 días. El niño era sano y activo no padecía ninguna otra enfermedad con anterioridad.

En el contrainterrogatorio manifiesta la testigo no haber visto a la madre del menor JUAN CARLOS suministrarle medicamentos o tomas naturales. El niño se enfermó hasta que murió, esa enfermedad le cayó, pero no se recuperó, era llevado al médico y regresaba enfermo. En la vereda Palmitas llegó a escuchar que había más personas con esa enfermedad.

(...).

Sobre el relato de la testigo NOVOA FLÓREZ encuentra la Sala que no aporta ningún elemento juicio distinto a lo manifestado de primera mano por la testigo DORIS CAUSIL, al punto que manifiesta en forma imprecisa que los hechos relativos a la enfermedad que llevaron a la muerte al niño GARCÉS CAUSIL ocurrieron en el año 2014, cuando estos hechos ocurrieron en el año 2008. No obstante, la testigo manifiesta haber

visto al menor enfermo y asegura no haber visto a la señora DORIS CAUSIL no haberle suministrado medicamentos ni tomas naturales para el tratamiento de la enfermedad que según le comentó la señora DORIS se trataba de un dengue, haciendo claridad que fue la misma señora DORIS CAUSIL quien manifestó haberle suministrado a su hijo acetaminofén, amoxicilina y salbutamol a su en forma infructuosa puesto que no apreció mejoría en el niño recurriendo al Hospital por urgencias.

**El señor JOSÉ VICENTE DÍAZ RENDÓN**, residente en el Corregimiento El Tres de Turbo- Antioquia, de oficio supernumerario en la Fundación Nuevos Horizontes donde lleva laborando 10 años. La Institución presta los servicios de salud a los afiliados de la EPS EMDISALUD en varias sedes, y en el municipio Turbo la sede en la calle 101 entre las carreras 15 y 14 Barrio Baltazar (...).

Conoce a la señora DORIS LUZ CAUSIL VARÓN hace muchos años porque han sido vecinos y han tenido una relación casi familiar, ella vivía en el municipio de Necoclí cuando el testigo residía en esa municipalidad, conoce a la familia de la señora CAUSIL, sabe que ella vivía con PABLO y tenía cuatro hijos (leidy, el niño Juan Carlos "fallecido"), no recuerda el nombre de los otros dos hijos.

Rememora el testigo que el menor JUAN CARLOS estuvo de paseo visitando al abuelo en el Corregimiento de El Alto del Mulato, donde el niña ya regresa de allí con síntomas de la enfermedad y lo lleva al Hospital. De allí lo atendieron y se lo regresaron donde la señora DORIS nuevamente lleva al niño al Hospital. Y, ya cuando el niño se le agravó que se puso mal el niño fallece, conoció la situación y fue ella quien le comenta que estuvieron allí visitando a los padres de PABLO (padre del finado JUAN CARLOS) y el niño había venido enfermo de ese lugar.

Reseña el testigo que fue en el mes enero de 2008 cuando la señora DORIS llevó a su hijo al Hospital Francisco Valderrama del Municipio de Turbo – Antioquia, no recuerda bien el día, pero llevaron al niño JUAN CARLOS al hospital, pues el niño fue atendido en consulta y fue devuelto nuevamente donde el niño continuaba sin mejoría.

La señora DORIS CAUSIL fue al centro asistencial donde laboraba el deponente llevándole los documentos para que le diera un criterio sobre las anotaciones consignadas en ellos y como el testigo no era médico, le pidió el favor a una médica porque su función en esa época era ser promotor de salud, donde visitaba a los afiliados y remitirlos a los programas de promoción y prevención (...), cuando DORIS llega le dijo que tenía el niño y lo había llevado al Hospital enfermo y se lo habían mandado a la casa en las mismas condiciones.

El niño tenía síntomas de fiebre, escalofríos y vómito, según la señora DORIS el niño llevaba tres días en esas condiciones, donde le explica que el niño ya había estado en el Hospital de Turbo. Para ese mismo día que la señora DORIS acude al centro asistencial donde trabajaba el testigo, se le ayudó solo a mirar lo que decía la historia de atención del otro médico en donde la médica le dio unas recomendaciones y se le orienta.

Después de que la señora DORIS le mostró los documentos a la médica (de la cual no recuerda su nombre), ella le dijo que el menor presentaba los signos de un dengue y que el niño debía estar hospitalizado.

Posteriormente, que la señora DORIS llevara el niño allí, se dio cuenta que el niño murió, donde ya había trascendido cinco días después de que ella recibió orientación donde el testigo trabajaba y después de eso no volvió hablar con la señora DORIS, supone el testigo que el niño murió como consecuencia del dengue porque era los síntomas que

el niño presentaba y fue lo que le dijo la doctora, supone que su muerte se derivó por el dengue.

Aclara el deponente que en el momento en que DORIS entró al consultorio para recibir la orientación de la galena no estuvo presente y fue DORIS quien entra sola.

En el contrainterrogatorio expone el testigo que el comportamiento del niño JUAN CARLOS era bueno y saludable, no conoció aparte de los medicamentos que DORIS le haya suministrado otra cosa al menor. Sobre la orientación no se hizo un examen físico, sino que la médica solo miró el rito o historia clínica del otro médico porque ella para ese momento no llevó el niño, ella fue sola. Después de que la doctora le dio la orientación al día siguiente el niño se puso mal y DORIS llevó nuevamente al niño al Hospital.

Conoció el testigo que el niño venía enfermo desde el Corregimiento Alto de Mulatos, porque le había comentado DORIS que estuvieron allí de visita y que el niño llega con los síntomas de la enfermedad...la señora DORIS buscó un nuevo concepto y al ver que había consulta médica la señora pensaba que de pronto allí podían atender al niño y la recomendación fue que lo llevara al Hospital.

(...).

La señora DORIS no pidió cita previa para que le leyeran los exámenes del niño...no habló con la médica el testigo y fue DORIS quien pidió que la atendiera. Esta médica no hizo ninguna recomendación o anotación de la atención donde hizo el diagnóstico de dengue.

Culmina el testimonio afirmando que al Hospital había sido llevado el niño por DORIS en dos oportunidades antes de acudir al Centro Asistencial para solicitar orientación. Desconoce qué tipo de tratamiento recibió el menor en el Hospital en esas dos oportunidades (...).

En relación con el relato del señor JOSÉ VICENTE DÍAZ RENDÓN conoció por parte de la madre que el menor JUAN CARLOS GARCÉS estaba enfermo desde que regresó del corregimiento Alto del Mulato en donde afirma que la señora DORIS CAUSIL acude al centro asistencial donde trabajaba deponente para que mirara la historia clínica del menor y el testigo le pidió el favor a una médica para que le orientara en la lectura de la historia quien le manifestó según lo manifestado por la señora DORIS que el niño tenía dengue manifestándole que el niño debía estar hospitalizado. Este relato tampoco aporta elementos de juicio diferentes que el conocer que el menor estaba enfermo donde lo había llevado al Hospital y que menor no había sido hospitalizado y que murió a los cinco días de haber solicitado orientación en el centro de salud donde laboraba el señor DÍAZ RENDÓN este testimonio no informa nada distinto a lo evocado por la señora DORIS CAUSIL VARÓN y lo aportado en la historia clínica.

Además del relato del señor DÍAZ RENDÓN se advierte que la información relativa a las atenciones que tuvo el menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL en el Hospital Francisco Valderrama deriva de lo manifestado por la madre del menor, pero no le consta en qué días acudió la señora DORIS CAUSIL para llevar el niño a la institución hospitalaria y que médicos lo atendieron, no siendo un testigo directo de los hechos.

**El acusado CESAR AUGUSTO ESTRADA FRANCO,** decide renunciar a su derecho a guardar silencio para ser testigo de su propia causa. Manifestando ser graduado como médico cirujano en la Universidad

Rafael Núñez de Cartagena en el año 2005, el año rural lo realizó en el año 2006 en el Hospital Francisco Valderrama y, llegó a laborar también en el Hospital Roldan Betancur y en el centro de salud de currulao o en nueva colonia, entre otros.

En el Hospital Francisco Valderrama realizó el año rural en el año 2006 y debido a su buen comportamiento comenzó a laborar como médico de planta siendo julio de 2006 y en la actualidad labora en el Hospital Francisco Valderrama, donde se desempeña como médico general de urgencias y también ha rotado en consulta externa y en las funciones de control y prevención, pero por lo general se encuentra ubicado en el servicio de urgencias.

En el servicio de urgencias se presta la atención al paciente que acude por cualquier patología salvaguardando su vida, se aplica un filtro donde se clasifican para tomar la decisión si amerita el ingreso del paciente por urgencias o si debe ser atendido por consulta externa y debe esperar para ser atendido en 24 horas.

Para atender un paciente por urgencias se miran en qué condiciones está, midiendo la temperatura si pasa los 39 grados centígrados y si está por debajo se habla de una temperatura que puede ser manejada ambulatoriamente con antipiréticos orales, se observa si el paciente no presenta dificultad respiratoria que amerite ingresarlo por urgencias para colocarle oxígeno para nebulizarlo y evaluándose el estado neurológico del paciente (si llega caminando o está inconsciente), se determina el grado de hidratación del paciente (si está o no deshidratado).

Una vez analizado el estado general del paciente se mira si tiene algún signo de peligro que amerite su ingreso por urgencias y brindarle

la observación y de ser necesario debe realizarse los exámenes para mirar que se hace si se hospitaliza o si se le da salida según los exámenes y según la evolución del paciente. Si el paciente al llegar a urgencias no presenta signos de peligro y luego de superarse la evaluación del médico de turno se le hace unas observaciones donde se le informa al paciente que no tiene dificultad respiratoria y la fiebre puede ser manejada ambulatoriamente, no tiene signos de sangrado y peligro siendo entonces manejado de forma ambulatoria donde se le da la fórmula y se ordena unos exámenes siempre y cuando sea necesario, dándose recomendaciones y se les dice que acudan por consulta externa para que sean evaluados.

Asevera el acusado CESAR AUGUSTO no tener ningún tipo queja o proceso en su contra debido al ejercicio de su profesión médica aparte del presente proceso. Recuerda haber atendido al menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL en el año 2008 por el servicio de urgencias, para esa época estaba en el servicio de urgencias de turno de 7 am a 7 pm, el niño llegó en horas de la mañana siendo las 8:00 o 10:00, donde la madre lleva el niño a urgencias porque llevaba un día de evolución de fiebre y que el niño presentaba dolor en las articulaciones, procediendo a interrogarla si tenía más síntomas y le dijo que no, entonces evalúa al niño, donde encuentra una temperatura de 37.8 grados y hay fiebre después de 38 grados; apenas le estaba comenzando la temperatura a subir, le evalúa los órganos como boca normal, oídos normal y observó que los pulmones los tenía limpios no tenía enfermedad respiratoria y estaba en buen estado de hidratación y a la madre se le interrogó si el niño tenía algún signo de sangrado y se piensa siempre en la zona (Turbo) en las enfermedades tropicales como dengue, paludismo, leptospira.

Retomando la atención de urgencias, recuerda **que la madre del niño le dijo que la fiebre le había empezado el día anterior en forma alta y que ella le había suministrado acetaminofén, pero la fiebre**

**bajaba y subía, al terminar la evaluación del menor determina que el niño no tenía ninguna señal de peligro, pues estaba hidratado y si bien tenía fiebre, era una fiebre que era manejable en forma ambulatoria con antipiréticos orales.**

Para la prestación del servicio de urgencias para ese momento se anotó la atención en un RIS carpeta (*fecha en que no había sistema, ni triage*) donde se anotaban los datos del paciente como el documento la edad, los días que llevaba con los síntomas y lo positivo que se encontró en el examen físico y las recomendaciones que se daban.

En el caso concreto se le informa a la madre del menor que debido a la zona, se recomendaba la realización de exámenes de rutina para descartar otra patología, esto exámenes fueron: hemograma, gota gruesa de paludismo y un examen de orina. Además, se realizaron las recomendaciones que sí continuaba con la fiebre o si lo veía decaído debía regresar por urgencias para evaluar al niño y la señora se dirigió al día siguiente (9 de enero de 2008) a consulta externa luego de los exámenes y allí fue evaluado por otra médica donde percibe que fue analizado por consulta, ese mismo día conoció del menor porque tuvo un dialogo con la Dra. AITEL BETSABEL y como ella había revisado los exámenes que le había ordenado el día anterior, esto es, el hemograma, examen de paludismo y el parcial de orina.

La Dra. AITEL BETSABEL lleva al niño traslado a urgencias para dejarlo en observación y como el deponente estaba en servicio ese día en urgencias con el doctor PEDRO DÍAZ, se acerca la Dra. AITEL manifestándoles que iba a dejar en observación al niño porque los exámenes habían salido patológicos y tenía un diagnóstico de un dengue interrogado.

Al mirar los exámenes el niño llega con la mamá y no apreciaba tan decaído y procedió revisar los exámenes y se percata que, para el hemograma, el laboratorio en esa época los orientaba porque ante tanto cuadro febril los reactivos se acababan...entonces la Dra. AITEL llega con el niño y el acusado revisa los exámenes informándole a su colega AITEL que los exámenes no estaban patológicos y ella le manifestó que mirara las plaquetas que estaban en 17; y testigo le responde a la Dra. AITEL que en ese momento el equipo que daba los resultados estaba dañado.

Por ese motivo, la bacterióloga leía el hemograma y hacía un conteo de plaquetas en forma manual en el microscopio. Pero ahí había que multiplicar el resultado por la constante que la manejaba el laboratorio y al niño no se le hizo la multiplicación, sino que se le dejó solo la constante, pues en el laboratorio se les informaba que el equipo estaba dañado y que el examen se hacía manual.

Entonces fue ahí en que le dice a la Dra. AITEL que ese resultado del examen no estaba multiplicado por la constante de 21.000, y que el acusado conocía de la situación porque las bacteriólogas del laboratorio ya le habían informado y dado que el servicio de urgencias se colapsaba y se informaba por ella la constante para establecer el resultado total de plaquetas.

Luego de realizada la operación para multiplicar el resultado del examen con la constante arrojó un resultado de **357.000 plaquetas** y la Dra. AITEL cayó en cuenta que ese era el valor y al haber verificado que el niño no tenía signos de sangrado, adicionalmente le hizo una prueba de torniquete donde se toma el brazo haciendo presión con un tensiómetro y se deja cinco minutos para establecer si alrededor salen unas petequias o punticos de sangrado, pues ello es común en los cuadros con dengue donde se puede establecer si ya hay manifestaciones

hemorrágicas. Al salir la prueba de torniquete negativa, no presentaba dificultad para respirar, la fiebre era de 38 grados (no era severa) y **se le explicó a la Dra. AITEL que el resultado de plaquetas era normal porque daba 357.000 y los valores normales oscilan entre 150.000 a 500.000 plaquetas.**

Como la Dra. AITEL pensaba que se trataba de un dengue al considerar solo el resultado de 17 plaquetas por campo sin aplicar la constante, se le explicó por parte del acusado y el Dr. PEDRO DÍAZ que los resultados estaban normales porque el resultado del niño estaba en 357.000, razón por la cual la Dra. AITEL en su criterio médico observa los resultados y al ver que no tiene los diagnósticos como tal, se los cambia porque fue error del resultado al no haber aplicado multiplicación de la constante, le dijo a la señora que el niño estaba presentando un cuadro gripal.

Para el año 2008 no se contaba con una prueba rápida para dengue y actualmente se solicita el hemograma para verificar como está la anemia, las plaquetas, signos de infección y ahora se solicita prueba rápida para dengue y si el laboratorio confirma que es positiva.

Para el momento en que se atiende al menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL se hacía el hemograma y se contaban las plaquetas que estaban por debajo de 150.000 era un proceso donde le niño ya estaba sangrando entonces permitía afirmar que el menor presentaba un cuadro de dengue y se solicitaba la serología al laboratorio departamental en la ciudad de Medellín que, para la época habían niños que se iban para su casa y los resultados demoraban en tardar en llegar alrededor de un mes con un resultado confirmatorio para saber si era dengue o no lo que tenía el paciente.

Afirma el acusado que la mayoría de los casos se resuelven satisfactoriamente en forma ambulatoria, y cuando las madres vienen a buscar los resultados y estos eran positivos; se observaba que ya los niños se habían recuperado. Estos niños en un 90% se recuperan con manejo de hidratación oral y antipiréticos, donde solo un 2% se complica y en menos de 48 horas puede entrar el paciente en un shock dengue, donde empieza a sangrar advirtiéndose un deterioro neurológico que lleva al paciente a la muerte.

Reitera el acusado que para aquella época se demoraba un mes para obtener el resultado. Señala que los niños normalmente no se tenían hospitalizados y si se complicaban se remitían para la ciudad de Montería, pues si bien se contaba con pediatra el Hospital no era de segundo nivel de complejidad, el pediatra solo cumplía valorando el niño y de ser necesario remitía al niño a una UCI pediátrica.

Retoma el acusado que el niño se lo llevó la Dra. AITEL BETSABEL y le suministró las recomendaciones a la madre. Ya después el niño volvió acudir el 10 o 11 enero, dándose cuenta el testigo de este dato porque conoció de la situación a través de la historia clínica porque no volvió a tener más contacto con el niño y, en la historia clínica no hay notas del acusado porque no lo volvió atender más allá de la consulta inicial por urgencias.

El menor JUAN CARLOS en su cuadro inicial presentaba fiebre y dolor articular, no manifestó más nada de otras sintomatologías...el manejo ambulatorio obedece a que en la atención de urgencias se establece las condiciones del paciente, al niño normalmente las madres los llevan cargados, pero siempre en su ingreso se evalúa como llegan urgencias si están activos, si hablan, se determina si se atiende por urgencias conforme a la clasificación; de ahí que, si es cuadro respiratorio

se mira la gravedad para ingresarlo y se le nebuliza. Si el paciente está con deshidratación se le ingresa para hidratarlo, pero si no presenta ningún signo de peligro y ningún signo de alarma, se le da salida para su casa con sus recomendaciones atinentes a que sí continúa con el cuadro debía acudir nuevamente al Hospital. En ese sentido, es de acuerdo con la patología que presente el paciente, si es un paciente con diarrea se le dan las recomendaciones ante la persistencia de las deposiciones líquidas y no tolera la vía oral debe llevarlo porque está deshidratándose (...).

Sobre las recomendaciones que le dio a la madre del menor JUAN CARLOS, fueron orientadas a que si continuaba con la fiebre debía acudir por urgencias y como se le ordenó los exámenes le recomendó que luego de realizados estos, llevara al niño por consulta externa para que el médico revisara los exámenes. **Estos exámenes se hacen para orientar y observar de qué tipo de enfermedad se trata, teniendo en cuenta en la zona la presencia de enfermedades tropicales, para ese momento se le mandó acetaminofén y los exámenes con la posterior revisión de estos lo que se presentó al día siguiente.**

(...)

Advierte el acusado que las plaquetas son unas células en el organismo que controlan la sangre coagule ante la existencia de una herida y evite la pérdida de sangre. El hemograma es un examen donde se evalúan todas las células de la sangre para avizorar si hay signos de infección donde unas células que se aumentan en el hemograma, se miran los eritrocitos que son las células de los glóbulos rojos si hay anemias, las plaquetas se miran si hay problemas o no de coagulación.

Sobre el examen de serología de dengue era un examen que demoraba un mes en Medellín. Y, en la actualidad hay dos pruebas y

sus resultados (IGG y IGM) su demora es lo que se tome el laboratorio procesando, donde una de ellas es inmunológica y, la otra, es confirmatoria para dengue.

Sobre los exámenes practicados al menor JUAN CARLOS, su resultados fueron normales y eran los mismos que se prescriben a personas con síntomas febriles donde hay endemia de leptospira, dengue, paludismo, estos exámenes de rutina son *hemograma, gota gruesa - paludismo-* y *el examen de orina*; son los exámenes de rutina para tratar el cuadro febril.

Estos resultados del menor JUAN CARLOS GARCÉS fueron conocidos por la Dra. AITEL quien los llevaba junto con la historia clínica cuando arribó al servicio de urgencias...estos resultados conforme al día de evolución que tenía el paciente era prematuro evidenciar el periodo de incubación el cual radica entre 6 a 14 días; por lo tanto, los resultados no permitían establecer que el menor cursaba por un cuadro de dengue.

La mayoría de los pacientes que llegan con dengue lo hacen bajo un dengue clásico propio de un cuadro viral donde solo da fiebre, malestar en el cuerpo, dolor de cabeza y el paciente en menos de cuatro o siete días está recuperando.

Expone el acusado que hay dengues con manifestaciones hemorrágicas, esto es, que el paciente se cepilla los dientes y empieza a sangrar por las encías, salen puntos conocidos como petequias -sarpullido en la piel- y, el paciente presenta fiebre persistente no mejora con antipirético, con dolor retro ocular detrás de los ojos. Siendo la presencia de estos signos parte de las recomendaciones para que el paciente vuelva por urgencias.

El tratamiento del dengue clásico en un 90% puede ser tratado en forma ambulatoria, se prescribe el uso de acetaminofén y no se recomienda el uso del ibuprofeno y naproxeno al ser medicamentos que alteran la cascada de la coagulación y van a alterar los signos de sangrado del paciente, se recomienda hidratación con líquidos. El paciente en ocasiones ni vuelve porque desaparece la fiebre y el dolor de cabeza y los pacientes que vuelven y no evolucionan positivamente se manejan en forma intrahospitalaria.

Reitera el acusado haberse dado cuenta que el resultado de las plaquetas no comprendía la multiplicación de la constante, porque al momento de llevarlo la Dra. AITEL y lleva la historia clínica donde refiere que el paciente estaba mal, al manifestar que las plaquetas estaban en 17 y que estaba sangrando y cuando observó estaba el valor de 17, pero sin el valor de la multiplicación por la constante que es 21.000 y como el examen de laboratorio para ese momento no estaba arrojando el resultado completo y al realizarse la operación, se observa que el resultado tenía un valor normal. La función de realizar la multiplicación de la constante con el resultado plaquetario le correspondía al laboratorio de bacteriología.

(...)

Indica el acusado que la médica de consulta externa está en la autonomía de hospitalizar o no. Cuando se cuenta con especialista puede ordenar observación o puede darle salida.

El procedimiento para determinar una enfermedad como el dengue, debe partir que ante un cuadro febril inicialmente siempre en la cabeza del médico esta la enfermedad del dengue. Pero también se presentaba mucha leptospirosis, siendo importante el examen de hemograma para saber cómo están las plaquetas.

En el caso del paludismo que tiene fiebre, dolor articular y dolor de cabeza, comparte unos síntomas similares y para descartarlo. Se hace el examen y lo mismo ocurre con la malaria que también presentan un cuadro febril y se hace un examen de orina. **En la actualidad se mandan los exámenes de hemograma, gota gruesa y parcial de orina y se usa la prueba rápida para dengue. Ya con los resultados se mira si se hace la atención ambulatoria o se hospitaliza.**

**Sobre la conversación entre el acusado, la Dra. AITEL y el Dr. PEDRO DÍAZ, se origina porque la Dra. AITEL tenía curiosidad por el resultado de las plaquetas 17.000, lo cual era indicativo que el niño tuviera puntos por todo el cuerpo y que el niño estuviera orinando sangre porque no funcionaba la cascada de la coagulación, entonces la Dra. AITEL pretendía hospitalizarlo al considerar que el niño tenía un dengue con manifestaciones hemorrágicas, pero al observar el estado del niño y ver que la prueba de torniquete dio resultado negativo y las plaquetas estaban en un rango normal luego de multiplicarla por la constante, fue ya luego que la Dra. AITEL decide tratarlo ambulatoriamente con la prescripción de medicamentos.**

Afirma el acusado CESAR AUGUSTO que en ningún momento se le negó el servicio al menor JUAN CARLOS GARCÉS porque objeto de clasificación (triage) donde se ingresó al paciente siendo evaluado que no presentara un signo de peligro y se le dan las respectivas recomendaciones, la realización de exámenes y se prescribe la fórmula y esa es la atención por urgencias que radica en la orientación.

Al día siguiente que la Dra. AITEL lleva al menor a urgencias tampoco se le negó el servicio porque la Dra. AITEL es autónoma y no se le dijo a ella que no se le recibía el paciente y de haber sido así, ella lo que

hace es dejarle el paciente. Pero debido al dialogo se determina que el examen de plaquetas estaba pendiente por la multiplicación y conforme a los resultados se observaba que al niño se le podía dar un manejo ambulatorio.

(...).

Manifiesta el acusado haberse dado cuenta de la muerte del paciente JUAN CARLOS con posterioridad siendo el año 2014 cuando observó la historia clínica.

En el contrainterrogatorio manifiesta el acusado que la fiebre alta no es de 37.8 sino que es superior de 38 a 39 grados. La fiebre alta empieza de 39 a 40 grados; en el primer evento, se puede manejar con antipiréticos, cuando atiende al menor JUAN CARLOS sí se estableció que el niño tenía fiebre y se le reviso que no tuviera infecciones en sus oídos por la vía oral, pero no se encontró nada.

Después determinarse que el menor tenía la fiebre no se le suministró nada para bajarle la fiebre al niño porque en el servicio de urgencias se le dio las recomendaciones, se le prescribe los medicamentos y mandó los exámenes. Y, ante la continuidad de la fiebre se le indicó que regresara por urgencias. Cuando el menor sale del Hospital lo hace en el mismo estado que entró porque en el servicio de urgencias se determina si el paciente amerita o no ingresarlo por urgencias, para tratarle la temperatura en forma intravenosa. Para el caso concreto una fiebre de 37.8 es apenas indicativo que está activando en el organismo los centros termorreguladores, pero no se le consideró como fiebre y se le dio la indicación del suministro de medicamentos apenas llegara a la casa y se le dieran conforme a la prescripción.

**El medicamento que se le mandó al menor fue acetaminofén y en cuanto a los exámenes prescritos, conoció de sus resultados al día siguiente porque el menor sale del triage y se le ordena la realización. Pero no fue necesario hospitalizar por urgencias porque no observó sangrado en el niño y no evidenció fiebre por encima de 39 grados.**

Expone el acusado que la mayoría de los cuadros febriles corresponden a cuadros virales, pero al momento de evaluar al menor no encontró cuál era foco de la fiebre si era respiratorio, en la boca, ni diarrea, deshidratación, se ordena los exámenes y el menor puede esperar después de 24 horas para ser evaluado y, para ese momento, no logra establecer signos de alarma en el paciente y no tenía necesidad en ese momento con un diagnóstico claro.

(...)

El equipo que estaba dañado en el laboratorio era el equipo de química sanguínea que daba el cuadro hemático y le toca a la patóloga emitir el resultado por medio del microscopio y determinar por campo y aplicada la constante emitir el resultado.

(...)

En el momento que la Dra. AITEL ingresa por urgencias con el niño consideró que, al estar las plaquetas en el resultado de 357.000, con fiebre, con tos. Se estimó con el colega PEDRO DÍAZ que los síntomas del menor JUAN CARLOS GARCÉS no permitían hablar de un dengue porque se encontraba con el examen de plaquetas en rango normal lo que parecía más un cuadro respiratorio, y el concepto determinante era el de la Dra. AITEL BETSABEL quien es autónoma en su diagnóstico.

Recuerda que el menor para el día que lo atiende AITEL tenía 38 grados de temperatura, no tenía dificultad para respirar y ella le había realizado una prueba de torniquete para determinar dengue con sangrado y salió negativa, el diagnóstico de la Dra. AITEL fue un cuadro de infección respiratoria. Después que la Dra. AITEL se lleva al niño no volvió a conocer el caso del menor, ni sabe qué más sucedió porque el testigo no volvió a estar en urgencias.

Frente a la afirmación sobre que la médica AITEL llevaba al niño por urgencias para dejarlo por observación porque tenía dengue; esa observación no se realizó porque en el caso concreto no se hospitaliza al paciente pues presentaba un resultado plaquetario de 357.000, y el examen en su resultado estaba incompleto para lo cual luego de aplicarse la constante se determina que estaban bien, la motivación de la Dra. AITEL para llevarlo inicialmente a hospitalización fue porque pensaba que las plaquetas estaban bajando y dado los resultados no era necesario.

(...).

Conforme a lo evocado por el acusado CESAR AUGUSTO ESTRADA FRANCO, se determina que atendió por urgencias al menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL el día anterior -8 de enero de 2008- a la atención que le fue suministrada por la Dra. AITEL BETSABEL para el día 9 de enero de 2008, determinándose para ese momento que el niño presentaba una fiebre inferior 38 grados donde le prescribe al menor la realización de unos exámenes paraclínicos de HEMOGRAMA, GOTA GRUESA y CITOQUIMICO DE ORINA, indicándole a la madre el suministro de acetaminofén para el cuadro febril y realizados los exámenes acudiera al Hospital para que los mismo fueran revisados por consulta externa, tal como se desprende este testimonio, la señora DORIS CAUSIL fue atendida por la Dra. AITEL BETSABEL el día 9 de enero de 2008.

También precisó el acusado en su ejercicio profesional que el 90% de los casos de dengue se recuperan los pacientes en forma ambulatoria y que la hospitalización de estos pacientes con este diagnóstico se origina ante la complicación de los síntomas.

De igual manera, se acredita con el testigo que para la fecha en que el menor es atendido por el laboratorio del Hospital en la realización del hemograma, el equipo de química sanguínea se encontraba dañado y el examen se realizaba por las bacteriólogas en forma manual por microscopio.

Consecuencialmente, el 9 de enero de 2008, el acusado conoció que el menor JUAN CARLOS fue atendido por consulta externa por su colega AITEL BETSABEL quien por error realizó una lectura del resultado del hemograma en forma parcial lo que la motivó a llevar al paciente para observación, pero dialogar con el acusado CESAR AUGUSTO y PEDRO DÍAZ, se percatan que faltaba la aplicación de la multiplicación de la constante, donde se determinó que el menor para ese momento tenía un resultado plaquetario de 357.000, lo que motivó a la Dra. AITEL BETSABEL en su criterio darle un manejo ambulatorio.

En ese mismo sentido, se aprecia por la Sala que la atención brindada por la acusada AITEL BETSABEL fue revisar al menor GARCÉS CAUSIL en la segunda oportunidad que acude con la madre por consulta externa en el Hospital Francisco Valderrama y luego del análisis de los resultados de los paraclínicos de *gota gruesa y hemograma con recuento plaquetario en el valor de 357.000* -que fueron ordenados por el médico CESAR AUGUSTO ESTRADA-, consideró que el menor debía continuar con la atención ambulatoria bajo recomendaciones con signos de alarma -para acudir por urgencias- y el suministro de los medicamentos de acetaminofén,

amoxicilina y salbutamol, veamos lo manifestado por ella en la atención brindada el 9 de enero de 2008:

**La acusada AITEL BETSABEL MONTERO CORONEL**, afirma ser médica cirujana de la Universidad Metropolitana de Barranquilla en el año 2002, especializada en ginecología y obstetricia de la Fundación Universitaria San Martín sede Barranquilla (2010 - 2013) (...). El año rural lo hizo en el Hospital San Juan de Dios en Magangué y lo luego laboró en la ESE Alejandro Prospero de Santa Marta.

Posteriormente, para el año 2007 llegó a Turbo – Antioquia por motivos familiares y empezó a trabajar en el Hospital Francisco Valderrama de Turbo como médica general hasta al año 2009 donde se retira para estudiar la especialización y regresó nuevamente a la Institución Hospitalaria en el año 2013 hasta el año 2017 como ginecóloga.

(...)

Cuando se desempeñaba como médica de consulta externa tenía horario de 6 am a 6 pm, no ha tenido quejas o procesos en su contra en el ejercicio de la profesión médica diferente al presente proceso. Cuando la vincularon al presente proceso penal acudió a la historia clínica para recordar sobre la atención del paciente JUAN CARLOS GARCÉS. Sobre la muerte del menor se entera por la notificación que le hace a Coordinadora Médica que la Dra. MARIA ISABEL PATIÑO donde le informa que estaba vinculada a un proceso respectivo a este caso. Esta notificación era del Comando de Policía donde rindió una declaración.

Recuerda del caso que, el día 9 de enero de 2008 se encontraba en consulta externa programada donde le pidieron el favor que atendiera al menor JUAN CARLOS GARCÉS, pues no había citas y la

que tenía la madre del menor era muy tarde. Inicialmente se acercó una persona de facturación que le pidió el favor por la puerta de atrás, y le manifestó que si la señora esperaba que terminara la primera jornada siendo alrededor del medio día para que atendiera al niño, pues de lo contrario, no podría haberlo atendido por porque hay otras personas en turno y los podía incomodar.

Siendo las 12:15 del mediodía la madre del niño le manifestó que acudía a presentarle los resultados de exámenes, no le manifestó en qué condiciones estaba el menor. En ese momento, procede a revisar los exámenes del menor y diligenciar la historia clínica en forma completa. Luego le preguntó a la madre que era lo que tenía el niño manifestando que tenía una fiebre de tres días, tos húmeda, que había presentado vómito y que lo había traído por urgencias y, el doctor le había mandado unos exámenes y que sus resultados fueran revisados por consulta externa, estos exámenes radicaban en una gota gruesa negativa, hemoglobina en valor de 11, hematocrito en 39 y en el hemograma tenía resultado de plaquetas que en ese momento estaban en 17.000 que debían multiplicarse, porque al llegar al servicio de urgencia se encontró con los dos colegas quienes sabían de los daños del equipo de laboratorio y que el recuento plaquetario se estaba haciendo en forma manual, pues al ver las plaquetas inicialmente pensó que estaban disminuidas, donde el niño lo encuentra como cualquier paciente que se enferma por fiebre, pues estaba decaído y le realizó la prueba de torniquete que arrojó resultado negativo para hemorragias.

Afirma la acusada que si bien el niño presenta un pico febril y como el menor era de tez clara estaba como moradito cuando tiene fiebre, estaba decaído con malestar, asténico pero no tenía signos de dificultad respiratoria como lo eran: *tirajes intercostales, retracción xifoidea, retracción supraclavicular, los pulmones estaban ventilados con sonido*

*vesicular presente, no tenía estertores ni sibilancias que son signos que se encuentran cuando el paciente tiene una neumonía o una crisis asmática.*

Los síntomas para ese momento podían ser causados por una enfermedad bacteriana o viral, y como el hemograma no mostraba los parámetros diferenciales de los neutrófilos, linfocitos ni de los monocitos que son unas células que al verlas puede identificarse el proceso bacteriano o viral y tampoco estaban los leucocitos que son las células que se elevan cuando hay un proceso infeccioso en el cuerpo tampoco estaban reportados. **En ese momento se dirige junto a la clínica que mostraba como estaba el niño consideraba la acusada que podría ser un síndrome febril secundario a un dengue clásico o síndrome gripal o neumonía que estuviera iniciando, incluso podía ser una leptospirosis que estuviera iniciando, y para ese momento no se conoce cuál era la patología que estaba presentando. Por tal motivo, en su historia coloca en ella todas esas impresiones diagnósticas y le dice a la madre que iba dejar el niño en urgencias para llevarlo a observación para se hiciera seguimiento de cómo evoluciona el niño. Al dirigirse al servicio de urgencias y es cuando se encuentra con los dos colegas (Dr. CESAR AUGUSTO ESTRADA y PEDRO DÍAZ) y ellos le comentan que los equipos están dañados y QUE DEBÍA MULTIPLICARSE ESE VALOR EMITIDO POR EL LABORATORIO POR ESA CONSTANTE (21.000) QUE APLICADA LA MULTIPLICACIÓN ARROJÓ UN RESULTADO DE 357.000 PLAQUETAS, y una vez se obtiene el dato, se dirige nuevamente con el niño al consultorio y le informa a la madre del menor que se iba a manejar al niño en forma ambulatoria, se le prescribe acetaminofén con dosis en fórmula y como le informó que el niño tenía una tos húmeda y le receta salbutamol y amoxicilina para tratar el proceso infeccioso que se esté originando inicialmente y le dijo a la señora que llevara al niño así estuviera bien o mal a los tres días siguientes de la consulta. Pues la señora entendió todo lo que le manifestó y le entregó su fórmula con las respectivas indicaciones y sí el niño persistía con los**

**síntomas o se agravaba debía llevarlo inmediatamente por el servicio de urgencias y que para ello el servicio de urgencias permanecía abierto las 24 horas.** En el evento en que el niño mejorara se le había manifestado que lo llevara para revisarlo e incluso sin cita, para revisar al niño. Pero no volvió después de esa consulta y no tuvo contacto con el menor GARCÉS y solo se dio cuenta que en el año 2014 que el niño falleció.

(...)

Sobre los exámenes revisó fue un hemograma incompleto, una gota gruesa y si bien se mandó un parcial de orina el mismo no le fue mostrado por la madre del menor, desconoce si no se tomó la muestra o si el laboratorio no estaba procesando el parcial de orina por falta de reactivos.

Las recomendaciones médicas a la madre del menor GARCÉS CAUSIL radicaban en que de persistir la fiebre a pesar de los medicamentos, con dificultad respiratoria, deposiciones diarreicas continuas o vómitos incontrolables debía llevar al niño por urgencias porque siempre le ha manifestado a los pacientes que el servicio de urgencias está abierto las 24 horas.

Precisa la acusada que, si bien realizó una evaluación del paciente y tenía una sospecha diagnóstica de dengue clásico sin realizar la conversión del resultado del recuento plaquetario, solo es posible el diagnóstico confirmatorio a través de una serología para dengue o para las diferentes patologías que se quieran diagnosticar. El valor normal de plaquetas va de 150.000 a 450.000 y hay otras referencias que van hasta 500.000. Si el valor de plaquetas es inferior a 150.000 se habla de plaquetopenia y si está en un rango superior a 450.000 o 500.000 se habla de una trombocitosis.

Sobre el dialogo que tuvo con los médicos CESAR AUGUSTO y PEDRO DÍAZ, les manifestó que iba hospitalizar al niño raíz del valor que había arrojado el nivel de plaquetas que tenía el niño y ellos le manifestaron que faltaba realizar la conversión por la constante y que ahí sí daba el número total de plaquetas en el momento, aspecto que no sabía y que al realizarla pudo determinar que el valor estaba dentro de los niveles normales, es decir, **357.000** plaquetas y decide entonces regresar con el niño a su consultorio para darle el manejo ambulatorio.

No conocía del procedimiento de la constante con el valor de resultado de laboratorio porque desconocía que los equipos estuvieran dañados, no sabía esa parte, pues su manejo era más por la consulta externa y promoción y prevención. Generalmente eso lo informan es a los médicos de urgencias.

Argumenta la acusada que al determinarse que las plaquetas estaban en niveles normales no significaba que el menor tuviera o no dengue, sino que no ameritaba que se ordenara la observación o la hospitalización. Ahora si era un dengue en la mayoría de los casos se resuelve con acetaminofén, reposo e hidratación y eso se puede hacer en casa.

El dengue en el 90% de los casos se maneja en forma ambulatoria porque los pacientes se curan espontáneamente de la patología y hay otro porcentaje que se vuelve severa y requieren un manejo intrahospitalario. Nunca se modificó el diagnóstico en su historia clínica, sino que se realizó varias impresiones diagnósticas, entre ellas, el dengue clásico porque las manifestaciones clínicas de ese paciente podían obedecer a varias patologías, solamente la evolución del cuadro clínico iba a dar la respuesta. Pues para ese momento era difícil establecer que tenía el niño y ya después de la atención no volvió a saber nada del paciente ni

de la señora a pesar de que le manifestó que lo volviera a llevar a su consultorio.

En el contrainterrogatorio manifiesta la acusada ante la exhibición de la historia clínica suscrita por ella al momento de atender al menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL el día 9 de enero de 2008, realizó la anotación de ese día cuando atendió al niño consignando lo evocado por la madre al indicar: que el niño llevaba tres días con fiebre, tos húmeda, vomito, deposiciones diarreicas y que había llegado el día anterior por el servicios de urgencias y que le habían mandado unos exámenes y que tenía que llevarlos a consulta externa con ella para ser valorados.

Para el día que lo atendió (9 de enero de 2008) no sabía cuál era el médico que atendió previamente a su consulta y se vino a enterar cuál fue el médico que lo atendió el día anterior (8 de enero de 2008) con el discurrir del presente proceso. Sobre la historia del día anterior no pudo consultarla porque ese documento queda en el servicio de urgencias y posteriormente las recogen para enviarlas al archivo. Para esa época la historia se diligenciaba a mano, no es sistematizada como en la actualidad se hace.

La madre del niño manifestó que ese día anterior había consultado por el curso que tomaba la fiebre del niño, y cuando llega al consultorio ella había reclamado los resultados de los paraclínicos y que le habían sido ordenados el día anterior. Estos exámenes son gota gruesa, parcial de orina y hemograma; pero el parcial de orina no lo llevó y se enteró de ello en el proceso. No sabe si le habían mandado medicamentos.

Cuando la madre le dice que el niño llevaba tres días con fiebre, establece que el día en que lo atiende el niño tenía una fiebre de 38 grados. Dentro de estos exámenes que la señora le entrega el resultado de

gota gruesa fue negativo descartándose la enfermedad del paludismo o malaria. Estos exámenes que le mandaron al menor de hemograma (plaquetas), gota gruesa son usuales porque la zona es endémica para este tipo de enfermedades.

Sobre la prueba de torniquete realizado al menor JUAN CARLOS en su momento dio negativo y con ella buscaba ante la sospecha clínica de dengue, descartar si el mismo cursaba en forma hemorrágica y al realizarse la presión capilar y ante la extravasación se podía formar unas petequias o unos puntos rojizos entonces lo que se hace es que se coloca el manguito del tensiómetro se insufla hasta 200 milímetros de mercurio aproximadamente en el brazo del paciente y esa presión hace que si hay una fragilidad capilar y si hay daño en la cascada de la coagulación, se provoque este tipo de signo a nivel de la piel y el resultado en el niño fue negativo porque no se presentaron las petequias.

En la evaluación del menor miró la piel del niño, ante el proceso de fiebre el niño siempre presenta escalofríos y se observa como si pusiera rojito y esto se evidencia en personas que tienen la piel clara y el niño tenía secuelas de epidermitis (granos en la piel). El moteado que presentaba el menor en la piel era característico en un paciente con fiebre.

El niño cuando lo revisó tenía un comportamiento quieto o adinámico, y está más tranquilito, y al pasar el pico febril ellos se vuelven más activos (brincando y jugando). El menor al momento de la evaluación estaba consciente y orientado al indagarle cómo se sentía le manifestó que tenía fiebre y escalofríos.

Sobre el carácter hipoactivo descrito en la historia clínica significa adinámico y estaba más quieto...se pensó en el diagnóstico presuntivo de dengue clásico inicialmente por el cuadro clínico que estaba

manifestando la madre y por el valor del recuento plaquetario, pero por el resultado de esos exámenes puede tratarse de otra patología, al tratarse en la zona de Turbo y cuando el paciente llega a la consulta lo que piensa es en la malaria o en el dengue por ser zona endémica. En la historia clínica se dijo que podía ser también un cuadro de infección respiratoria.

Cuando toma la decisión de tratar al menor en forma ambulatoria se hace en razón por el resultado plaquetario, se le ordena la salida al niño donde se decide realizar un manejo de los síntomas con medicamentos y a la madre se le informó los signos de alarma y las recomendaciones.

Reseña la acusada que su intención era hospitalizar al paciente por el resultado del recuento plaquetario que tenía sin hacer la conversión; pero una vez realizada la conversión decide cambiar su tratamiento en forma ambulatoria, al momento en que decide dirigirse a urgencias consultó con el médico CESAR AUGUSTO porque al ver el resultado plaquetario del niño, le informó que faltaba la conversión y se hizo el procedimiento y dio el valor de 357.000, motivo por el cual se devuelve al consultorio considerando que el cuadro puede ser manejado en forma ambulatoria y le manifiesta a la madre del niño el tratamiento con medicamentos, las recomendaciones y cuáles eran los signos de alarma.

Luego de aclarar la conversión del recuento plaquetario en urgencias con sus colegas, su ingreso al servicio de urgencias con la señora y el niño no era orientado a saber si era dengue o no, si no que al ver el valor parcial de las plaquetas y al aplicarse la constante en la conversión pudo establecerse que estaban en rangos normales y decide darle al niño tratamiento ambulatorio a pesar de que el menor llevaba un cuadro de fiebre de tres días de evolución.

Reafirma la acusada que, dentro de las recomendaciones dadas a la madre del menor, estaba acudir nuevamente a su consultorio a los tres días siguientes de su atención o que en defecto ante signos de alarma acudiera al servicio de urgencias porque estaba abierta las 24 horas, y se le indicó a la madre que la buscara por consulta externa.

De acuerdo con el relato de la acusada AITEL BETSABEL MONTERO CORONEL, se acredita que sí atendió al menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL por consulta externa el 9 de enero de 2008 en el Hospital Francisco Valderrama de Turbo, en la cual la señora DORIS CAUSIL lleva al niño y sus resultados de hemograma y gota gruesa donde al revisar el paraclínico de hemograma en su recuento plaquetario pensó inicialmente que el menor se encontraba en el rango de 17.000 plaquetas, pero al momento de llevar al menor a urgencias con la finalidad de dejarlo en observación sus colegas en turno de urgencias se percataron que estaba realizando una lectura errónea del resultado porque faltaba multiplicarlo por la constante, debido a que el equipo de química sanguínea estaba dañado y el personal de laboratorio les había informado, por lo que ese tipo de resultado se estaba haciendo en forma manual.

Se observa entonces, que la acusada en su autonomía decide darle tratamiento al menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL en forma ambulatoria, prescribiendo el tratamiento de la fiebre con acetaminofén, amoxicilina y salbutamol. Precisó la acusada que no hizo cambio alguno en sus diagnósticos, sino que realizó varias impresiones diagnósticas como era un dengue clásico y un cuadro de infección respiratoria.

Adicionalmente, para establecer que el menor no tuviera un dengue con hemorragias hizo la prueba de torniquete el cual salió negativo al no evidenciar en el menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL que

tenía petequias y puntos de sangre en piel que le permitieran establecer la existencia de hemorragia en el menor.

También dentro lo afirmado por la acusada AITEL BETSABEL, que ante el evento de la certeza de un dengue clásico su tratamiento en un 90% se hace en forma ambulatoria y se recupera el paciente en forma espontánea, precisando que le dijo manejo a los síntomas del menor con los medicamentos que le prescribió y con las recomendaciones suministradas a la cuidadora se le advirtió que ante la presencia de signos de alarma regresara a urgencias del Hospital y que en tres días fuera a revisión con ella al consultorio.

En ese orden, se acredita que el menor acude al Hospital en una segunda oportunidad -9 de enero de 2008- donde la acusada en su turno de médica general en consulta externa atendió al menor revisando sus exámenes y prescribiéndole un tratamiento de acetaminofén, amoxicilina y salbutamol.

Sobre el resultado del hemograma del recuento plaquetario, se acreditó en el plexo probatorio que la máquina de química sanguínea del laboratorio del Hospital no estaba en funcionamiento el momento en que se realizaron los paraclínicos y que el procesamiento de la muestra se estaba haciendo en forma manual para el momento de la atención del menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL, siendo ello confirmado por la Bacterióloga MERCEDES LÓPEZ IBARGUEN, veamos:

**La señora MERCEDES LÓPEZ IBARGUEN**, manifiesta residir en el municipio de Turbo- Antioquia y labora en el Hospital Francisco Valderrama, es Bacterióloga de la Universidad de Antioquia del año 1988. Dentro de la institución es la Coordinadora del área de Bacteriología,

desempeñando labores de planeación, organización de funciones, horarios del personal, metodología de las pruebas y calidad de estas.

Sobre las plaquetas en sangre es un examen que se realiza para saber qué tan bien están funcionando las plaquetas, siendo aquellas unas células sanguíneas cuya función es acudir al sitio donde ocurra cualquier traumatismo como una herida y estas células acuden a este sitio se encargan de taponar la herida para que deje de sangrar. Este examen de plaquetas se puede realizar en forma manual o por método automatizado.

En el evento que el resultado de las plaquetas sea escasa en un rango inferior de 150.000 plaquetas se considera que es un rango anormal; siendo normal el parámetro entre 150.000 a 450.000 plaquetas por milímetro de sangre, en el evento que estén disminuidas se considera que hay trombocitopenia y el paciente está en riesgo de un sangrado por la baja plaquetaria.

Los exámenes que se utilizan en el laboratorio para determinar si una persona padece un dengue son: hemograma con recuento de plaquetas, porque en esta enfermedad resulta necesario establecer el parámetro de uno de los síntomas que se presenta cuando se está dando esta enfermedad y es un riesgo muy grande para el paciente porque puede presentar hemorragias que le pueden ocasionar la muerte.

Para el año 2008 en el Hospital Francisco Valderrama los exámenes que se practicaban para establecer el dengue, era el hemograma con recuento de plaquetas. Y, a través del laboratorio departamental de salud pública en algunas ocasiones se enviaba para hacer una prueba confirmatoria en laboratorio del departamento.

El hemograma cuando es automatizado genera rápido el resultado entre media hora a una hora, cuando el hemograma es manual demora de 1 a 2 horas porque hay que hacer extendido de sangre para mirar todas las células como son plaquetas, glóbulos blancos y glóbulos rojos, lo que tarda en hacer el hematocrito manual y conteo de glóbulos manuales.

Afirma la testigo que los valores normales de las plaquetas se orientan entre 150.000 a 400.000 centímetro cúbico. Para el caso concreto, recuerda que se hizo un recuento de plaquetas manual a un paciente, para ese momento no se estaba en la posibilidad de hacer el recuento automatizado de plaquetas. **Pero en el laboratorio del Hospital se maneja un método en el cual se hacen extendidos de sangre en unas láminas donde se colorea, observándose el número de plaquetas por campo, examinándose aproximadamente 10 campos de la placa y según el número de plaquetas que arroje se multiplica por un factor 21.000 y ese factor da el número de plaquetas por milímetro cúbico.**

Se realiza el examen de plaquetas al menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL en forma manual porque para ese momento el equipo se encontraba en mantenimiento. De igual manera, cuando se hace el recuento de plaquetas automatizado también se hace una evaluación manual de las plaquetas. Respecto al valor del examen plaquetario en 357.000 se encontraba entre los rangos normales.

En el contrainterrogatorio manifiesta la testigo que en el desarrollo de sus funciones en el Hospital se hizo el examen de recuento plaquetario al menor JUAN CARLOS GARCÉS, se realizó la carta y fue a los archivos, y allí encontró la información del paciente y extrajo la información.

La certificación que está dando en el juicio obedece a que actualmente es la Coordinadora a cargo de laboratorio, pues la bacterióloga que hizo el recuento plaquetario al menor en la actualidad no trabaja en la Institución Hospitalaria, aparte porque el recuento manual es un método utilizado con frecuencia y es un método válido científicamente.

Para el 09 de enero de 2008 recuerda que en el examen que realizó la bacterióloga VIVIANA HERRERA había salido normal y no fue necesario realizar una revisión porque la misma se hace cuando no salen los resultados en sus valores normales. Realizado el examen si el paciente está hospitalizado o en urgencias, los resultados se le envían al médico que lo está atendiendo, o si el paciente se realiza el examen por consulta externa se le entrega al paciente o al familiar del paciente.

Señala la testigo que el resultado del recuento plaquetario puede variar de un día para otro, cuando se trata de dengue se hace un examen de recuento plaquetario diario, siendo este, uno de los parámetros para determinar la existencia de la enfermedad. El factor plaquetario se revisa diariamente o día por medio.

Sobre el equipo automatizado para la fecha de los hechos estaban en mantenimiento y eso se informó a los equipos de urgencias y hospitalización (...). Cuando se hace el recuento manual con plaquetas se coloca en la orden el diagnóstico...no recuerda quien ordenó el examen de recuento de plaquetas porque no tuvo acceso a ese documento.

(...).

Con el testimonio de la doctora MERCEDES LÓPEZ IBARGUEN en su calidad de bacterióloga, se demuestra que el examen al menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL para el momento en que fue

realizado 9 de enero de 2008 arrojó en su resultado manual en el rango de 357.000 plaquetas. Información que fue extraída del archivo del laboratorio porque la bacterióloga que realizó el examen ya no se encontraba laborando en el Hospital.

De igual manera, lo advertido por los acusados CESAR AUGUSTO ESTRADA FRANCO y AITEL BETSABEL MONTERO CORONEL sobre el resultado del recuento plaquetario del menor GARCÉS CAUSIL en el valor de 357.000 era un rango normal no indicativo de hemorragias para el momento en que fue realizado -9 de enero de 2008-, siendo congruente lo manifestado por los acusados y por la bacterióloga en el sentido que resultado plaquetario manual debe multiplicarse por la constante de 21.000 para determinar el resultado total de plaquetas.

**El médico pediatra LUTHER FERNANDO VALOYES**, manifiesta ser residente en el municipio de Apartadó – Antioquia y dice ser médico especialista en pediatría y con experticia neonatología. Además, se desempeña como pediatra desde el año 2005 a la fecha (...).

Actualmente labora en el Hospital Francisco Valderrama allí trabaja como pediatra en el programa canguro y conoce a los acusados AITEL BETSABEL y CESAR AGUSTO porque ha trabajado con ellos en el Hospital. Expone que el dengue es una enfermedad tropical producida por un mosquito *Aedes Egypti* muy presente en la región, este mosquito vive por debajo de las 1800 metros sobre el nivel del mar, está presente en los llanos orientales, en el magdalena medio, Orinoquía y Antioquia, es una enfermedad viral producida por la hembra, es una enfermedad considerada tropical de baja, mediana y alta complejidad dependiendo de la defensas del huésped; *sobre el tratamiento recalca el testigo que los virus no son tratables pues no se conoce ningún tratamiento para el virus, pero hay antivirales y retrovirales para enfermedades*

*inmunológicas que frenan el curso de la enfermedad y no la cura. En el caso del dengue es una enfermedad autolimitada y autocurable, básicamente se basa en el manejo de líquidos. Esto significa que la enfermedad de acuerdo con las defensas del huésped se autolimita.*

**Frente a un síntoma febril considera que hace parte del cuadro del dengue, pero no todo niño que tenga fiebre tiene dengue. El cuadro inicial de tos, fiebre, vomito, deshidratado, hipoactivo y reactivo, es indicativo de un cuadro viral leve que puede ser manejado desde la casa.**

**El dengue se puede manejar ambulatoriamente sino presenta ningún desequilibrio hemodinámico, el paciente está estable activo – reactivo, se vale por sus propios medios, se manda para la casa con indicaciones y controles.**

(...)

El principal signo de alarma de un dengue no es las plaquetas –que es una compensación del organismo-, sino los terceros espacios –hay extravasación de líquidos a nivel abdominal y de otros órganos- que se manifiesta por dolor abdominal, se hace examen hemoconcentración de hemoglobina y hematocrito, si la concentración del hematocrito supera la hemoglobina, hay una clínica evidente de que el paciente puede presentar dengue y se procede a hospitalizar.

**Las recomendaciones para un paciente con dengue sin signos de alarma, se le prescribe acetaminofén, líquidos orales y un control. En la mayoría de los casos el dengue se resuelve espontáneamente aclarando que hay eventos que ante signos de alarma se hospitaliza al niño. Respecto de los resultados de un hemograma con hemoglobina 13, hematocrito 39% no encuentra hemoconcentración. Frente al diagnóstico**

de dengue no hay un medicamento específico para tratar la enfermedad y revertir síntomas.

De otro lado, expone el testigo haber rendido un concepto técnico sobre el caso del menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL ante solicitud del acusado CESAR AUGUSTO ESTRADA FRANCO, con fundamento en la historia clínica en donde se miran los criterios del primer impacto (primer ingreso del paciente) que le correspondió al médico CESAR AUGUSTO donde se establece que en el momento los lineamientos del hemograma como tal, no se tenía la condición que se tiene hoy en día del recuento como tal y la sujeción de la multiplicación del primer episodio correspondiente al número de plaquetas final, lo cual determina la evolución del paciente como tal en forma posterior.

**De acuerdo a ese primer examen observa que hay un cuadro viral general, no hay compromiso hemodinámico, luego hay unos signos de alarma importantes donde el paciente puede observarse tranquilamente en su casa porque no había síntomas premonitorios de muerte ni gravedad y ese es el concepto que expresa y el cual por elaborado por el testigo y tiene su firma.**

**Igualmente, dentro del concepto se advierte un cuadro respiratorio con fundamento en los síntomas que se presentaba el menor conforme a la historia clínica, pues el niño presentaba tos y fiebre de tres días evolución. Inicialmente, se manejaba como un cuadro respiratorio.**

**Respecto de los síntomas de fiebre, tos y vómito, no indicaban inicialmente conforme a la historia clínica la necesidad de hospitalización, asimismo estos síntomas no necesariamente permitían advertir la existencia de un dengue, pero debe estarse atento a la evolución para establecer si era dengue.**

Para que sea motivo de hospitalización por baja de plaquetas, se requiere que estas estén por debajo de 100.000, los exámenes ordenados y practicados al menor fueron los adecuados respecto a un cuadro viral. Para el año 2008 no existía un protocolo para el dengue, pero en la actualidad si existe un protocolo para su tratamiento.

**Expone el testigo que la atención prestada por los acusados al menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL fue la adecuada por los acusados. El tratamiento adecuado para enfermedades virales es líquido y acetaminofén por fiebre.**

En el conainterrogatorio manifiesta el testigo conocer a los acusados porque trabajaron juntos, donde el testigo llegó como pediatra y el médico CESAR AUGUSTO, ese compañerismo se dio en el Hospital de Turbo –Antioquia. Dentro de la institución estuvo de 2005 al 2007 y luego regresó cinco años después, aclarando que para el año 2008 no se encontraba trabajando el testigo en el Hospital, desconoce que funciones desempeñaban para la época los acusados en la institución hospitalaria.

Desconoce cuáles eran los protocolos del Hospital Francisco Valderrama para la atención en el año 2008 porque ya se había desvinculado del Hospital al ser ajeno de lo que pasaba en el Hospital. Para el año 2008 el Hospital Francisco Valderrama no tenía servicio de pediatría.

Evoca que su experiencia desde el área de pediatría inicia desde el 2001, sobre la atención del menor tiene prioridad, así como la tiene el adulto mayor, pero a nivel de gravedad de la enfermedad es inherente al enfermo, pues si hay un niño con fiebre y un adulto infartado la prioridad es el más grave para el servicio de urgencias, en este caso sería la persona infartada.

La enfermedad del dengue es conocida como una enfermedad tropical y la cual es endémica para el municipio de Turbo - Antioquia, en su experiencia no conoció ningún protocolo en el Hospital Francisco Valderrama para el tratamiento de enfermedades endémicas; pero a través del Ministerio de Salud se hacían lineamientos y ya después con advenimiento de unas sustancias muy particulares se hacía un seguimiento del Ministerio de Salud, donde ellos ordenaron a todos los hospitales públicos y privados tenían que tener un protocolo de atención de las 10 enfermedades más prevalentes según la zona.

El dengue es una enfermedad que es prioridad en el municipio de Turbo y es la única zona como tal donde el niño llega por un cuadro febril de uno o dos días y resulta obligatorio realizar paraclínicos de hemoparásito y hemograma, y ningún niño con fiebre puede irse para la casa solo con el acetaminofén.

Según los protocolos del Ministerio de Protección, para el año 2008 si existía protocolo en el Hospital Francisco Valderrama para tratamiento de niños con cuadro febril y como el testigo trabajaba en Apartadó y del Hospital Francisco Valderrama se remitían los pacientes con paraclínicos.

Afirma haber emitido un concepto sobre el caso del menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL conforme a la historia clínica, donde advierte cómo fue la atención que le brindó el acusado CESAR AUGUSTO ESTRADA FRANCO, afirmando que un menor con tres días de evolución de un cuadro febril permitía ser enviado a la casa porque el paciente llega se revisa y no tiene ninguna condición hemodinámica para estar en forma intrahospitalaria, por lo que se realizan los paraclínicos de rutina y se

observa que no hay un antecedente importante para que el niño ingrese o sea hospitalizado y se le da de alta con signos de alarma.

Conoció a través de la historia clínica el testigo que el acusado CESAR AUGUSTO ESTRADA FRANCO atendió al menor GARCÉS CAUSIL y que conoció de los paraclínicos.

En la actualidad existe una serología para detectar el virus del dengue, examen que venía siendo utilizado desde hace cinco o seis años en Apartadó. Hay una prueba rápida e inmediata donde a través de anticuerpos logra confrontar el antígeno con el virus que entra y el anticuerpo que produce el cuerpo. Esa aglutinación dará un resultado positivo o negativo; y hay otra prueba IGM que es de forma aguda, donde indica que usted tiene la enfermedad actual (siendo este el examen hoy por hoy) y una IGG que indica que usted tuvo y queda como un marcador inmunológico de memoria.

Ahora sí, el paciente arroja un resultado positivo para dengue se llena la ficha epidemiológica y se captura el paciente, donde se le notifica al paciente que tiene y se remite a la Seccional de Salud. En el 2008 donde se hacía una prueba dengue y se mandaba para la Seccional pero no era una prueba rápida y ese resultado demoraba un mes o mes y medio.

De acuerdo de la experiencia del testigo, para el año 2008 para determinar si una persona tenía dengue se hacía la prueba de torniquete, aglutinación de plaquetas, pruebas de hemoconcentración y signos de alarma junto con el examen físico. Estos exámenes clínicos eran inmediatos en 24 horas.

Estos exámenes fueron realizados por el acusado CESAR AUGUSTO ESTRADA FRANCO, los cuáles observó con la historia clínica y en el análisis hace la aclaración donde en ese momento el concepto plaquetario había que hacerle multiplicación del valor plaquetario porque en ocasiones se hace una mala interpretación del examen y había susto o temor. Ahora bien, sin conocerse los resultados si un paciente presenta una fiebre de tres días evolución considera pertinente mandar al menor para su casa sino presenta signos de alarma y se manda para la EPS o se le trata ambulatoriamente por consulta externa, y eso se hace porque la gente desconoce para que es el servicio de urgencias.

Los signos de alarma son la continuidad de la fiebre, vomito, deterioro hemodinámico del paciente dificultad respiratoria o el niño no come etc. De tal forma que, el familiar debe tener un concepto claro y entender si se ha presentado un signo de alarma para proceder porque en ciertas oportunidades el paciente no identifica el signo de alarma.

Para el caso concreto, los acusados en la historia clínica hicieron triage 1 donde el paciente se va para la casa y se manda con recomendaciones de signos de alarma y tiene entendido que el paciente reconsulta al tercer o cuarto día y **llama la atención que el cuarto día no se hacen paraclínicos y no hay control, si hay un paciente preestablecido con cuadro viral y el niño continúa enfermo, lo que debe hacerse como médico de urgencias es revisar lo que está pasando y comprobar lo que pasa para luego hacer un control.**

Respecto al informe realizado con fundamento en la historia clínica del menor, advierte el testigo que no había lugar a hospitalización debido por los resultados de los paraclínicos.

El dengue hemorrágico para poderse determinar requiere que enfermedad evolucione, pero no se tiene certeza que no se va a llegar allá o no, es decir, hay dengues que se curan solos y otros que no porque requieren un control post que no se encuentra en la historia clínica.

El tratamiento de un dengue es acetaminofén y líquidos, se observó en la historia clínica del niño un cuadro respiratorio y el dengue. Donde en la historia clínica el uso de salbutamol, amoxicilina y acetaminofén fue tratamiento adecuado. Pero la enfermedad tuvo un curso evolutivo y el cuadro respiratorio y dengue tiene un parecido.

La enfermedad del dengue es una sola, pero hay varios serotipos 1 es leve los niveles 2, 3, 4 severos, no siendo lo mismo que un niño tenga la enfermedad sea que este desnutrido o no o que tenga una baja de defensas o presente una enfermedad concomitante la complejidad va a ser mayor. Pero un bien nutrido que ha tenido alimentación con leche materna que tiene un peso y talla adecuada son situaciones son diferentes.

Ahora si llega un paciente con fiebre y cuadro gripal, donde se le hacen unos exámenes como hemoleucograma determinándose que sus defensas están normales y la mamá lo llama y le dice que el niño continúa con fiebre al día siguiente, se hace nuevamente el hemoleucograma al día siguiente y se determina que bajaron las plaquetas y sigue con fiebre se hace un hemoleucograma nuevamente y de observarse unas plaquetas bajitas, pero sin deterioro hemodinámico.

Consecuencialmente, si el niño evoluciona satisfactoriamente se le da de alta, pero al niño que presenta el cuadro viral y se le realiza un hemoleucograma a las 48 horas, donde 300 le bajó a 150 o 110 en 24 o 48 horas, ya es un niño que hay que intervenir porque pasa de leve a mediana complejidad, pero en el evento en que bajen las plaquetas

a menos de 100.000 es un niño que pasa a alta complejidad porque se puede desangrar.

Retomando la historia clínica del menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL sobre la cual emite su concepto el testigo, advierte que el niño se encontraba un grado de complejidad leve, pues a cualquiera le da fiebre, gripa, diarrea pero para el momento de la atención no se contaba con algún soporte que permita advertir que tiene un recuento plaquetario por debajo de 100.000 ya se determina que no se trata de un simple cuadro gripal y debe hospitalizarse por dengue donde hace un seguimiento por parte de la familia y el cuerpo médico.

**Manifiesta el galeno que conforme a la historia clínica no se observa que en el cuarto día al niño se le hubiese realizado un control, y ha debido realizarse allí unos exámenes para establecer cuál era grado de complejidad en el que se encontraba el menor porque se debía cotejar lo que se hizo con lo que se va hacer, es decir, se trata de hacer la evolución de la enfermedad actual ya sea que mejore o que empeore. También le llama la atención donde se observa que el niño no acudió al médico y no sabe que es lo que pasa. Al día siguiente es que acuden con el niño y lo hidratan y no se observa donde se hizo hemoleucograma donde se pueda determinar si bajaron o no las plaquetas.**

El testimonio del pediatra LUTHER FERNANDO VALOYES expone en la misma línea vertebral que sus homólogos que ante el diagnóstico de un dengue al tratarse de una enfermedad viral no tiene un tratamiento específico y sus manifestaciones leves se tratan en forma ambulatoria. Sobre lo advertido por este testigo en su concepto médico se establece que, por regla general la atención del acusado CESAR AUGUSTO ESTRADA FRANCO fue la correcta al realizar la evaluación del menor

GARCÉS CAUSIL y al ordenar la realización de unos paraclínicos que fueron revisados por la galena AITEL BETSABEL.

Este testigo es enfático en señalar que conforme a los resultados de los paraclínicos el menor JUAN CARLOS CAUSIL no requería hospitalización, es decir, que su tratamiento ambulatorio fue acertado por los dos médicos que hoy se encuentran en calidad de acusados.

Adicionalmente, este testigo es enfático en aseverar que entre la tercera y cuarta atención le llamó la atención que: **“...no se hacen paraclínicos y no hay control, si hay un paciente preestablecido con cuadro viral y el niño continúa enfermo, lo que debe hacerse como médico de urgencias es revisar lo que está pasando y comprobar lo que pasa para luego hacer un control.”** Verificándose por esta Sala en el anexo de la historia clínica<sup>2</sup> que el médico que atiende entre la tercera y cuarta oportunidad se refiere al Dr. MARINO AUGUSTO JIMÉNEZ ARROLLAVE por el servicio de urgencias siendo el día 11 de enero de 2008, donde este galeno no realizó nuevos paraclínicos para establecer la evolución de la enfermedad del menor y no consultó la historia clínica para dar un adecuado tratamiento al menor JUAN CARLOS GARCÉS CUASIL, veamos lo advertido por el Dr. JIMÉNEZ ARROYAVE:

**El médico MARINO AUGUSTO JIMÉNEZ ARROLLAVE,** manifiesta ser médico general egresado de la Universidad de Antioquia en el año 2002, para el año 2003 realizó su año rural en el municipio de Arboletes y ya para el 1 de febrero de 2004 ingresó a laborar en el Hospital Francisco Valderrama como médico general a través de una Cooperativa o Asociación de Trabajadores y en el año 2007 en el mes de diciembre ingresa como parte del personal de planta en la misma institución hasta la actualidad.

---

<sup>2</sup> Ver. Fl. 277 s.s. Cuademo No. 1.

En el área médica se ha desempeñado como médico general donde ha asistido a capacitaciones como seminarios y actualizaciones de medicina general. Sus funciones en el Hospital de Turbo son de médico general en todas las áreas de la institución como médico de promoción y prevención. Ya la mayor parte del tiempo estuvo en el Hospital en consulta externa, en salas quirúrgicas, salas de medicina interna y ginecobstetricia, pediatría y urgencias.

La atención de urgencias en el Hospital Francisco Valderrama es de segundo nivel, al ser el único en el municipio y que recibe pacientes de toda el área urbana de Turbo y de todos los Hospitales cercanos como del Norte del Chocó. Para consulta externa se empieza atender muy temprano y no se alcanza a recibir a todos los pacientes porque a veces hay mucha demanda y se programan para el día siguiente los que no se logran atender.

Respecto de los pacientes que ingresan al Hospital por el servicio de urgencias es demasiada la población que ingresa, allí se trabajan tres médicos en los consultorios de urgencias, hay una sala de procedimientos donde se atienden los pacientes que requieren de este tipo de asistencia, esto es, como procedimientos o suturas y códigos azules. Pero cuando vienen pacientes de urgencia con dolores normales y fiebre ellos esperan en la Sala y hay un listado que se va atendiendo a las prioridades (de acuerdo a las patologías que presentan).

Actualmente, se maneja el sistema de triage donde se hace una revisión de los pacientes que ameriten la urgencia y los que no se regresan a sus casas y se les dice que en la mañana pueden consultar por consulta externa o simplemente se les manda la observación pertinente de un medicamento que lo puedan comprar y los que no se les hace la

valoración y los mandan para que sean canalizados de ser necesarios por los servicios de enfermería.

El servicio de urgencias en el Hospital Francisco Valderrama de Turbo siempre ha sido muy congestionado, al tratarse del único Hospital de la zona y es muy solicitado en muchas patologías. Antes se buscan estrategias para tratar de evaluar y evacuar rápidamente el servicio de urgencias y obviamente hacerse buen manejo de pacientes.

Actualmente, se copian otros métodos de triage que manejan algunos hospitales como el de Apartadó con puesto de enfermería y una auxiliar en el puesto de triage que antes no se tenía porque en el pasado era el médico quien llamaba al paciente y el médico realizaba el triage para establecer si ameritaba atenderlo en el momento o si era necesario devolverlo para la casa. Ahora el triage es más funcional porque se cuenta con un jefe de enfermería y un auxiliar de enfermería, quienes toman los signos vitales y de acuerdo a sus condiciones ya pasan a los médicos de urgencias.

Para el mes de enero de 2008, cuando se encontraban en ese momento en urgencias a los pacientes que estaban en la sala de urgencias que no ameritaban el servicio inmediato se mandaban para un consultorio de consulta externa y ellos recibían su atención y fórmula médica y se les mandaba para la casa. Básicamente el triage siempre ha existido, pero cuando se recibía turno a las 7 p.m., que es el momento pico donde llegan la mayoría de los pacientes y, es cuando las madres llegan de sus trabajos y llevan a sus hijos para la consulta y no tienen tiempo para ir a consultar externa y todos llegan por urgencias. Ahí es cuando escoge el médico cuáles pacientes no ameritan ser canalizados y ser observados, ellos son entonces remitidos a un consultorio y de allí se les da su fórmula.

Del año 2004 al 2008 se hacía eso con aquellos pacientes, donde se les mandaba a un consultorio especializado, eran tres o cuatro horas donde se contrataba un médico para hacer un triage especial y en el consultorio se mandaba con su fórmula para su casa.

Recuerda que para el año 2008 había un cuadro turnos y han cambiado funciones y horarios. Para esa época había médicos que trabajaban en urgencias por la noche y dentro de ellos había triage y el médico que tenía ese horario llegaba de 6 a 10 (4 horas) y se iba para un consultorio y ahí le llegaban los pacientes mencionados y los tres médicos que se quedaban en urgencias, se tiene que uno de ellos era el encargado de los traslados primarios, pero siempre se quedaban dos médicos disponibles en urgencias y uno adicional que hacía triage.

Indica el testigo conocer a los acusados AITEL BETSABEL MONTERO CORONEL y CESAR AUGUSTO ESTRADA FRANCO, en el área médica ellos son sus colegas y compañeros del Hospital; evoca el testigo que su ingreso al Hospital fue en el 2004 y el Dr. CESAR AUGUSTO ESTRADA ingreso a laborar un años después y la doctora AITEL ingresó al Hospital dos años o tres después de la fecha en que ingresa laborar el testigo que fue hasta el año 2004.

Expone el testigo que hasta la fecha el Dr. CESAR AUGUSTO ESTRADA está laborando en el Hospital Francisco Valderrama, inclusive, en el año 2007 CESAR AUGUSTO después de que el testigo llevaba tres años trabajando con cooperativas, ya CESAR llevaba dos años y fueron promovidos 10 médicos de cooperativa para hacer parte de la planta de personal del Hospital; CESAR sigue siendo médico de la Institución.

La doctora AITEL mientras estuvo en el Hospital trabajó en consulta externa en el consultorio 11 al lado del auditorio, luego se retiró de

la institución para realizar una especialización y regresó posteriormente a la institución.

Las funciones que tenían los acusados en el Hospital para finales del año 2007 y principios del año 2008; rememora que el médico CESAR AUGUSTO ESTRADA estuvo trabajando en urgencias, no recuerda si él tenía consulta externa, pero sí sabe que es un médico muy habilidoso y por eso se dejaba en el servicio de urgencias del Hospital. Ya hasta que se trasladó al Centro de Currulao donde hace otras funciones de urgencia Y P y P.

La doctora AITEL BETSABEL la recuerda siempre en consulta externa y seguramente algunas veces hacía turnos de urgencia, pero ella en la mayor parte del tiempo trabajaba en los consultorios de consulta externa hasta que ya se realizó su especialización y regresó al Hospital a trabajar en el servicio de su especialización de ginecología y obstetricia.

Dice el testigo que tiene una relación de amistad y colegaje con los acusados al trabajar todos en el Hospital (...). La experiencia de CESAR AUGUSTO ESTRADA se reduce a que él se graduó y empezó a trabajar en el Hospital con buenas bases y conocimientos médicos. Incluso cuando tiene inquietudes el testigo acude en su asesoría y así lo hacen varios compañeros en el momento que sea necesario para el beneficio del paciente y le parece que sus conocimientos son buenos y es excelente en su práctica médica.

Para el mes de diciembre de año 2007 fueron vinculados 10 médicos entre los cuales estaba el testigo –que pertenecían a una cooperativa de trabajadores- pasando a la planta de personal del Hospital. Posteriormente, el Dr. CESAR cambió su posición y no quería estar como médico de planta y pasó a ser médico de cooperativa. Pero para el

periodo de finales de 2007 y principios de 2008 el doctor CESAR AUGUSTO era médico de planta del Hospital.

Desconoce si el Dr. CESAR trabajó en otra institución antes de laborar en el Hospital Francisco Valderrama y sobre la doctora AITEL no conoce sus antecedentes y ella estuvo siempre en consulta externa. Las funciones de consulta externa y la consulta por urgencias se diferencian, en que la *consulta externa* es para patologías no graves que se pueden manejar con una fórmula médica y si amerita una remisión o pasa a urgencias se hospitaliza directamente desde el consultorio o se lleva al paciente para urgencias y se le pasa al médico de urgencias.

En el mes de enero de 2008 los trámites que se realizaban para el paciente que ingresaba por urgencias, en ese momento, los médicos lo miraban y analizaban realizando un estudio de acuerdo con lo que se vea se establece si el paciente no amerita el servicio de urgencias y se devuelve para que pida cita por consulta externa o si esta para atención inmediata pero no urgente se manda con los otros pacientes que se asignan como triage, pues había un médico en consulta externa de 6 a 10 a quien se le mandan los pacientes para que atienda estas personas en las cuatro horas de turno.

Señala el testigo que había un protocolo igual para menores y adultos. Su tratamiento era mismo se hacía una observación en los pacientes y se definía si ameritaba o no hacerle un servicio de urgencias, pues inmediatamente se ingresaba como un paciente de urgencias y se pasaba para ser canalizado por las auxiliares iniciar su observación y la realización de los paraclínicos pertinentes o remitirlo al especialista, ya en última instancia hospitalizarlos o remitirlo al grado de complejidad que requiera su patología. Pero si el paciente niño, joven o adulto que no requiere atención por urgencias, se pasaba para el triage y se establecía si

el servicio que requería era inmediato o no, de no serlo se mandaba para ser atendido al día siguiente por consulta.

Esboza el testigo que conoce el hecho por el cual fue citado al estrado judicial ya que sus compañeros lo ilustraron sobre la razón de su citación y pudo observar en la historia clínica del paciente, no tenía conocimiento de la situación hace cuatro meses, por lo que se encontró con el doctor CESAR ESTRADA ARROYAVE en el Hospital, pues él la mayor parte del tiempo la pasa en el Centro de Salud de Currulao y cuando lo vio preguntó qué estaba pasando y le dijo que se trataba de un caso de una demanda de un pacientico y él le dijo jocosamente que usted también se encuentra en la historia y no le puso más atención hasta que fue citado al estrado judicial y ahí fue cuando empezó averiguar la historia y observó la intervención que tuvo con el paciente.

**Para el día 11 de enero de 2008 en las horas de la tarde recuerda a través de la historia clínica, se trataba de un niño de 7 años que ingresa por urgencias con fiebre subjetiva de tres días de evolución y unos paraclínicos que habían realizado dos días antes, pero era unos paraclínicos completamente normales. Pero el niño ingresó más por un cuadro gastrointestinal, tenía deposiciones diarreicas fétidas y dolor abdominal, presentaba 38.9 grados centígrados de temperatura, era un niño adinámico con astenia, decaído y deshidratado, quien venía con síntoma febril y venía con unos exámenes paraclínicos previos normales; lo que hizo el testigo fue hidratar al niño, darle analgésico y antipirético, disminuir su temperatura para que estuviera en mejores condiciones y en observación para ver cómo evolucionaba su cuadro clínico, lo dejó para que su compañero de turno siguiente lo valorara, siendo esta su única intervención con menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL, la cual se hizo por el servicio de urgencias que para ese momento era de 7am a 7 pm, el niño**

**había ingresado dos horas antes de terminar su turno y por eso se lo deja al compañero para que lo revalore y mire su evolución con el medicamento.**

Reitera el testigo que al revisar el menor observó que este ya tenía unos exámenes, sobre ellos hizo unas anotaciones en la historia clínica y lo que se encontró en los exámenes que le habían remitido por consulta externa. Y, ese día fue urgencias y ahí fue cuando el testigo lo ingresó, en esa revisión de los resultados exámenes pudo ver que eran normales que no le indicaba que hubiera alguna patología. Por lo tanto, su enfoque de atención fue más por la patología gastrointestinal, por la diarrea y la deshidratación.

El niño JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL estuvo previamente en el Hospital y de ello se dio cuenta por la historia clínica, pero en el momento en que entró por urgencias le dijeron que el niño había entrado y le habían realizado estos exámenes, los revisó y los apuntó en la historia clínica que fueran unos exámenes completamente normales, pero si se enteró que el niño había estado dos días antes en el servicio de consulta externa. El niño había estado el día 9 –enero de 2008-. **No pudo acceder a la historia clínica anterior del niño porque en esa época se hacía manual, porque actualmente si la historia se encuentra toda sistematizada se mira por el computador. Y, para esa hora en que atendió al menor ya se habían ido los empleados de facturación, en el evento de ameritar el estudio de una historia clínica tiene que solicitarla a facturación y luego ir al archivo, y como era tan reciente ni siquiera las han facturado y eso en dos días apenas está rodando y es muy demorado hasta que llega la historia clínica al archivo. De igual manera, como recibía muchos pacientes y entonces tendría que buscar la historia clínica a todos y el servicio de urgencias se colapsaría más.**

Afirma que el testigo no recordar en qué condiciones llegó el menor GARCÉS CAUSIL al servicio de urgencias y su proceso de rememoración deriva de lo consignado en la historia clínica, donde encontró un niño adinámico, levemente deshidratado (grado 2), la madre que era la acompañante manifestó que el niño tenía varias deposiciones diarreicas fétidas y eso daba para la deshidratación y eso fue lo que hizo para ese diagnóstico, le puso líquidos y antipiréticos dejándolo en observación para ver cuál era el cuadro clínico de evolución del niño.

Esa atención que realizó quedó consignada en la historia clínica y es lo que leyó para revivir el momento, porque por el tiempo ya no recuerda como fue la atención del niño aparte de lo consignado en la historia clínica. Reconoce el testigo que la historia clínica exhibida corresponde a la que él suscribió cuando atendió al menor (obrante a fl. 277 Cuaderno 2), la misma fue suscrita el 11 de enero de 2008 siendo las 5:30 de la tarde. Cuando encuentra el niño adinámico (decaído) y astenia, llegó porque la mamá lo lleva porque el menor tenía fiebre, mucha diarrea fétida y eso lo estaba llevándolo a la deshidratación grado 2. La decisión que se toma es darle líquidos, suministrarle analgésico y antipirético, dejándose en observación para ver su evolución.

Sobre los resultados de las plaquetas (resultado 17) y gota gruesa (resultado negativo) consignados en la historia clínica. De acuerdo con el resultado de gota gruesa no tiene paludismo ni malaria.

Con relación al recuento plaquetario manifiesta el testigo que normalmente, cuando el paciente llega en esas condiciones se le hace un examen de sangre, esto es, hemoleucograma en el momento se realizó en forma manual, debido a que el laboratorio en el momento no contaba con reactivos para hacerlo en forma electrónica; manual significa que observan un campo y por cada campo debe ser multiplicado por 21.000

plaquetas y, observaron 17 plaquetas por campo y se multiplica por el factor 21.000, porque lo mandaron así porque probablemente en ese momento no había reactivos para hacerlo en la máquina.

La bacterióloga toma un área y va realizando el conteo manual y al multiplicarse por ese factor, y da como resultado de **357.000 plaquetas, normalmente de 150.000 a 450.000 plaquetas los resultados están buenos, están en los límites normales lo que daba para para pensar en una patología como el dengue.**

Esos exámenes llegaron hechos por consulta externa, fueron al laboratorio y llegaron sus resultados paraclínicos donde todos fueron normales, si de pronto hubiera percibido que las plaquetas tuvieran tendencia a disminuir para acercarse hacia los límites inferiores, pues se mandaba inmediatamente se realizaba una repetición del examen. No sabe quién ordenó hacer los exámenes paraclínicos, la madre los llevó y los analizó.

En el año 2008 se hacía el examen de gota gruesa al menor, cuando llegaba con síntomas febriles donde no se encuentre la causa de su foco, es uno de los paraclínicos que hay que realizar.

Considera el testigo que el menor fue con un cuadro muy específico de tipo gastrointestinal en su momento, porque no pudo observar otra patología en el momento y por los resultados de los exámenes se descartaron las enfermedades tropicales, lo vio más bien como con una gastroenteritis o por la deshidratación por eso lo manejó en esa dirección.

Las enfermedades tropicales descartadas con los resultados de los exámenes fueron paludismo, malaria, dengue y otras enfermedades tropicales como la fiebre amarilla, no se le hace esos

exámenes de fiebre amarilla, porque lo usual en la zona es dengue o paludismo que es lo que se descarta.

Para el mes de enero de 2008 había protocolo para el tratamiento del paludismo, para malaria y para el dengue. **En el dengue el tratamiento empieza por un control de plaquetas, hidratar al paciente y estar observación y si el paciente va empeorando su cuadro y los paraclínicos están indicando que al paciente se le debe diagnosticar un dengue, se pide la remisión y la valoración por el pediatra.** De otro lado, si hay estigmas de un dengue grave como lo es el sangrado en la alguna parte del cuerpo, ya se remite inmediatamente a la Unidad de Cuidados Intensivos.

Una vez diagnosticado el dengue, el procedimiento que se realizaba en urgencias del Hospital Francisco Valderrama, se orientaba a manejar al paciente los síntomas de fiebre y los demás síntomas asociados, para luego remitirlo al pediatra y tome la atención del paciente, si el paciente se está volviendo tóxico rápidamente se le da un traslado primario al centro más cercano.

Desconoce el testigo si después de haber realizado la atención que le suministró al niño, si regresó o no a la Unidad Hospitalaria, pues leyendo la historia clínica se dio cuenta que el compañero que le recibió turno le dio salida dos horas después y, posteriormente, el desenlace –la muerte del menor-. El compañero que le dio salida no le recuerda su nombre, sobre el desenlace se dio cuenta en el momento de la citación a la audiencia, sabe que falleció el 13 de enero, pero no está muy seguro porque solo le entregaron la historia clínica que suscribió el testigo.

Recuerda que para esa época –enero de 2008- prestó el servicio en atención de urgencias y cuando el paciente es atendido por

cuadro de fiebre en el servicio de urgencias, queda a consideración del médico que este atendiendo a los pacientes, se hace una revaloración si considera que el paciente ya puede irse para su casa, él da la autorización y el alta del paciente.

Para mandar al paciente para la casa debe estar sin el cuadro de fiebre, pero la fiebre es una manifestación de casi todas las patologías de cuadros virales y bacterianos. **Además de la fiebre se mira cómo está el paciente generalmente, muchas veces un paciente continúa febril, pero de pronto cuando el paciente está con fiebre alta como llegó, hay que revalorar y hacerle los paraclínicos para mirar porque no ha bajado y poner medicamentos hasta que el paciente este mejor.**

De acuerdo con lo anterior, si un paciente entra por urgencias y está todavía febril considera que es mejor esperar a que la temperatura este normal para darle salida y mirar porque no ha bajado la temperatura.

Cuando se envía un paciente con fiebre en consulta externa, pues se examina se toma la decisión de pasarlo a urgencias o mandarle medicamentos si se conoce el foco de la fiebre, si se desconoce pues se le mandan los exámenes paraclínicos, pero si el paciente está muy toxico y amerita se manda inmediatamente para urgencias. De lo contrario se manda un paciente con fiebre para la casa y atención por consulta externa si se conoce su foco. Pues de no hacerlo, mandar a todos los paciente en su mayoría por el cuadro febril se saturaría el servicios de urgencias.

En el contrainterrogatorio expone el testigo el comportamiento ético y profesional de los acusados ha sido completamente transparente y de buenos conocimientos, son buenos

colegas y cumplen con la asistencia de los pacientes. No ha conocido denuncias o quejas referentes a los acusados en su profesión de médicos.

La autorización de hospitalización de un paciente que acude por consulta externa a urgencias es ordenada por el mismo médico que atiende al paciente o también puede ir al servicio de urgencias para comentar el paciente con los colegas, o entregarle el paciente a uno de los colegas que están en el servicio de urgencias para que lo hospitalicen.

Indica el testigo que, si el paciente llegara por urgencias con fiebre, tos y vómito, se le trata los síntomas si es posible manejarlos y después de hacer paraclínicos en caso de que salgan normales se le da de alta. Sólo de ser necesario se hospitaliza.

Señala el testigo que conforme al paraclínico que indica el índice de plaquetas en 357.000 en el menor JUAN CARLOS CAUSIL, considera que son los valores normales. Ese examen de plaquetas que revisó fue de un resultado de un examen solicitado días antes a la atención que le brindó -11 de enero de 2008-, para el momento en que atendió al menor, el valor del recuento plaquetario pudo haber variado en el niño. **No se realizó ningún examen para verificar el valor del recuento plaquetario porque los que llegaron estaban muy normales y ni siquiera había tendencias de disminución de las plaquetas para el momento en que revisó los exámenes porque estaban inclusive por los límites superiores de los valores normales.**

Ese recuento plaquetario cuando bajan a niveles anormales son indicativos característicos de enfermedad, pues si empiezan a bajar las plaquetas, se podría pensar en una enfermedad de dengue o en una leptospira. **Cuando se sospecha de un dengue se hace un recuento plaquetario a las 6 horas, y al día siguiente si tiene valores inferiores al**

**mínimo, se miran si las plaquetas siguen bajando se hospitaliza y se le maneja la sintomatología y se le hacen controles. Pero no hizo nuevos exámenes porque los primeros paraclínicos no fueron ordenados por el testigo.**

Del relato del médico MARINO AUGUSTO JIMÉNEZ ARROLLAVE, se extraen varias situaciones que derivan en una relación frente a la causalidad (relativa a un mayor incremento del riesgo) que pudo conllevar al desenlace de la muerte del menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL. En el sentido que conforme a la historia clínica materia de estipulación probatoria por los sujetos procesales se acreditó como hecho probado su contenido, desprendiéndose que este testigo atendió por urgencias al menor el día 11 enero de 2008, quien no solo no consultó la historia clínica del menor de los dos días anteriores en que acude el menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL, sino que basa su atención en unos paraclínicos del 9 de enero de 2008 y al no haber aplicado una mínima diligencia y cuidado en su actividad médica no repitió los paraclínicos, en especial el recuento de plaquetario para saber si se estaba dando una evolución severa en el menor GARCÉS CAUSIL que demandaba otros tratamientos aparte del control del cuadro febril con antipiréticos (dipirona) y la deshidratación, esto es, determinar si el menor estaba con las plaquetas por fuera de los rangos normales. Sobre este tópico fue claro el testigo pediatra LUTHER FERNANDO VALOYES quien al igual que los acusados y el testigo MARINO JIMÉNEZ ARROLLAVE laboran para la misma institución Hospitalaria, donde si bien un dengue con síntomas leves puede ser tratado en forma ambulatoria, expone para el caso del menor que en tercer ingreso al Hospital cuando es atendido el menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL, esto es, para 11 de enero de 2008 debió este galeno -JIMÉNEZ ARROLLAVE- realizar nuevamente los paraclínicos para establecer si el menor estaba evolucionando con una baja plaquetaria, lo cual no se hizo y fue dado de alta por el médico que llegó a recibirle turno.

De igual manera, a través de la cuarta y última atención suministrada al menor que deriva de su ingreso por el servicio de urgencias del Hospital Francisco Valderrama, nuevamente, para el día 12 de enero de 2008 el niño es atendido por parte de la Dra. MARÍA ISABEL PATIÑO FRENÁNDEZ, quien al realizar todo lo posible y brindar el tratamiento al menor, advierte luego de realizar los paraclínicos que el menor tenía una baja plaquetaria y su estado de salud ya estaba en un punto de no retorno, pues pese a tratarle los síntomas que presentaban el menor GARCÉS CAUSIL, este muere el día 13 de enero de 2008 por *shock hemorrágico por dengue* y así es certificada su muerte por parte de esta última galena, veamos lo expuesto por ella en la audiencia de juicio oral:

**La médica MARÍA ISABEL PATIÑO FERNÁNDEZ**, manifiesta ejercer la profesión médica alrededor de 11 años, se especializó en Gerencia de Servicios de Salud y actualmente labora en el Área de Coordinación Médica en un cargo administrativo y en este cargo lleva cuatro años. En el Hospital Francisco Valderrama estuvo trabajando 6 años de médica general y 2 años de coordinadora médica.

En el Hospital laboró desde el mes de diciembre de 2007 hasta marzo de 2015 o 2016. En la función médica general trabajó en el servicio de urgencias, allí también llegó a prestar servicios el señor CESAR AUGUSTO (acusado) y la doctora AITEL BETSABEL (acusada) que estaba en el servicio de consulta externa. En la atención de urgencias recuerda que cada uno de los pacientes que ingresaban se les atendía conforme al orden de llegada o quienes llegaban por urgencias vitales se les ingresaba directamente y se le atendía por el médico que estaba desocupado o el que estuviera atendiendo.

Evoca la testigo que en el Hospital Francisco Valderrama el médico CESAR AUGUSTO ESTRADA FRANCO se desempeñaba en urgencias y la médica AITEL BETSABEL estaba en consulta externa, pero no recuerda que más asignaciones tuvieron. Para el año 2007 esas asignaciones las daba el Coordinador Médico en relación a un cuadro de turnos; para ese año el coordinador era señor CARLOS PACHECO.

La testigo afirma haber sido convocada al juicio oral para declarar sobre la muerte del menor JUAN CARLOS CAUSIL GARCÉS, no recuerda nada del caso desafortunadamente y solo leyó la historia clínica que le allegó su compañera AITEL BETSABEL (acusada). Frente a los hechos de la muerte de JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL fue objeto de entrevista por uniformados de la Policía, pero al no recordar nada la Fiscalía le exhibe a la testigo la entrevista para refrescarle su memoria.

Luego de la exhibición del documento, expone la testigo que se trataba de la muerte de un niño de 8 años JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL, este niño es llevado al servicio de urgencias porque tenía cuadro febril con deposiciones diarreicas y de síntomas compatibles con gripa y que ya había consultado en dos ocasiones y le habían mandado medicamentos y líquidos para manejo en la casa.

La madre del niño regresa con el infante porque en razón de unos signos de alarma le había indicado el médico que debía regresar por urgencias si el niño no mejoraba y como el niño presentaba los signos de alarma, la madre lo lleva de nuevo a urgencias. El niño cuando lo observa la testigo percibe que está decaído, al ingreso está febril y tiene mucho malestar y con la persistencia de los síntomas se ingresa y se hacen estudios complementarios para ver qué ha pasado, donde la madre informó que una médica -AITEL BETSABEL 09/01/08- lo había revisado le dijo que sospechaba que el niño tenía dengue y se le manda exámenes para

ver cómo va la evolución de las plaquetas y definir tratamiento y conducta con el niño.

Recuerda la galena haber atendido al menor GARCÉS CAUSIL el día 12 de enero de 2008 donde la madre indica que el niño se sentía mal y que, si bien no estaba con fiebre al momento del ingreso, sí estaba en condición de mucho malestar, con dolores articulares y en el transcurso de la noche el menor presentó dolor abdominal, durante su estancia en el Hospital tuvo un pico febril y en la madrugada enfermería informó que no había orinado durante toda la noche.

(...)

El menor ingresa cargado por los familiares y estaba decaído, determinó que al ingreso no tenía cuadro febril. Pero los otros signos vitales, no recuerda que estuviesen alterados; lo único que llamaba la atención es que el menor regresaba nuevamente. Sobre la verificación si el menor presentaba dengue, se le hizo un examen para determinar la evolución de las plaquetas y otros exámenes complementarios como examen de orina y de gota gruesa para definir otra patología asociada que pudiera explicar el cuadro clínico.

Afirma la galena que en el transcurso de la noche llegaron los resultados de los exámenes y llegó hemoleucograma bastante alterado, las plaquetas, aunque no llegó completo, **si llegó el recuento de plaquetas que mostraba un descenso importante, no se acuerda bien pero el recuento manual daba 17.000. Este resultado le indicaba que sí se podía tratarse de un dengue clásico que era la primera sospecha que le habían informado a la madre. Razón por la cual la testigo decide hospitalizarlo y remitirlo a pediatría porque requería manejo por otro nivel de atención.**

Conforme al resultado del recuento de plaquetas y los valores normales en un menor de edad, eran muy bajos el resultado, porque el mínimo inferior tolerable es de 150.000 plaquetas, entonces al encontrar un recuento **17.000** estaban demasiado bajas las plaquetas, el menor no logró ser remitido a pediatría y no logró salir de la institución.

En el marco de la atención del menor se le aumentaron los líquidos endovenosos que es una medida fundamental, como lo es, un paciente con dengue y se le hizo el manejo sintomático, es decir, le dio fiebre en el transcurso de la noche, se le hizo manejo suministrándole un analgésico para el dolor articular y se le hicieron más estudios posteriores para ver que comprometido estaba el resto del organismo, o para descartar otra patología para descartar como la leptospirosis es muy común que se presente en la zona y bastante frecuente en los pacientes.

**Este menor en la noche tuvo un episodio de fiebre, dolor articular y dolor abdominal, y el menor estaba en urgencias pediátricas y ahí siempre estuvo una auxiliar de enfermería y los médicos en el transcurso de la noche y dependiendo de los casos como este, donde el niño estaba recién ingresado se le hacía ronda de acuerdo con los resultados que iban llegando o si tenía algún síntoma que lo aquejaba se revisaba.**

Reseña la testigo el niño tiene un episodio febril y dolor abdominal, en la madrugada llegaron unos resultados adicionales a los que se habían leído inicialmente por lo que se revisa el reporte de estos para tomar decisiones, siendo las 6:05 a.m. la enfermería solicita apoyo porque el niño entra en código azul que es el paro cardiorrespiratorio que fue atendido inmediatamente. Estos exámenes adicionales para descartar otras enfermedades, era un citoquímico de orina para descartar una infección urinaria y de leptospirosis que es una enfermedad tropical muy común y que puede tener síntomas muy similares al dengue.

Esos exámenes no permitieron descartar esas enfermedades, pues estos no definen completamente la enfermedad, sino que lo orientan a dicha patología porque los exámenes van diciendo si son o no son. Ahora los exámenes que se realizan en el laboratorio departamental de Antioquia demoran más de 15 días para que arriben sus resultados y siendo difícil llegar a un diagnóstico por esos exámenes.

Se realiza el examen de gota gruesa el cual salió negativo y era para saber si tenía paludismo o malaria. **Posterior a ello, una vez se presenta reporte de código azul por enfermería se trata de la ayuda solicitada por el personal asistencial en relación con un paciente que entra en paro cardiorrespiratorio; siendo las 06:05 horas se reporta código azul y la testigo como médica respondió al llamado y le puso la mascarilla de oxígeno y la realización de un masaje cardiaco para lograr que el corazón y los pulmones respondan llevando la sangre oxigenada al cuerpo, se inició el protocolo con medicamentos (aplicación de adrenalina cada cinco minutos), se esperaba entonces la respuesta del corazón para que empezara a latir de forma espontánea pero no se logró.**

**De igual manera, se intentó introducir un tubo por la boca del menor para suministrarle oxígeno a los pulmones, pero ya el niño estaba completamente rígido, se intentó sedar para disminuir la rigidez de la mandíbula, al no ser posible, se continuó con el tratamiento de masaje insuflación de aire y luego se colocó otro medicamento para sedarlo más y poderlo entubar. Sin embargo, a todos los intentos que se hicieron y la aplicación de medicamentos dentro del protocolo de reanimación el menor no respondió. Esa muerte del menor JUAN CARLOS CAUSIL la certificó la testigo indicando como causa de muerte fue SHOCK HEMORRÁGICO POR DENGUE.**

Reitera la testigo que la atención del menor la tomó el día 12 enero, esa atención la asumió a las 8:20 p.m., pasaron alrededor de 9 horas cuando muere el menor, la hora de la muerte fue certificada a las 6:55 a.m. del día 13 de enero, en ese lapso de tiempo entre las 8:30 pm y las 6:00 a.m. del 13 de enero, se le hizo un examen de recuento plaquetario al momento del ingreso.

Señala la testigo que la doctora AITEL BETSABEL sí había atendido el niño con anterioridad por lo que observó en la historia clínica que le suministró la acusada AITEL BETSABEL, pero no sabe si CESAR AUGUSTO ESTRADA lo atendió porque no ha conocido ninguna otra historia adicional.

No recuerda si para la fecha de los hechos existía un protocolo para atender enfermedades endémicas en la región como dengue y otras enfermedades tropicales. Pero sí se recibió muchas capacitaciones de ese tema y se hicieron exposiciones, como eventos académicos por la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia.

Durante su periodo laboral en el Hospital estuvo asignada en los servicios de urgencias y en el área de hospitalización, y por dos años estuvo de Coordinadora Médica. El servicio de urgencias es una de las puertas de entrada del paciente y ahí se define si se puede hacer un manejo sintomático en urgencias y si se direcciona para su casa, y también se define si pasa a hospitalización o si debe remitirse a otro centro asistencial al requerir de otro nivel de complejidad.

Los servicios de hospitalización es para aquellas personas que requieren un tratamiento por más días o un tiempo determinado y el médico de hospitalización se encarga de hacerle la ronda todos los días

para la evolución, observar cómo va pasando el paciente si mejora o empeora, si hay remitirlo o darle el alta para que se vaya para casa.

(...)

Para el año 2008 cuando el paciente era atendido y se realizaban los exámenes, estos debían ser revisados generalmente por el médico que los enviaba, no recuerda la existencia de un protocolo que indicara eso, pero era lo que usualmente se hacía se mandaba los exámenes y luego mismo médico los revisaba o si se acababa turno se entregaban los exámenes a la persona que llegara.

Frente a las enfermedades de dengue, leptospirosis y malaria (enfermedades endémicas), considera la testigo que para el año 2007 y 2008 si existía un protocolo para tratamiento de estas enfermedades por parte del Ministerio, cuando se trata de enfermedades de interés público el Ministerio siempre ha tenido un protocolo para este tipo de enfermedades.

**Si un menor presenta un cuadro febril e ingresa por urgencias puede ser devuelto a su casa con el mismo síntoma febril para ser tratado en la casa. Generalmente el síntoma de fiebre puede estar asociado también a otras cosas y depende de la temperatura del menor. Ese sentido, fiebre puede ser a partir de 38 grados centígrados y puede ser un cuadro febril en donde no se encuentra síntomas asociados que permitan sospechar que tenga una enfermedad grave y puede mandarlo para la casa para tratarlo y con signos de alarma y recomendaciones.**

El citoquímico de orina en urgencias se prescribió para determinar cuál es la causa de la fiebre y para descartar una infección urinaria, este examen no recuerda si tuvo demora o no, desconoce que

pasaba en la institución, pero el hemoleucograma no se estaba reportando en forma completa como se solicitaba en el examen conforme a lo advertido en la historia clínica.

Expone la deponente que en cada caso se debe determinar si se puede devolver a un paciente, sin conocer cuál era el motivo de la fiebre, porque pueden tratarse esos síntomas en forma ambulatoria y hay otros casos en donde se determina que es mejor hacerle los exámenes dejándolo interno, pues puede ser que el paciente viva en una vereda y por muchas otras razones, pues no se puede ir el paciente para la casa sin el examen de orina sino que son parámetros que ayudan al médico a orientarse frente a muchas situaciones.

***La certificación de la muerte del menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL la realizó la deponente el 13 de enero de 2008 siendo las 6:55 a.m. por la enfermedad de dengue y LLEGÓ A ESA CONCLUSIÓN POR LA DESCRIPCIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA, POR SU ANÁLISIS DE EVOLUCIÓN, POR LAS CONSULTAS QUE HABÍA TENIDO EL MENOR PREVIAMENTE Y POR LA SOSPECHA QUE LE HABÍA HECHO UNO DE LOS COLEGAS PREVIAMENTE DE DENGUE Y POR EL DESCENSO TAN ABRUPTOS DE LAS PLAQUETAS DEL ÚLTIMO EXAMEN QUE SE LE HIZO Y ERA EL DIAGNÓSTICO MÁS PROBABLE.***

El dengue es solo uno, pero cuando se complica se habla de dengue hemorrágico o dengue clásico en el sentido de las complicaciones. Para el caso del menor previamente a su muerte el niño no estaba orinando y realizó impresión diagnóstica choque por dengue hemorrágico, es decir, el niño no tenía suficiente volumen de líquidos en el cuerpo y no lograba ni siquiera eliminarlos por el riñón.

En el contrainterrogatorio manifiesta la testigo que los exámenes que se realizaban para el año 2008 sobre un síntoma febril, eran

hemoleucograma, citoquímico de orina y gota gruesa. **Si un paciente presenta un cuadro de fiebre, tos y vomito no es indicativo para determinar un dengue, pero sí una persona presenta dengue clásico se puede hacer su manejo en forma ambulatoria.**

Refiere que en el Hospital de Turbo no recuerda si se contaba con recursos para realizar en forma ágil los exámenes de hemoleucograma, citoquímico de orina y gota gruesa, pero de la historia clínica sí recuerda que no se hizo el examen de hemoleucograma completo y lo hacían de forma manual donde les daban el reporte de algunos parámetros, pero desconoce que pasaba en el Hospital para ese momento. Cuando el laboratorio funcionaba adecuadamente el resultado se emitía aproximadamente en una hora era automatizado.

La testigo afirma que el dengue puede ser tratado de forma ambulatoria cuando se mide la concentración de las plaquetas, los síntomas clínicos y los síntomas asociados al paciente para definir si se puede hacer un manejo ambulatorio o intrahospitalario. En el caso particular de Turbo se tenían en cuenta parámetros de condiciones de cercanía o lejanía a los servicios de salud.

**La necesidad o no de manejo intrahospitalario requería la realización del recuento plaquetario y es uno de los parámetros que el médico tiene en cuenta. Ese parámetro para ver la evolución plaquetaria se hace teniendo como referencia el valor de 150.000 plaquetas y el seguimiento se debe hacer de 24, 48 y/o 72 horas.**

Los resultados de los exámenes plaquetarios del niño JUAN CARLOS CAUSIL GARCÉS tenía inicialmente un valor plaquetario de 357.000 y una gota gruesa negativa no podía inferir un diagnóstico de dengue.

Sobre el relato de la galena **MARÍA ISABEL PATIÑO FERNANDEZ**, destacarse que afirma en igual sentido que los síntomas que presentaba el menor inicialmente ante un diagnóstico presuntivo de dengue permitían a sus colegas de turno dar el manejo tratamiento en forma ambulatoria.

Igualmente, la dra. PATIÑO FERNANDEZ fue la última galena que atiende por urgencias al menor en el Hospital Francisco Valderrama de Turbo- Antioquia, donde expone que el niño ingresa siendo las 8:20 pm del día 12 de enero de 2008, inicialmente con unos síntomas -sin fiebre, dolor articular y en el transcurso de la noche tiene pico febril y dolor abdominal, donde se le suministró tratamiento analgésico para los síntomas y realizando exámenes, entre ellos, el recuento plaquetario donde pudo determinar que el menor se encontraba por debajo de los rangos normales, esto es, en **17.000 plaquetas**<sup>3</sup> lo que la motivó a ordenar el traslado del menor GARCÉS CAUSIL al servicio de pediatría pero el mismo no logra hacerse efectivo debido a que el menor fallece por un paro respiratorio causado por shock de dengue hemorrágico.

Como advertirse, es claro que en el momento que esta médica toma la atención del menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL ya lo encuentra descompasado en una situación de no retorno pues el menor fallece por paro respiratorio causado por choque o shock por dengue hemorrágico.

De igual manera, los médicos legistas RUBEN DARÍO GIRALDO CASTRO y EFRAIN HERNANDO CABELLO DONADO, acudieron al estrado judicial para emitir un concepto médico conforme a la historia clínica del menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL, en cual determinan que los síntomas de un dengue si son leves pueden ser tratados en forma

---

<sup>3</sup> Parámetros normales de 150.000 a 450.000.

ambulatoria y que dependiendo de la evolución del paciente se determina si requiere de hospitalización o no, pues al tratarse el dengue de una enfermedad de rápida evolución, la descompensación de un paciente puede darse en cualquier momento, veamos lo manifestado por estos testigos:

**El médico patólogo RUBEN DARÍO GIRALDO CASTRO<sup>4</sup>,** manifiesta ser médico egresado de la Universidad de Antioquia desde el año de 1983 y es especialista desde el año de 1996. Actualmente labora en el Instituto Nacional de Medicina Legal y labora con la IPS Universitaria. Lleva desempeñándose dentro de sus funciones como médico patólogo en el Instituto de Medicina Legal 24 años, 4 meses. Dentro de sus funciones se encuentra la realización de necropsias y análisis de los diferentes órganos, alimentos realizando un análisis histopatológico, así como la emisión de conceptos que se le solicitan.

Dentro del ejercicio de emisión de conceptos histopatológicos, se hacen con fundamento en la historia clínica que se le allega. Para el caso concreto, fue citado al estrado judicial con fundamento en un concepto relacionado con la muerte de un niño de nombre JUAN CARLOS GARCÉS, para este concepto se recibió el formato de historia clínica, la evolución y unos exámenes que se realizaron al menor.

**El concepto de la causa de la muerte fue un choque por dengue hemorrágico. Este menor consultó por primera vez el 11 de enero de 2008 y luego consultó de nuevo como resultado de unos exámenes; posteriormente, vuelve y consulta el 12 y ya el menor se encontraba en peores condiciones y el 13 de enero fallece.**

---

<sup>4</sup> Ver informe fl. 268 ss. Cuaderno #1.

Conforme a la historia clínica materia de análisis, recuerda el testigo que, **para esa atención del 11 de enero de 2008 ya el niño tenía un diagnóstico presuntivo de dengue clásico donde se observa que al niño se le dio de alta con exámenes, cuando no se vio ningún signo de alarma y el tratamiento que generalmente se hace en casa. Este menor para el 11 de enero de 2008, presentaba un cuadro de fiebre, deposiciones diarreicas y tos seca de un día de evolución, estos síntomas no necesariamente no correspondían a dengue, pues hay otras enfermedades que podrían producir estos síntomas como la fiebre tifoidea u otro proceso viral.**

Para el día 12 de enero de 2008, el menor regresa por urgencias con los mismos síntomas y se hace nuevamente un nuevo diagnóstico de dengue clásico. El cual se fundamenta en la fiebre y en los síntomas era de dengue clásico, porque hicieron otros exámenes que descartaron la malaria con el examen de gota gruesa fue negativo, siendo el niño hospitalizado y se continuó con el diagnóstico de un dengue clásico.

**Ahora sí al niño se le observa sin ningún signo de alarma como lo es la deshidratación, derrames o sangrado. El niño puede retornar a su casa con tratamiento, pero este dengue de un momento a otro se complica porque no se conoce en qué condiciones inmunológicas se encuentra el paciente y es una evolución dinámica donde el paciente puede mostrar unos síntomas de deterioro.** Frente al *dolor abdominal* en su concepto se evidencia que ya no se trataba de un dengue clásico sino de un dengue hemorrágico, y este dengue hemorrágico no necesariamente se manifiesta con la presencia de sangrado porque puede presentarse también derrames, edema pulmonar, insuficiencia respiratoria por el daño pulmonar producido por edema.

**De acuerdo con las fechas de atención 11, 12 y 13 de enero de 2008, siendo el día 13 donde fallece el menor como consecuencia**

**de un dengue hemorrágico, donde si bien pudo haber tenido desde días antes la enfermedad el niño, pero al tratarse de una enfermedad muy dinámica pues, así como puede aliviarse con rapidez también puede empeorarse rápidamente. El concepto que se emite es sobre la causa y manera de muerte que se conceptúa fue por la enfermedad de dengue hemorrágico.**

En el contrainterrogatorio expone el testigo la existencia de varios exámenes para diagnosticar la enfermedad de dengue, pero para tener un diagnóstico certero se demora varios días porque son exámenes de laboratorio para establecer qué clase de virus, donde laboratorios corrientes no tienen las técnicas para realizarlos.

Ahora clínicamente y con exámenes menos elaborados es posible llegar a un diagnóstico presuntivo. Para **el año 2008 para verificar la enfermedad del dengue se usaron unos exámenes que están consignados en la historia clínica como una gota gruesa que reportó negativo, hemoglobina y hematocritos y hay otras pruebas de transaminasa y las pruebas de Elisa.**

**Frente a una persona que presenta un cuadro de fiebre, tos, vomito, puede ser dengue u otra enfermedad. Frente a los resultados de un hemograma en valor de 13, hemoglobina 13, hematocrito 39%, malaria negativa, plaquetas de 357.000, que presentaba el niño JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL, son unos exámenes que parecieran normales, pero debe tenerse en cuenta que se debe observar cómo evoluciona para ver si hospitaliza o no, porque si no está en condiciones de que se pueda deshidratar puede hacerse un tratamiento ambulatorio.**

**Los signos de alarma de un dengue estriban en hemorragias, dolor abdominal, edema pulmonar, hipotensión, somnolencia.**

**Un paciente con dengue clásico puede ser manejado ambulatoriamente si no se encuentra un signo de alarma.**

Sobre los exámenes menos elaborados para obtener un diagnóstico presuntivo de dengue, fueron exámenes tendientes para descartar malaria por la región es el examen de gota gruesa que arrojó un resultado negativo, se realizó hemoglobina y hematocritos que se encontraban en rangos normales, tenía examen plaquetario en rango normal. Estos exámenes no indicaban un dengue clásico, pero se tiene que el examen plaquetario debe realizarse posteriormente como control, porque si estas disminuyen ya es indicativo de hemorragias y salida líquido vascular, puede salir líquido del plasma a los pulmones y otras partes donde se puede ocasionar una hipovolemia que podría causar un paro cardio respiratorio. Por lo tanto, los exámenes cuando se realizaron parecen con rango normal, pero posteriormente estos exámenes variaron y terminó presentándose el cuadro cardio respiratorio en el menor que lo llevó a la muerte.

**En la historia clínica para el 11 de enero de 2008, el menor consulta en el Hospital Francisco Valderrama del municipio de Turbo, al presentar cuadro de fiebre, deposiciones diarreicas y tos seca de un 1 día evolución, ya era lógico que el menor ya presentaba dengue. Pues la fiebre es la manifestación de una enfermedad y en el caso del dengue este virus tiene un periodo de incubación promedio de 6 días.**

Para la fecha 11 de enero de 2008, el menor presentaba un dengue clásico y ya para el 13 de enero de la misma anualidad el menor muere consecuencia de un dengue hemorrágico. Ello se desprende de la conclusión a la que arriban los médicos tratantes es que menor presentaba un dengue en fase de choque, es decir, que el niño presentó un paro cardio respiratorio y se origina porque al parecer el menor ya

presentaba un edema en el pulmón, sin olvidar que el menor ya tenía dolor abdominal lo que ya era un signo de pasar de un dengue clásico a un dengue hemorrágico. (...) el dolor abdominal es un síntoma de un dengue hemorrágico.

Lo relatado por el médico legista RUBEN DARÍO GIRALDO CASTRO en su concepto sobre la muerte del menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL, estriba en una muerte ocasionada por un paro cardiorespiratorio producto de un choque por dengue hemorrágico. Este galeno es enfático en señalar que los síntomas de un dengue clásico en el evento de determinarse como el causante de los síntomas que presentaba el menor GARCÉS CAUSIL pueden ser manejados de forma ambulatoria, haciendo alusión a los resultados que fueron materia de análisis por la Dra. AITEL BETSABEL y describiendo que al tratarse de una enfermedad dinámica esta puede evolucionar rápidamente -hablando de una evolución de tres días-, sobre este tópico este galeno habla de tres atenciones en los días 11, 12 y 13.

Pero encuentra la Sala que no puede pasarse en forma desapercibida que el menor JUAN CARLOS fue atendido el día 8 de enero de 2008 por el acusado CESAR AUGUSTO ESTRADA quien determinó en el servicio de urgencias que conforme a los síntomas que presentaba de fiebre y malestar general -dolor articular- no era necesaria su hospitalización y ordenó la realización de unos exámenes en forma ambulatoria, los cuales fueron realizados al día siguiente -9 de enero de 2008- y que fueron revisados en esa misma fecha por consulta externa por la acusada AITEL BETSABEL, determinando que los exámenes al arrojar resultados normales, determinó como impresiones diagnósticas posibles un dengue clásico<sup>5</sup> y cuadro de infección respiratoria que decide tratar en forma ambulatoria con la prescripción de los medicamentos de acetaminofén, amoxicilina y

---

<sup>5</sup> Ver historia clínica anexa a fl. 276 ss. Cuaderno #1.

salbutamol, quien emitió recomendación y pasos a seguir frente a los signos de alarma que harían necesario el retorno del menor al servicio de urgencias, e incluso, acudir al consultorio de la galena AITEL BETSABEL ante la recuperación o no.

En ese sentido, se percibe que si bien el testigo GIRALDO CASTRO señala unas fechas de atención estas se referencian en forma incompleta como se esboza por la Sala y conforme a la prueba practicada en el juicio oral. No obstante, dicha imprecisión no afecta lo dictaminado por este médico en el sentido que conforme a la historia clínica los galenos actuaron conforme a la exigencia que demandaba la sintomatología el menor ante los síntomas que presentaba el menor, reseñando que el dengue es una enfermedad viral de rápida evolución cuando esta se complica, manifestando que la causa de la muerte fue natural producto del choque por dengue hemorrágico.

**El médico EFRAIN HERNANDO CABELLO DONADO<sup>6</sup>,** manifiesta ser médico y abogado de profesión, vinculado al Instituto de Medicina Legal en la Coordinación Regional Nororiente de Odontología, psicología y psiquiatría forense. La profesión de médico la ejercido desde hace 25 años, al ser titulado desde el año de 1993 y es especialista en gerencia de administración de salud, especialización forense, entre otras.

Dentro del Instituto de Medicina Legal se vinculó en el año de 1994 donde laboró como profesional universitario forense durante 13 años en la Seccional del Cesar, luego interrumpió su vinculación con el Instituto de Medicina Legal y se desempeñó como Secretario de Salud Departamental (...). Y, actualmente pertenece al Instituto de Medicina Legal desde el mes de septiembre del año 2016 a la fecha en la

---

<sup>6</sup> Ver informe fl. 270 ss. Cuaderno # 1.

Coordinación de Ciencias Forenses que agrupa las áreas de la Odontología, Psicología y Siquiatría, entre otras funciones afines.

Expone el galeno que la enfermedad del dengue es de origen infeccioso transmitida por un agente biológico y el cual tiene varias cepas virales, que ninguna de ellas se comporta de la misma manera y más si está hablando de las personas de la misma edad o raza. El dengue se caracteriza en la triada del estudio de las enfermedades, se tiene un agente causal del virus y existe una región endémica o epidémica haciendo alusión que se presenta en una región o país determinado, apareciendo múltiples casos en un periodo corto de tiempo y que eso hace que tenga unas características especiales en unos lugares y que en otros lugares no se presenten. El dengue como enfermedad infecciosa de zona tropical epidémica y endémica, requiere de unas condiciones para que se presente, esto es, las condiciones sanitarias como el manejo de excretas y basuras, la humedad del territorio.

Sobre el dengue clásico tiene mucha experiencia porque es una enfermedad que había abordado desde el punto de vista académico y a nivel universitario explicando desde el punto de vista epidemiológico, endémico, fisiopatológico y diagnóstico. **Es importante es entender que la enfermedad, la medicina y el ser humano son dinámicos y que esa interacción hace que las enfermedades no se presenten de la misma manera, en cualquier caso, independiente a que se compartan características en las personas y en el lugar; y, por el solo hecho que se trata de una enfermedad viral transmitida por vectores, al ser una enfermedad infecciosa se comporta en cada ser humano de manera distinta porque ni siquiera el vector es el mismo. Pues existen varias cepas y algunas producen enfermedades complicadas, no existe tratamiento diagnóstico, procedimiento diagnóstico y procedimiento clínico o examen**

**médico que permita determinar con exactitud la presencia de una enfermedad y la gravedad y transformación de la enfermedad.**

**Esta enfermedad en el más de 90% de los casos, se presenta como una enfermedad leve, sencilla, simple, es decir, que se quita en dos o tres días y la gente no queda con secuelas como si se tratara de una simple gripa. Pero si esta enfermedad está acompañada al tercer día acompañada de fiebre, malestar general, dolor en los huesos y dolor muscular, dolor de cabeza y otros síntomas menores. Puede desaparecer la fiebre y la gente puede pensar que se está mejorando, pero puede ser solo que se transformando en la aparición de otros síntomas, o puede continuar la fiebre y aparecer los síntomas hemorrágicos, o como en este caso coincide la aparición de síntomas leves y muy rápidamente se instauran signos de compromiso.**

**Hay eventos donde se tienen síntomas generales que se pueden manejar en forma ambulatoria y que pueden ser tratados en la casa a través de la toma de acetaminofén y la ingesta de líquidos, y revisar nuevamente al paciente al siguiente día para saber si está mejor o peor, repitiéndole un examen de sangre porque a veces se transforma hemoglobina y el hematocrito, o el número de linfocitos que puede indicar a los médicos y el conteo de las plaquetas debe realizar.** Pero la primera consulta para todos los casos siempre es ambulatoria, luego al segundo día se vuelve a observar la persona para ver cómo sigue, si los síntomas de agudizan con hemorragia se procede a hospitalizar para su tratamiento y es lo que sucede en este caso particular conforme a los datos. Pero que desafortunadamente existen unos casos donde aparecen los síntomas leves y de manera rápida en menos de 48 horas se agudizan; en el caso concreto se indica que el menor llega al día 11 y siendo ya el día 12 han pasado ya 24 horas, y ya para el día 13 no han pasado aun las 48 horas, ya el paciente tiene un déficit multiorgánico y con riesgo para la vida, lo

ocurrido demuestra que se trata de un caso de dengue clásico que se transforma en dengue con choque, es decir, que ni siquiera pasa por manifestación hemorrágica sino que pasa de una vez de signos generales al choque y eso hace que el abordaje médico, el diagnóstico y la capacidad terapéutica y de manejo que se pueda tener una respuesta adecuada. El curso de la enfermedad fue entonces de naturaleza mortal, una enfermedad de carácter tropical que en menos de 48 horas compromete la función de todos los órganos.

En la actualidad existen guías para la atención del dengue donde el Ministerio Salud en el año 2010, expide esta guía para la atención de pacientes de dengue y ya hay unos avances donde se clasifica el tipo de la enfermedad en tipo a, tipo b y tipo c. Lo que se establece para tomar la ruta de manejo, el laboratorio del Instituto Nacional de Salud para esa época no tenía el laboratorio, pero hoy el país ha avanzado en los laboratorios para establecer la cepa de la virología.

El dengue se diagnostica aún en la actualidad por las manifestaciones clínicas que se comparte con muchas otras enfermedades. En medicina se hace un análisis diagnóstico que incluye, por ejemplo: si estuviéramos en Medellín y una persona le llega con fiebre y malestar general, no piensa en dengue porque se está a una altura superior donde no existen los mosquitos; y estando Bogotá, tampoco se pensaría en dengue y se va descartando. Pero en el evento que se esté en una zona endémica como -Turbo-, allí se debe pensar en dengue, pero puede ser también influenza, entre otras como fiebre amarilla, malaria, por tratarse en una zona tropical son enfermedades infecciosas que también se dan.

**El análisis médico se orienta a la revisión y a mirar los síntomas y se hace la observación, se inicia tratamiento ambulatorio y de aparecer un signo de riesgo se le hospitaliza al paciente. Si aparece el**

**dengue con choque había que internarlo en UCI, pero en ocasiones el choque es tan agresivo no permiten si quiera la referencia. Eso es lo que impide el adecuado manejo, pues la enfermedad evoluciona y su compromiso se vuelve mortal.**

**En el año 2008 no existía una guía confeccionada y socializada para el dengue, pero sí había pautas de guía y manejo del conocimiento médico. La enfermedad del dengue se evidenciaba inicialmente como el dengue clásico y se le llegó conocer como la enfermedad quiebra huesos, era una enfermedad viral que todos los años cíclicamente se presentaba afectando a muchas personas y, que, en sus inicios, no causaba mortalidad.**

Cuando el virus muta y no era mortal, empiezan a dar unos casos raros, siendo a finales del siglo XX en que se empieza a observar los primeros casos de dengue hemorrágico. Por eso afirma que la medicina es dinámica y toca aprender e identificar dentro de esas posibilidades que les ayuda a poder diagnosticar oportunamente si la enfermedad se va a transformar o no, lo cual no es sencillo, porque no se tiene la capacidad científica de adivinar y poder prever de una manera distinta a lo que el paciente les diga que tiene.

Esta enfermedad se manifiesta por *fiebre, malestar general, malestar articular, dolor muscular*; que de ser leve se tratan ambulatoriamente y que desaparece incluso sin tratamiento. Pero desafortunadamente llama la atención a nivel de salud pública y vigilancia epidemiológica para seguir los casos, donde una minoría de esos casos se pueden transformar y no existen mecanismos para identificarlos, por eso se hace la campaña y se le informa a la gente que debe asistir, y de no desaparecer los síntomas qué debe hacer, es decir, se hace campañas de prevención o promoción para evitar la saturación de los servicios porque no

sería posible atenderlos. **La pauta es, el 95% o 98% se hace el tratamiento ambulatorio con seguimiento y si hay síntomas hemorrágicos se procede a la hospitalización y si hay un síntoma de shock, por lo general no se puede hacer nada porque ese dengue es inminentemente mortal. Cuando el dengue comienza a tener manifestaciones hemorrágicas se puede realizar un tratamiento paliativo como transfusiones, agregados de plaquetas y atenderlos hasta que salgan de la crisis. Ahora bien, cuando el dengue es clásico se hace un tratamiento leve y simple, los pacientes en su mayoría se recuperan.**

El dengue tiene un proceso de evolución entre 7 o 8 días que puede ocasionar la muerte conforme a la literatura médica, los tres primeros días cursan con fiebre y a partir del tercer día desaparece la fiebre. En ese momento en lo regular, al desaparecer empieza a mejorar síntomas, empero, los casos *atípicos* rompen con la regla y en las primeras 24 horas que se espera que sean signos de dengue clásico leve, se empieza a complicar y en esas 24 horas ya hay lesiones de órganos internos como: el hígado, corazón, pulmones, riñones y cerebro etc.

Esta enfermedad es capaz que en menos de 36 o 48 horas puede hacer un daño multiorgánico severo donde no se tiene funcionamiento del hígado, riñones, pulmones, corazón y el cerebro. No siempre afecta todos los órganos o no siempre afecta un órgano determinado, cuando por fortuna se afecta el hígado y da tiempo para hacer algo y no causa muerte súbita. Ahora si se afectan los riñones ahí sí es diferente porque una insuficiencia renal por tres días puede comprometer la vida.

De otro lado, cuando hace miocarditis aguda, encefalitis y meningitis aguda, el desenlace mortal puede ser en minutos o en horas al ser órganos vitales (...).

Advierte el testigo que los síntomas de fiebre, escalofríos, dolor muscular pueden dar lugar a evolucionar a un dengue hemorrágico, lo cual puede suceder de manera típica o puede ser de manera atípica de manera progresiva afectando lentamente el organismo como lo hacen algunas cepas virales o pueden hacerlo como otras cepas virales que tienen trofismos, siendo ello, unas características de los virus que tienen afinidad con un tejido orgánico. Es decir, si tienen trofismo nervioso invaden el sistema nervioso, si tiene trofismo de células cardíacas van y afectan allí. Lo normal es que se presente una afectación sistémica de todo el cuerpo y eso genera que la enfermedad progrese lentamente y el organismo con todo su sistema inmune puede enfrentarlo, puede resolverse la enfermedad.

**Evoca el testigo que es importante la realización de un diagnóstico oportuno para evitar el desenlace mortal, pero ello es una intención de medio y no de resultado, donde el médico pone todo a su disposición para logra evitar la muerte, teniendo de presente que la evolución hacia la muerte no la puede detener el hombre por mucha ciencia y conocimiento que se tenga.**

(...).

**Frente a la aparición de deposiciones diarreicas como síntoma, no significa la evolución del dengue, esta evolución deriva de las manifestaciones hemorrágicas, se pone el tensiómetro y se aparecen unos punticos hemorrágicos a eso en términos médicos se le llama la prueba del brazalete, si aparecen manchas conocidas como morados eso indica síntomas hemorrágicos o la agudización de una deshidratación. La materia fecal líquida puede ser la manifestación de otro origen viral al dengue.**

*El dengue clásico* pasa a dengue hemorrágico cuando se han presentado hemorragias o han bajado las plaquetas, baja el hematocrito o baja la hemoglobina, esto significa que se está perdiendo la sangre, si aparecen manchas en la piel, sangrado por encías, sangrado por la orina, sangrado por la materia fecal, son estos signos hemorrágicos, unos más severos que otros.

Cuando el dengue afecta la población se tiene que los niños y ancianos son más vulnerables; pues los niños apenas están madurando su sistema inmunológico, entre menos edad con mayor frecuencia se enferman y, los ancianos porque entran en un proceso de deterioro del sistema inmunológico. En ese sentido, la población más afectada en una epidemia de dengue son los niños y la segunda población afectada son los ancianos, siendo el menor número de casos en adultos o adolescentes porque se tiene una mejor respuesta inmunológica.

**Frente al tipo de tratamiento y procedimiento que debe aplicarse a estas personas es el mismo. Pues si un niño consulta y tiene unos síntomas simples de un dengue clásico se maneja ambulatoriamente porque así lo plantea la guía, cosa distinta es, que sí se tiene una manifestación hemorrágica evidente eso inmediatamente lo que sugiere en la acción médica es remitirlo a un siguiente nivel porque podría complicarse, y para eso debe presentarse una evolución de síntomas y signos que lo permita. Regularmente estas enfermedades con un margen del 80% de los comprometidos, se presenta en población infantil y anciana (...).**

**Afirma el testigo que parte del seguimiento de la evolución del dengue, es la realización de un recuento plaquetario el cual como lo plantea la guía de seguimiento, es que una vez identificados los síntomas y la sospecha diagnóstica porque no la pueden comprobar, es la realización de un cuadro hemático y luego se repite en 24 horas con síntomas leves.**

Los exámenes de gota de gruesa con resultado negativo - descarta *plasmodium falcinum* "la malaria"-, hemoglobina 13 y hematocrito 0.1, **ahí es cuando se concluye por clínica que es un dengue clásico lamentablemente cuando se identifica el niño en el caso concreto ya empieza a tener manifestaciones no hemorrágicas sino ya de choque y se descompensa en menos de 8 horas, ya a las 6:00 a.m. el menor desafortunadamente muere (...).**

En el caso concreto, en el momento que el menor ingresa por urgencias ha debido de serle realizado el examen de hematocrito pues se trataba de una zona endémica y si esa enfermedad se determina a tiempo sí tiene tratamiento y tendría el menor la oportunidad de ser tratada a tiempo.

(...)

Determinado el dengue clásico cuyo periodo de evolución de cinco días aproximadamente la probabilidad de evitar el desenlace fatal de la muerte. Hay tres situaciones, si el dengue es clásico de manifestaciones menores no es mortal, si el dengue tiene manifestaciones hemorrágicas -el médico hospitaliza y realiza seguimiento- donde se tiene la posibilidad de ir tratando al paciente, es decir, si baja la presión se ponen líquidos, si se bajan plaquetas -se suministran plaquetas-, si se baja el contenido sanguíneo -se hace transfusión- y ahí se va tratando la enfermedad.

Pero en la tercera situación sí se está ante un dengue con shock y aún estando en unidades de cuidados intensivos sigue siendo mortal aun estando en los mejores países y mejores instituciones prestadoras de servicios, sigue siendo mortal y con altos índices de mortalidad porque

en el momento que hay un shock -choque- ya no sirve el corazón y pensar en tener otro para trasplantarlo ya no sirve (...).

**El dengue con shock no depende del lugar ni de la institución, ni de la oportunidad diagnóstica, ni de capacidad científica o tecnológica porque la enfermedad sigue siendo mortal. Y el acto médico sigue teniendo muy poca oportunidad.**

Culmina el testimonio afirmando haber dejado su concepto como médico legal en un documento que fue entregado al Fiscal 114 seccional, el cual reconoce en el juicio que se trata del mismo documento con fundamento en el cual rindió su testimonio y el mismo tiene su firma.

De acuerdo con lo esbozado por el médico legista EFRAÍN HERNANDO CABELLO DONADO, se reitera lo advertido por su homólogo adscrito al Instituto de Medicinal, el Dr. GIRALDO CASTRO en el sentido que conforme a unos síntomas de diagnóstico clásico como eran en el caso concreto era viable la realización de su atención en forma ambulatoria, pero a diferencia de su compañero, precisa adicionalmente que en el caso del menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL pasa de un dengue clásico sin manifestaciones hemorrágicas y se genera un choque hemorrágico que le ocasiona la muerte al niño, *lo que no dependía del lugar ni de la institución, ni de la oportunidad diagnóstica, ni de capacidad científica o tecnológica porque la enfermedad sigue siendo mortal. Y el acto médico sigue teniendo muy poca oportunidad.*

De otra parte, este testigo sí precisa que el seguimiento y la evolución del dengue, **se fundamenta en la realización de un recuento plaquetario el cual como lo plantea la guía de seguimiento, es que una vez identificados los síntomas y la sospecha diagnóstica porque no la pueden**

**comprobar**, es la realización de un cuadro hemático y luego se repite en 24 horas con síntomas leves. Situación conforme como lo ha anticipado la Sala le era exigible al galeno MARINO JIMÉNEZ quien atendió al menor por urgencias el día 11 de enero de 2008, quien pese a observar que los paraclínicos en sus resultados eran del día 9 de enero de 2008, decide solo darle tratamiento a los síntomas en forma dispersa a la atención inicial derivada de los 8 y 9 de enero de 2008, pues no accedió a la historia clínica y no le realizó la indicación a su compañero sobre la consulta de la historia clínica del menor y tampoco se le repitieron los exámenes paraclínicos, entre ellos, el recuento plaquetario que pudiera haber identificado o no la posible plaquetopenia<sup>7</sup>.

**El médico JOHNNY ALEXANDER GARCÍA CASTRO<sup>8</sup>**, manifiesta ser médico cirujano de profesión con especialización en auditoría médica y gerencia de salud, residente actualmente en Buenos Aires -Argentina cursando una especialización en medicina interna. Es egresado de la Universidad Militar Nueva Granada y lleva ejerciendo la medicina desde el año 2000 y por alrededor de 18 años ha laborado como médico en servicios de urgencias en primer, segundo y tercer nivel; y ha realizado cursos de soporte pediátrico, soporte de pacientes críticos, entre otros servicios.

Estuvo trabajando en Bogotá en la Clínica Laura Alejandra como médico de urgencias pediátricas, en la Clínica Javier Londoño en Medellín, en la Clínica Panamericana en Apartadó, como médico de urgencias fue Director Médico de la Clínica Panamericana, en el Hospital Antonio Roldan Betancur y laboró en la IPS Universitaria en Apartadó, en la Clínica Valle de LILI en Cali (...).

---

<sup>7</sup> Plaquetas por debajo de los rangos normales.

<sup>8</sup> Ver informe 237 ss. Cuademo # 1.

Al trabajar en urgencias ha realizado cursos de soporte vital avanzado en adultos, soporte vital avanzado pediátrico, soporte vital avanzado en neonatal y ha trabajado en reanimación y manejo de paciente crítico, ventilación mecánica de pacientes.

En la región del Urabá Antioqueño los años 2006, 2007 y 2008 en el Hospital Antonio Roldan Betancur y en el Hospital de Chigorodó, luego salió para el área metropolitana de Medellín y volvió a finales del 2013 (...). La región del Urabá es una zona que por sus características es especial, debido a su clima tropical siendo propicio para enfermedades endémicas como el *paludismo*, *dengue*, *leptospirosis*, *fiebre amarilla* y *fiebre tifoidea*.

De igual manera, en esa zona se tiene una confluencia de diferentes razas hay que gente que viene de Medellín y Antioquia, otros vienen de Bogotá, afluencia del Chocó, afluencia de la Costa. De ahí que, una fiebre no puede tratarse en la misma forma cuando se trata en Bogotá que en el Urabá, pues una fiebre en esta zona puede ser cualquier cosa y requiere mucho mayor atención mientras que en otra ciudad es difícil que se presenten tantas enfermedades como las hay en la zona del Urabá.

La migración es otro factor que se facilita la presencia de tantas enfermedades endémicas y es interesante trabajar con estas enfermedades tropicales donde la Institución Universitaria CES instaló en el Urabá el Centro de Medicina Tropical porque es el único lugar donde encuentras de todo de enfermedad tropical.

El procedimiento que usaba para verificar la presencia de enfermedades tropicales en la atención de urgencias, deriva en tener presente que ante un cuadro febril su tratamiento debe hacerse dependiendo de la zona geográfica, pero en el Urabá la fiebre en relación con enfermedades tropicales tiene unas características especiales. Por

ejemplo, si la persona tiene un paludismo esta se manifiesta en picos con escalofríos, es decir, se quita y vuelve y le da fuerte, y el paciente entre los periodos de fiebre refiere estar normal, entonces cuando un paciente llega con fiebre se le interroga bien para estudiarle para establecer si la fiebre es propia de un paludismo.

Ahora si se trata de leptospirosis va a ser una fiebre muy alta constante todo el tiempo superior a 38.5 o 39 grados, en meseta, que no va a ceder con el uso de antipiréticos; pero si es un dengue no es una fiebre tan alta como la de la leptospirosis, pero si va a oscilar entre 38 y 39 grados. Entonces cuando el síntoma de fiebre se relaciona con enfermedades en zonas tropicales debe desglosarse muy bien las características de la fiebre.

En el adulto es fácil porque va informar por ejemplo, que ha tenido fiebre por las noches y no se le quita, o esta con fiebre todo el tiempo; pero en lo niños no es tan fácil porque ellos no expresan siempre que es lo que tienen, por lo que se debe como médico de urgencias en la obligación de dejar el niño en observación y hacer una curva térmica -se trata de tomarle al niño la temperatura cada hora durante un periodo de tiempo y hacer la curva en el diagrama-, para poder saber qué tipo de fiebre es.

En el Urabá tuvo la oportunidad de tratar a menores de edad por urgencias debido a estas enfermedades tropicales, siendo una situación muy común, puesto que las estadísticas conforme a los pacientes que acuden en urgencias de primer y segundo nivel en el Urabá y al asistir a los Comités de Vigilancia Epidemiológica. Al lado del indicador del trauma está el otro motivo de consulta es la fiebre, entonces en los niños el primer motivo de consulta de las madres es la fiebre, y en su calidad de médico

debe estar obligado a estudiar el origen de la fiebre en el sentido que este síntoma abarca muchas otras cosas.

(...)

Evoca el testigo ser convocado al estrado judicial, para declarar en calidad de perito en atención de servicios de urgencias en población pediátrica y en adultos con experiencia en la zona del Urabá de hace varios años, donde se le contrató para que rindiera un concepto sobre el caso particular. **Donde su experticia radica en la realización de un protocolo de Londres, en el cual se emite un concepto anotándose de manera objetiva solo con los aspectos que se han documentado en la historia clínica, sin emitir ningún tipo de juzgamiento, dada su calidad de médico general se encuentra en calidad de par de la persona que realizó la atención que también es un médico general, y como par idóneo se basa en las guías médicas vigentes para el año 2008, esto es, en materia de atención pediátrica como en la atención de enfermedades tropicales y en atención de urgencias.**

Al revisar la historia clínica del menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL, analizó si se presentó algún tipo de retrasos y dentro de la actividad médica se presentan 3 tipos de retrasos: *el retraso tipo 1 deriva cuando el familiar del paciente o el paciente no detecta su propio riesgo y no acude al servicio de urgencia en los tiempos adecuados. El retraso tipo 2 es cuando el paciente conoce el riesgo, pero no tiene acceso al servicio de urgencias o al servicio médico. El retraso tipo 3 es cuando el paciente reconoce el riesgo, acude al servicio de urgencias o al servicio médico; pero el servicio no reconoce el riesgo y no trata de manera oportuna al paciente.*

**Luego entonces, del análisis de la historia clínica se advierte un retraso tipo 3, en el cual se detecta un riesgo y hay un acceso al servicio de salud, pero una vez se accede al servicio no hay detección adecuada del riesgo porque hay una primera consulta en la cual se pide unos exámenes de laboratorios, hay una segunda consulta en la cual el médico es claro en decir que el niño tenía un dengue clásico, presenta fiebre y nunca dejó de tener este síntoma conforme a la historia clínica, con deshidratación y que esta hipoactivo, un niño con fiebre e hipoactivo de acuerdo a las guías –AEIPI- de atención integral a pacientes de infancia, que eran las guías vigentes para el año 2008 desde el año de 1996, indican observación, el médico que atiende realiza la observación del paciente, esto es, que el médico lo envía al servicio de urgencias y realizan la observación del paciente y al llegar el niño para urgencias en la primera oportunidad, no detectan el riesgo.**

En el momento de valorar al paciente, realizan una nota donde se indica que el paciente sigue con diarrea, pero ya menos, el paciente sigue con fiebre porque anota temperatura en 38.2 grados y le dan de alta al paciente. Ahora bien, hay punto de importancia en la atención médica del paciente donde se debe dar las recomendaciones médicas y los signos de alarma, esas recomendaciones deben quedar claras al familiar del paciente y de ellas debe quedar constancia.

**Para el caso particular se desconoce cuáles fueron las recomendaciones que se dieron y que indicaciones se le dieron a la madre, no se indican cuáles fueron los signos de alarma porque no están escritos. No se saben si los mismos fueron oportunos o no y si la madre del menor las acató.**

Como el menor continuaba con la fiebre no hay ninguna nota pese a que el menor se llevó por primera vez, no se le hizo una curva

térmica, para calificar la fiebre y cuáles era sus características, no sabe si fue con picos y escalofríos para saber si era un paludismo, no se sabe si era una fiebre continúa para descartar una leptospirosis, no se sabe si era una fiebre que disminuía parcialmente con el medicamento.

Además afirma el testigo que en la formulación pediátrica los medicamentos se deben formular por kilo de peso y por horario estricto, por ejemplo, si se va a prescribirse acetaminofén debe ser 15 miligramos por kilo de peso y por horario estricto, y los líquidos debe aplicarse en razón a que el médico que advierte que esta deshidratado, y desde año 1992 existe lo que se conoce como planes de hidratación y corregidos en el año 2005, si el menor está deshidratado hay plan a, b y c de hidratación, esto es, por horas, por kilos de pesos y por superficie corporal, se desconoce si se hizo porque no está escrito, simplemente se le da alta al menor. Se observa entonces por el testigo que no hay un reconocimiento del riesgo es claro que se presenta un retraso tipo 3 en la atención.

Por lo tanto, al no reconocerse el riesgo se tiene un peligro inminente al presentarse todo este tipo de situaciones que eventualmente pasan, no se reconoce el riesgo, no hay adecuadas recomendaciones y, en ese sentido, si no conoce el riesgo no lo puede ver que lo tiene al frente. De ahí que, sí se está en el Urabá – Antioqueño y de presentarse la fiebre debe pensarse en el dengue, paludismo y leptospirosis, principalmente porque son las más comunes y endémicas. Y, como se reconoció se debe hablar de la existencia de un retraso tipo 3 –no reconocimiento del riesgo-.

La atención del menor por urgencias inicialmente es el mes de 11 o 12 enero de 2008. La primera atención del menor cuando se dirigen a la revisión de los exámenes, se observa una historia clínica completa y en esa primera atención que se hace se reconoce un riesgo y se colocan las variables médicas, observaciones del servicio de urgencias y observación

de la fiebre, y se coloca el diagnóstico descartar leptospirosis, dengue vs paludismo.

Al pasar a urgencias hay una nota de los laboratorios, no hay notas intermedias relativas a la evolución médica en relación con las características de la fiebre y, posteriormente, ese mismo día siendo las 11:00 de la noche hay una nota de egreso del paciente en la que se informa que el paciente está hidratado, con fiebre en 38.2 y le dan el alta al paciente. Está nota en particular de egreso de la atención de urgencias, llama la atención porque no está completa la anotación porque no se puede hacer un análisis claro sobre qué fue lo que pasó en el servicio de urgencias, no se sabe por qué el médico le dio el alta, pues si un compañero lo hace está en el deber de colocar en la historia que ya descarte los motivos por los cuales fue enviado, es decir, se ha descartado el paludismo, la leptospirosis y el dengue se ha solucionado el problema al paciente donde no tiene fiebre y se describe como fueron las características de la fiebre de suma importancia en pacientes pediátricos -haciendo alusión a la primera hospitalización que tuvo el menor GARCÉS CAUSIL en manos del médico MARINO JIMÉNEZ para el día 11 de enero de 2008-.

Sobre el plan de hidratación en niños que se maneja distinto a los adultos, esto es, teniendo en cuenta los kilos del paciente, y ante la duda al no ser pediatra, se consulta con el pediatra (nivel 2 de atención), máxime cuando el motivo de consulta no ha evolucionado y el niño consulta por fiebre y a las 11:00 de la noche según la observación sigue con fiebre de acuerdo con la nota médica y se le da de alta.

También es importante que la madre del menor entienda el riesgo, lo que es de carácter vital, pues si se da el alta debe señalarse cuáles son los signos de alarma, esto es, el niño persiste somnoliento, decaído, con fiebre, persiste el niño con deposiciones líquidas abundantes,

debe llevarse al menor al servicio de urgencias y debe realizar estas acciones y los medicamentos deben aplicarse de cierta manera y lo que explicó a la madre debe dejarse consignado en la historia clínica, para que sus compañeros puedan tener presentes cuáles fueron las recomendaciones que recibió.

Si la persona como paciente y al no ser médico, puede presentar ciertos síntomas que puede pensar que son normales sin serlo, a no ser que este ilustrado por el médico que aspectos no son normales y por los cuales debe consultar. En esa segunda oportunidad, de atención la clínica no permite saber de todos esos puntos, no hay unas órdenes médicas pediátricas, *hay un Lac- tato de Ringer a 500cc*, no se sabe cómo se lo pasaron si fue en bolo, si se le pasó de una o si se le pasó en 8 horas -se refiere a la atención suministrada por el Dr. MARINO JIMENEZ-.

En la historia clínica se le suministró dipirona la cual se realiza por kilo de peso del paciente, se desconoce cómo se la pusieron al menor, si fue de una o no. Pero obviamente si se coloca antipiréticos y líquidos en un paciente cuando lo evalúa y observa el médico que está más hidratado, pero el niño continuaba con una fiebre en 38.2 grados.

Se tiene entonces, en criterio del testigo que la historia clínica debe realizarse en forma completa sobre la atención en urgencias, un adecuado motivo de consulta, la adecuada enfermedad actual y es cuando se interroga bien a la madre sobre qué es lo que está pasando con el menor. Generalmente como una adecuada enfermedad actual se hace la idea de lo que pasa con el paciente, ya cuando este paciente llega por urgencias va por la tercera consulta; en la primera oportunidad consultó y le mandaron exámenes; en la segunda oportunidad consulta y de ahí lo mandaron para urgencias, entonces ya debería saber porque ya el paciente consulta por tercera vez y debe evaluarse el estado neurológico

del paciente si está despierto, hipo activo, somnoliento. Aspecto que es importante, junto con la apreciación si el menor esta hidratado o no para ver cómo está sus mucosas y la piel. En ese orden, al procederse a realizar el análisis encontró, es decir, le remiten un paciente con estas características y lo encontró con estas características y lo ingresa para hidratar –al tratarse de un niño- se ejecuta el plan A –hidratación vía oral-, plan B –hidratación vía oral y endovenosa-, plan C –hidratación endovenosa. Y, para manejar la fiebre es necesario realizar la curva de temperatura donde se le indica a enfermería que haga el control de temperatura cada hora, ya luego se mira el destino del niño si se le da alta, o lo hospitaliza o si continúa en observación.

**Teniendo en cuenta la epidemiología del eje bananero y las características del paciente que ya se encuentra en su tercera consulta, se observa que se presentó una omisión del riesgo –no se identifica el riesgo-y, ello radica en que un niño de 7 años que está en la tercera consulta por fiebre y sigue con fiebre, se le pone los medicamentos de urgencias no siendo la dosis, pero se le ponen y sigue con fiebre, hay un riesgo y ante la duda debe remitirse al perito, esto es, al pediatra. Pero el niño sigue con fiebre y se le da alta.**

**Hay un problema en el caso concreto y es que le dieron de alta al paciente cuando aún continuaba con la fiebre y el alta se debe hacer cuando se está absolutamente seguro de que es lo que tiene el paciente y se le da alta con las debidas recomendaciones.**

Por otro lado, debe recordarse que en particular el dengue desde un principio la persona comienza a deshidratarse, donde el líquido sale de las venas a otras partes del cuerpo. Entre los valores del examen pueden salir inicialmente normales o un poquito altos, si se recibe el paciente con una sospecha clara porque el médico de la consulta que lo

remitió a urgencias está manifestando que descarta la leptospirosis y descarta el dengue, ya le están diciendo qué camino seguir, si se va dar salida es por ya descartó eso y ha hidratado al paciente y se le hace un control de paraclínicos para poder mirar su evolución clínica.

**Puede observarse al inicio que el niño empieza con más de 200.000 plaquetas y termina con recuento de plaquetas de 60.000, en algún punto de esos días cayó la cifra; entonces si puede pasar ese fenómeno de hemoconcentración, en la cual al principio el niño está con un cuadro deshidratación y hay poco líquido en sangre y al tomar la muestra de sangre va a salir el examen normal, pero no está normal porque el niño está deshidratado. Por lo tanto, debe hidratarse al paciente y tomar un nuevo control con los exámenes y, sí persiste con el signo cardinal de la fiebre y lo manda para la casa no se reconoció el riesgo en esa oportunidad.**

El menor fue atendido por una consulta relativa a la fiebre que presentaba y se le mandó la realización de unos exámenes, pero no tuvo esa consulta, solo puede evidenciarse que en la consulta al día siguiente que acude con los resultados de un hemograma y un parcial de orina<sup>9</sup>, estos exámenes mostraban que estaban normal. Pero en el examen físico el médico notó que el niño estaba hipoactivo –somnoliento- y lo encontró con temperatura de 38.9, es importante aclarar que ningún examen va a dar un diagnóstico, los exámenes son para confirmar un diagnóstico.

En ese caso el niño está con fiebre en una zona endémica donde se le hacen los exámenes, como el médico determina que el niño tiene fiebre de 38.9, y considera que el niño debe ser observado en

---

<sup>9</sup> Examen que en el testimonio de la acusada no conoció la acusada AITEL BETSABEL para el 9 de enero 2008 -fecha en que revisa paraclínicos del menor por consulta externa-, pues la cuidadora del menor GARCÉS CAUSIL le mostró los exámenes de Gota Gruesa negativo y el hemoleucograma.

urgencias y se debe descartar leptospirosis y otras enfermedades tropicales, llega al servicio de urgencias vuelven a describir los exámenes que al principio aparecían con valores normales. Se diagnóstica la deshidratación y el síndrome febril, es decir, no es un diagnóstico porque la fiebre es un signo. Es lo mismo decir que “paciente ingresa con dolor y se va con dolor”, eso no dice nada respecto al diagnóstico.

Para el momento que el menor entra por tercera vez a urgencias, el médico hace una descripción de los exámenes iniciales y le hacen un examen físico donde se indica que el niño sigue con fiebre y le **realizan el plan de hidratación que, conforme a lo advertido, no es el adecuado para un niño para esa edad pediátrica, porque pesaba 22 kilos. Le mandan medicamentos como dipirona “pero lo aplicado no es la dosis que se debe dar en medicamentos”, debido a que un 1 gramo es lo que se le aplica a un adulto y a los niños se les maneja entre 15 o 20 miligramos por kilo de peso y debe tenerse en cuenta que la dipirona es un medicamento que puede causar hipotensión, donde puede alterar los resultados de algunos exámenes como el recuento de plaquetas.** -Refiere a la atención suministrada por el galeno MARINO JIMÉNEZ-

Como puede observarse, esa es la razón de ser de las guías médicas para enfermedades tropicales donde no se recomienda el uso de dipirona en pacientes febriles, recomendándose solo acetaminofén si hay fiebre. En la historia del paciente no hay una nota en el ingreso ni en el alta, al ingreso del niño no se hizo una observación donde se examinen los signos y luego del reexamen se toma una decisión. Ahora como se tiene unos exámenes de hace dos días, esos resultados en materia de enfermedades tropicales varían fácilmente de 6 a 12 horas, el examen puede haberse tomado a las 7:00 a.m. y estando con dengue el resultado va a salir normal y a las 6 horas alterado y a las 12 horas totalmente alterado.

Se tiene que el menor GARCÉS CAUSIL en urgencias cuando ya cursa por tercera consulta y estando observación no le realiza ningún control de plaquetas. **Pero es en la cuarta consulta que es la segunda vez, que ingresa por urgencias donde tiene un recuento de plaquetas de 60.000, donde la madre del paciente dice que está haciendo deposiciones negras, que es un signo conocido como melenas, es decir, el niño ya estaba sangrando por el intestino. En este punto, ya donde el niño tenía fiebre, ya tenía sangrado y presenta un recuento de plaquetas de 60.000 ya había prendido todas las alarmas, es un niño que a las luces de las guías vigentes para el año 2008, ya cuando ingresa el niño en cuarta consulta ya su atención no puede ser por el médico general sino por pediatra.**

Este paciente debía estar bajo vigilancia continua (en observación), debe iniciarse un plan de hidratación y manejo medicamentos conforme a las dosis pediátricas, le dieron en la atención de urgencias en su segundo ingreso, media tableta de acetaminofén-, los niños no usan tableta sino jarabe a 15 miligramos por kilo. La hidratación debió ser endovenosa y debe suspenderse la vía oral porque ya está sangrando por el intestino –conforme a la historia clínica al referir ya deposiciones negras-, esta con distensión abdominal y lo manda a hospitalización donde no está viendo al menor, seguían sin detectar el riesgo, en medicina es muy importante escuchar lo que el paciente está manifestando cuáles síntomas tiene. Para este caso el paciente tiene fiebre se le trata y sigue con fiebre, que tiene distensión abdominal, diarrea con sangre y sigue somnoliento y como nunca se identificó el riesgo pues pasara simplemente el evento adverso.

Retoma el testigo que conforme a la historia clínica el menor tuvo cuatro atenciones, en una de ellas se le mandó un

hemograma, parcial de orina y gota gruesa, estos exámenes se determinan a pacientes con fiebre, pero un incluso se manda una radiografía de tórax, y si no escucha nada raro en pulmones se manda el examen de gota gruesa para descartar paludismo. El hemograma se envía para descarte de leptospirosis o un dengue y un examen de orina para descartar infecciones urinarias.

En esa primera atención solo se conoce que se mandaron exámenes y no hay copia de esta atención. En esta primera atención se debe hacer claridad sobre las condiciones en la que se encuentra el paciente, debe hacerse la historia clínica para que el resto de los compañeros tengan conocimiento de la evolución del paciente y así como las recomendaciones médicas ante los signos de alarma. *-refiere a la atención suministrada por el médico CESAR AUGUSTO ESTRADA-*

**En la segunda atención, si se realizó una historia completa en la cual se describe las condiciones en las que se encuentra el menor, donde se expresa que la madre acudía con el niño para la revisión de sus exámenes que habían sido ordenados por el médico que lo atendió el día anterior, al examen físico se determina por la galena que el niño presenta una fiebre de 38.9 -fiebre considerable-, mencionando que el niño está hipoactivo -quieto-, en esta atención la médica reconoció un riesgo y se dirige al servicio de urgencias para que se valorara la fiebre y se observe al menor y se le haga manejo y tratamiento. Aquí todavía no se puede hablar qué tipo de enfermedad tropical tiene, porque es necesario hacer el plan de hidratación y realizar nuevamente exámenes.** *-refiere a la atención médica brindada por la médica AITEL BETSABEL-*

Es claro, que cuando se está ante un paciente menor de edad se está ante un riesgo alto o medio, cuando se revisa un paciente y le manifiesta que lo va dejar observación por lo menos durante 12 horas, y manejando hidratación y la fiebre, para luego determinar si se debe

mandar o no para la casa. Esta médica si bien ya está haciendo diagnóstico presuntivo de dengue hemorrágico y que paciente debía ser observado por urgencias para observación o manejo. Ya en el evento donde el testigo lo hubiese recibido con esa historia clínica en el turno de urgencias, procede a darle atención en observación y manejo pues el menor se encuentra en riesgo medio alto, pues ya sería la tercera consulta, y este niño ha debido ser manejado por pediatría.

Ya cuando se tiene la impresión de diagnóstica de un dengue, es importante descartar también la leptospirosis. El procedimiento ante el diagnóstico de dengue, donde la institución médica debió garantizar los medios para brindar una adecuada atención. Si el paciente entra por urgencias con un grado de deshidratación grado 2, entonces el plan de hidratación para un niño de 22 kilos debe evaluarse si hay tolerancia por vía oral se suministra suero, o no hay tolerancia, se inicia el plan de hidratación endovenoso (*solución salina+destroza*), se maneja la fiebre no con dipirona si no con acetaminofén tomando como referencia 15 miligramos por kilo –que es la dosis pediátrica-, luego de hidratar al niño se debe haber dado las órdenes a enfermería claras para realizar la curva de temperatura, luego se procede a la repetición de exámenes pasadas las 8 horas, para comparar con los resultados de los exámenes practicados el día anterior.

Ahora si el menor en la consulta tenía un cuadro de deshidratación debió haber accedido al servicio de pediatría en urgencias. Pero en el desconocimiento en la tercera atención que ingresa por urgencias, se trata al menor hidrata al menor pero específica cómo lo hidrató y que se le colocó dipirona y no hay más notas de evolución del niño desde su ingreso hasta que sale, se desconoce cómo se comportó la fiebre y no se hizo los nuevos exámenes que permitan descartar las enfermedades tropicales y más cuando el niño viene de una zona rural.

Manifiesta el testigo que estos exámenes son decisivos y deben tenerse algo con que comparar y un examen normal no es sinónimo de paciente sano, cuando observa el alta se dice que bajó la fiebre de 38,2, pero sigue siendo fiebre, que disminuyó deposiciones, pero continúa con diarrea. Estos factores son indicativos que se desconoce el riesgo porque simplemente dieron de alta al menor y no se sabe cuál fue tratamiento ambulatorio.

De acuerdo a la sintomatología y la sospecha del riesgo de dengue, resulta determinante el médico, pues en las enfermedades como dengue, leptospirosis y paludismo comparte el signo cardinal de la fiebre, y se está un lugar endémico, donde se tiene el menor que tiene fiebre que no cede con el uso de acetaminofén y con la dipirona, que presenta un cuadro de deshidratación y debe sopesar que hay una patología febril que está llevando el paciente a choque, hasta la segunda consulta no se sabe que patología pero se sabe que tiene fiebre, pero en la tercera consulta era el momento propicio para determinar que tiene el paciente y para descartar la enfermedad, **el dengue es un virus que se comporta mucho como una gripa malestar general, dolor muscular, escalofríos y cefalea. Pero a diferencia de una virosis respiratoria, porque la fiebre en el dengue no cede y persiste; y conforme a la historia clínica el niño siempre estuvo con fiebre hasta que el organismo llegó al estado de no febril, ya cuando le dio todo lo que iba a dar al organismo.**

(...)

Sobre la evolución del dengue, debe partirse que hay dos tipos de dengue clásico y el dengue hemorrágico. El dengue hemorrágico es rápidamente progresivo puede llevarlo a choque entre 6 a 12 horas, ahí reside el peligro porque no da tiempo, en el sentido que se puede realizar

unos exámenes perfectamente normales en las horas de la mañana y en las horas de la noche ya estar críticamente comprometido. Debe hacerse una especial vigilancia de la fiebre y la realización de un recuento de plaquetas para descartar el dengue o la leptospirosis, utilizar plan de hidratación, mirar si no hay estigmas de sangrado.

Para el testigo es claro que, al tener la sospecha desde la primera consulta el menor debió haber sido remitido al experto, es decir, al pediatra. **Ya para la tercera atención que tuvo el menor JUAN CARLOS CAUSIL, no se ordenó la realización de un segundo control de exámenes, no se tuvo la historia clínica en la primera atención de urgencias, entonces no hay elementos de juicio para establecer cuál fue la evolución. Como lo ha venido sosteniendo la razón de ser del servicio de urgencias es resolver el problema que tiene el paciente.** -Atención suministrada el 11/01/2008 por el médico MARINO JIMÉNEZ-

De lo que se deduce de la historia clínica del paciente, deriva en que el paciente entra con un problema al servicio de urgencias y salió con el mismo problema del servicio de urgencias, el niño entra deshidratado y con fiebre, egresando de urgencias con deshidratación, fiebre y diarrea. **Hasta ese momento de la segunda consulta no había certeza que descartara cuál enfermedad tropical era (dengue, paludismo, leptospirosis).**

Normalmente un paciente que padece de dengue clásico tiene una evolución 5 a 7 días que se va auto resolucionando con malestar general y fiebre; pero no se presenta el dolor abdominal, no suele presentarse deposiciones líquidas y la fiebre cede con el acetaminofén y con el antipirético. Contrario a lo que sucede con el dengue hemorrágico que produce una fiebre más severa que no cede, pues desde la segunda consulta era claro que era una fiebre que a pesar del tratamiento no cedía.

Entra nuevamente a urgencias por tercera vez y seguía con fiebre, se le dio dipirona en una dosis alta (1 ampolla) y seguía con fiebre, era un niño el paciente que ya iba en rápido deterioro, salió con deposiciones diarreicas y salió con fiebre, la evolución entonces fue un choque por dengue y eso puede deteriorar a la persona de 6 a 12 horas lo deteriora y fue lo que sucedió en este caso donde el niño se deterioró.

Los factores de riesgo para contraer el dengue derivan del contagio de mosquitos en la región de Urabá, en esta zona hay muchos lugares donde pueden crecer estos mosquitos. Ya en la calidad de médico está en suministrar los medios para que no se complique, la medicina es una ciencia de medios y no de resultados, pues no se puede garantizar que un paciente se complique o no, o que fallezca o no. Pero se deben dar todos los medios para tratar al paciente.

En el caso concreto, observando la historia clínica se establece que el paciente si a partir de la primera consulta se hubiese detectado el riesgo, y con la aplicación de un plan de manejo agresivo muy probablemente se habría evitado el desenlace de la muerte del paciente; si enviaron al paciente a urgencias se ha debido controlar las plaquetas, el niño llegó inicialmente con plaquetas de 200.000, entonces ha debido hidratarse al menor adecuadamente y manejarse la fiebre; realizando un recuento de plaquetas a las 6 horas y a las 12 horas y se hubiera dado cuenta que las plaquetas iban descenso. Entonces pudo haberse optimizado el manejo de líquido endovenosos en el niño y haberle colocado plaquetas al menor, haberlo manejado con plasma y probablemente no habría llegado el niño en las condiciones que llegó para la tercera consulta con deposiciones con sangrado activo, con plaquetas de 60.000 que ya habían bajado en mas de 50%.

Indica el testigo que, para el momento que regresa el menor a la atención ya estaba en un punto crítico y no se le inició un manejo agresivo, no se hizo una detección del riesgo en la tercera consulta, sino que esta se da cuando el niño estaba en un punto de no retorno, esto es, cuando el niño está con el abdomen distendido, cuando el menor tiene un grado de disnea (dificultad respiratoria), le colocan oxígeno y lo remiten a pediatría, pero ya en ese punto el niño ya estaba en un punto de no regreso y el niño presentaba una cascada de eventos fisiológicos que lo llevaron a un choque que finalizó con su vida.

La muerte del niño fue evitable ante la evidencia de la literatura médica para el año 2008 y antes los signos claros de alarma del niño y ante las múltiples consultas, esta muerte era evitable si se hubiera detectado el riesgo. En esta primera consulta se debió hacer un examen de control de plaquetas, no se sabe si estaban iguales o no, si estaban descendiendo y ya en la tercera consulta de un niño de 7 años, debe saber el médico qué está pasando y que algo se está saliendo de las manos, era para haberlo dejado hospitalizado para que lo viera el pediatra. La hidratación del niño ha debido hacerse en forma más óptima donde la literatura médica dice como se debe hidratar un paciente en urgencias que no es como estaba ahí descrito en la historia...sobre este concepto se realizó un informe donde basado en la literatura médica para época (2008), se arribaron a las conclusiones que ha esbozado.

En el contrainterrogatorio expone el testigo médico que los exámenes que se realizan para el diagnóstico de dengue obedecen a una detección del riesgo, en ningún momento se hace exámenes para llegar al diagnóstico, se hacen los exámenes para confirmar lo que ya se está pensando. En este orden de ideas, sí se piensa en un dengue se debe realizarse un primer set de exámenes que son: *un hemograma, parcial de orina, una gota gruesa y rayos x de tórax*. Este primer set es un *screening*

donde va a tratar de descartar todo lo que le puede causar fiebre; la fiebre puede ser causada por una neumonía, infección urinaria, dengue, paludismo, leptospirosis, entonces a partir de ahí se empieza a trabajar.

Expone el testigo que hay un examen que permite determinar que la persona tiene dengue, pero en el año 2008 no había en la zona del Urabá un examen que permitiera establecer que una persona tenía dengue. Para este momento, existen unas pruebas rápidas donde sale el dengue y el subtipo de dengue y de entrada se sabe si es dengue clásico o hemorrágico. Para el año 2008 el diagnóstico del dengue era clínico, se basaba en el examen físico y de acuerdo con el examen físico y la evolución se iban pidiendo exámenes y de acuerdo con los resultados se tomaban decisiones.

En el punto 8 de habilitación para que funcione un servicio en un centro asistencial, se requiere de un sistema denominado de referencia y contra referencia. Este sistema significa que en el evento que no se tenga un recurso humano o recurso técnico no puede ser un impedimento para que se maneje un paciente, por ejemplo, si en el Hospital de Turbo para el año 2008 no tenía un cirujano vascular, no por eso un paciente que tuviera una herida vascular se tendría que remitir. Sino que apenas se identifique que tiene una herida vascular debe gestionar la remisión y remitir el paciente donde se tenga el servicio. No sabe si había pediatra o no para el 2008 en el Hospital de Turbo, solo sabe que para el año 2005 se determinó que en aquellos pacientes en los cuales se tenga sospecha de dengue grave debían ser valorados por pediatría.

Pero si no se tiene pediatra, si se encuentra en un lugar donde no se tiene acceso inmediato a pediatría, no toma la decisión de darle salida al paciente y más bien lo remite porque considera que no tiene el recurso para tratarlo ante una sospecha. Para esa época de 2008 al

existir la referencia y la contra referencia, entonces si el paciente estaba en urgencias se remite al paciente a pediatría o no hacerla y darle el alta. De tal suerte, que si no se tiene recursos en urgencias se habla con el Coordinador Médico para saber qué hacer ante la necesidad de la especialidad de un pediatra, ya se mira si se remite o no, si se remite para Apartadó o si espera a que la EPS haga las gestiones pertinentes.

Ahora en el evento que no cuente con tiempo para hacer las gestiones pertinentes se lleva al paciente en "camillazo" a Apartadó al Hospital Roldan y eso pasaba mucho en esa época.

Respecto a los primeros síntomas que presentó el menor JUAN CARLOS de fiebre, vomito, tos seca y plaquetas normales, no puede determinar el testigo si se podía manejar o no ambulatoriamente porque no hay una historia clínica inicial -la primera atención donde se ordena los exámenes-; pues solo se cuenta en la historia clínica que este segundo médico que revisa los exámenes determina un riesgo para descartar, esto es dengue y leptospirosis, enviando al paciente al servicio de urgencias se requiere de un criterio de valoración donde se pueda decir que se pueden atender unos síntomas de forma ambulatoria o no cuando no se cuenta con la primera atención inicial en la historia clínica y por eso se basa únicamente en lo que está escrito en la historia clínica.

El dengue clásico se caracteriza por malestar general, dolor articular y fiebre. Este dengue una vez diagnosticado si se puede manejar de manera ambulatoria.

(...).

Respecto al relato del médico general JOHNNY ALEXANDER GARCIA CASTRO, vislumbra la Sala que realiza un análisis de la

historia clínica que obra en el expediente para determinar que el desenlace de la muerte del menor GARCÉS CAUSIL era evitable si desde la primera la atención que tuvo menor se hubiera realizado un control con paraclínicos y tratamiento agresivo en atención a la sintomatología que presentaba el menor, pues cada vez que consultaba el menor llegaba con fiebre y salía con fiebre, pese a que los resultados fueron normales en los primeros paraclínicos efectuados al menor.

De igual forma, el testigo reseña que en la tercera atención el menor se le maneja la fiebre con antipirético que podía alterar plaquetas como lo era la dipirona, aunado a que en su criterio se le aplicó una mayor dosis de este medicamento donde su posología para niños era miligramos (10 miligramos por cada kilo de peso)<sup>10</sup> y no se le dio continuidad al tratamiento y no se efectuó un control de la enfermedad por la que venía acudiendo el menor a la unidad hospitalaria.

Sobre lo advertido por este galeno no comparte la Sala que las primeras atenciones marcaban el éxito de evitar el desenlace de la muerte del menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL, pues como se acreditó en el juicio oral con el testimonio de la madre del menor DORIS CAUSIL y el acusado CESAR AUGUSTO fue él quien en su calidad de médico en urgencias le brindó la atención inicial (08/01/2008) y, que, si bien no obra dentro de la historia clínica dicha atención ambos testigos (DORIS CAUSIL y acusado CESAR AUGUSTO) confluyen en que lo atiende por urgencias y determina que la fiebre no era severa y que su manejo debía hacerse en forma ambulatoria y le prescribió unos paraclínicos que fueron realizados al día siguiente al menor y que fueron revisados por la coacusada AITEL BETSABEL el 9 de enero de 2008 -en consulta externa- determinando aquella que sus valores eran normales. Al punto que los médicos legistas convocados en el estrado judicial llegaron que, en el caso concreto,

---

<sup>10</sup> Dice el testigo que al menor aparte de suministrarle la dipirona que no era recomendable por la baja plaquetaria que podía producir, este antipirético se le suministra en una cantidad muy superior en razón a su peso de 22 kilos.

manifestaron que conforme a los síntomas que presentaba el menor era totalmente viable su atención en forma ambulatoria, llegando a esa misma conclusión el pediatra LUTHER FERNANDO VALOYES.

Ahora bien, encuentra la Sala plausible la crítica realizada por galeno GARCÍA CASTRO frente a la atención que denomina primer ingreso por urgencias que denomina (tercera atención) al ser atendido el niño por parte del médico MARINO JIMÉNEZ para el día 11 de enero de 2008, la cual no se le realiza al menor ningún control por paraclínicos donde el menor ingresa nuevamente con cuadro febril y otros síntomas asociados, donde ni siquiera se esfuerza por acceder a la historia clínica del menor GARCÉS CAUSIL y además pese a que realiza una hidratación y manejo de la fiebre el menor vuelve a ser dado de alta con fiebre, sin establecerse si el menor presentaba una baja plaquetaria que se tradujera en posibles hemorragias, pues la atención del Dr. MARINO JIMÉNEZ se limitó al análisis y tratamiento sobre la base de los paraclínicos del niño del 9 enero de 2008

**El señor WILSON JAVIER GONZÁLEZ**, afirma ser ingeniero agroforestal especializado en Gerencia de salud y Auditoría en Salud. Trabaja actualmente en el Hospital Francisco Valderrama como Coordinador de los puestos y centros de salud. En el centro de salud de currulao ha laborado alrededor de 5 años, conoció a CESAR AUGUSTO ESTRADA y AITEL BETSABEL; al señor CESAR lo conoce desde hace 12 años aproximadamente cuando empezó a realizar el año rural y luego trabajaron juntos en el centro de salud de currulao.

Y, a la doctora AITEL la conoció cuando era médica y ya luego que se especializó en ginecología, regresó al Hospital en calidad de ginecóloga, el testigo era el Coordinador Administrativo en el centro de salud de currulao, su función radicaba por velar por la buena atención del centro de salud y sus veredas aledañas.

En su calidad de coordinador recibía las quejas en relación con el servicio y sobre lo cual se realizaban las mejoras. En atención a su rol conoció el comportamiento ético profesional de los médicos y manejaba una relación laboral y administrativa, siempre al tanto en que se tratara bien a los usuarios.

Dentro sus funciones coordinación estuvo presente en las actuaciones del señor CESAR AUGUSTO CESAR ESTRADA en el centro de salud de currulao donde se manejaba siempre la información, siempre fue conecedor que en su calidad de médico dio un trato digno a los usuarios de la salud. En lo referente a la Dra. AITEL compartió cuando ella era médico y el testigo era facturador donde pudo observar que el trato de esta médica con sus usuarios era respetuoso.

Dentro su labor de coordinador administrativo en la sede del Hospital Francisco Valdemarra, eran las mismas funciones que desempeñaba en el centro de salud de currulao. Actualmente se encuentra laborando en el centro de salud de Tablita donde desempeña las mismas funciones que realizaba en el centro de currulao. Afirma el testigo no conocer las quejas realizadas en contra de los acusados.

En el contrainterrogatorio expone el deponente que es ingeniero agroforestal en el 2001 o 2003 no recuerda bien la fecha. Sobre la especialización en Gerencia en Salud la realizó en la Universidad Cooperativa y en la Universidad de Antioquia en Auditoría en Salud. Lleva 16 años trabajando en el Hospital Francisco Valderrama trabajó como facturador de los servicios de consulta externa y en el servicio de urgencias se desempeñó desde su vinculación hasta el año 2008.

Posteriormente, luego de realizar la especialización de la Gerencia en Salud comenzó a realizar funciones de coordinador administrativo. En el cargo de facturador estuvo desde el 2003 hasta finales del año 2008, esa función radicaba en realizar las facturas los servicios. Para ese momento no coordinaba administrativamente y aclara que nunca fue coordinador médico.

(...).

Sobre el testimonio del señor WILSON JAVIER GONZÁLEZ, se establece que conoce a los acusados porque trabaja en el Hospital Francisco Valderrama en varias sedes y debido a su actividad laboral conoció a los hoy acusados limitándose a manifestar que conoce de sus condiciones personas y que no conoce de quejas hayan realizado respecto de los servicios que ellos han brindado a la comunidad en el ejercicio de su actividad médica. Cabe destacar que aparte del tópico relativo a las calidades personales y la ausencia de quejas, la atestación de este deponente no aporta mayores elementos de juicio que permitan infirmar o confirmar la pretensión punitiva de la Fiscalía.

**La señora LUZ ESTELA FLÓREZ ARROYO**, manifiesta ser residente en el municipio de Turbo- Antioquia y labora en calidad de auxiliar de enfermería en el Hospital Francisco Valderrama, lleva egresada de la técnica en enfermería en el año 2009. Lleva trabajando en el Hospital de Turbo 10 años y conoce a los acusados.

Al acusado CESAR AUGUSTO ESTRADA FRANCO lo conoció en el Hospital cuando se encontraba haciendo practicas para graduarse la testigo, no recuerda bien si fue en el 2009 o 2010. Sus funciones en calidad de auxiliar es atender a los pacientes en compañía del médico como

revisar los signos vitales y todo que presente el paciente y que se tenga que hacer se le realiza, esto es, curaciones, canalizar, poner medicamentos, entre otras funciones.

En la actualidad labora la testigo en el Centro de Salud de Currulao, evoca que un paciente con dengue llega con síntomas de fiebre, dolor articular, mialgia, dolor en huesos, dolor de cabeza, malestar general, decaídos, vomitando, hipodinámicos y la fiebre es de más de cinco días. El procedimiento que se realiza a una persona con esta sintomatología es tomarle los signos vitales al paciente como: pesarlo, tomar la presión arterial, tomarle la temperatura y comunicarle al médico los signos y síntomas que tiene el paciente y el médico quien determina que lo que se hace y la testigo se limita a cumplir las órdenes del médico.

Si el paciente llega al Centro de Salud de Currulao se le revisa los signos vitales y se le informa al médico en qué condiciones se encuentra, ya con el tiempo en su calidad de enfermera se le recomienda al médico cuando la persona tiene sangrado que sea evidente, los signos y síntomas de donde venga, es un conjunto y una serie de preguntas que se le hace al paciente. Pero lo inicial es solo atender, tomar signos médicos y luego se cumple las órdenes médicas.

Afirma la testigo que el comportamiento del acusado CESAR AUGUSTO ha sido amable y respetuoso con el paciente y los usuarios. No ha conocido ninguna queja de los acusados por parte de la comunidad porque han tenido buen comportamiento y son muy queridos por los pacientes y la comunidad.

En el contrainterrogatorio manifiesta la testigo que realizó la práctica antes del año 2009 en el Hospital Francisco Valderrama y realizaba atención a pacientes vigilada por un médico y una enfermera

que estaban presentes. Su actuación como enfermera siempre se encuentra dirigida por las órdenes médicas (...). Su vinculación laboral inició el 01 de enero de 2010, pero ya venía con anterioridad haciendo la práctica y que era como tres o cuatro meses en urgencias y medicina interna. Estuvo haciendo prácticas en el año 2008 y 2009, no recuerdas las fechas en que las hizo para el año 2008.

En relación con el testimonio de le auxiliar de enfermería LUZ ESTELA FLÓREZ ARROYO, su testimonio se orienta hacia la misma dirección de su compañero WILSON JAVIER GONZÁLEZ en el sentido que conoce de las condiciones personales y profesionales de los acusados, así como relata cuáles eran sus funciones dentro de la Institución Hospitalaria, pero no fue testigo de los hechos en relación con la atención del menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL, bajo ese tamiz tampoco aporta mayores elementos tendientes a dilucidar el mayor o menor incremento del riesgo en el que incurrieron los acusados para contribuir en el desenlace fatal del menor.

De acuerdo con las anteriores probanzas, se puede aseverar que se encuentra probado que el menor fue atendido los días 8, 9, 11, 12 y 13 enero de 2008 en el Hospital Francisco Valderrama de Turbo Antioquia, quien ingresa inicialmente con cuadro febril el cual continúa hasta el 11 de enero de 2008, pues para el 12 de enero el menor ingresa afebril, pero en la hospitalización tiene un pico de fiebre, entre otros síntomas para ese momento.

Se determinó conforme a la prueba testimonial y a la prueba documental estipulada por los sujetos procesales **que la atención médica del niño GARCÉS CUASIL estuvo a cargo -en mayor o menor medida- por los médicos CESAR AUGUSTO ESTRADA FRANCO, AITEL BETSABEL MONTERO CORONEL, MARINO JIMÉNEZ, MARÍA ISABEL PATIÑO FERNÁNDEZ,**

todos ellos pertenecientes al Hospital Francisco Valderrama de Turbo – Antioquia.

De igual manera, se encuentra probado que la médica MARÍA ISABEL PATIÑO FERNÁNDEZ fue la galena que atiende al menor para el día 12 y 13 de enero de 2008, en la cual realiza nuevos exámenes donde sus resultados establece que el menor ya se encontraba con rango de plaquetas inferior a los normales, circunstancia que junto a los demás síntomas y aunado a que sus riñones no funcionaban colocaban al menor en un punto de no retorno que provoca el deceso del niño por choque de dengue hemorrágico y así fue determinado por esta galena al certificar su muerte natural.

Ahora conforme al objeto materia del recurso de apelación debe significarse que el mismo carece de vocación de prosperidad, olvidando la Fiscalía que la responsabilidad penal es subjetiva y según lo dispuesto en los artículos 9 y 12 del Código Penal: “...**la causalidad por sí sola no basta para la imputación jurídica del resultado y que en el sistema penal colombiano está erradicada toda forma de responsabilidad objetiva**”.

Bajo esa óptica, se tiene que el contexto probatorio permite dilucidar que todos los facultativos antes citados se encontraban en posición de garante con el menor fallecido. Para el caso concreto, debe resaltarse que la actuación de los procesados -CESAR AUGUSTO ESTRADA y AITEL BETSABEL MONTERO CORONEL fue la suministrada los días 8 y 9 de enero de 2008 en la cual el menor presentaba un cuadro febril y apenas se estaba dando la evolución de la enfermedad que para el momento no tenía un diagnóstico definitivo; pero sí tenía unos diagnósticos presuntivos de dengue clásico y de infección respiratoria por parte de la Dra. AITE BETSABEL, descartándose por esta galena que el menor no presentaba

hemorragias al establecer mediante el examen de torniquete la inexistencia de petequias en la piel.

Bajo esos presupuestos, al menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL no se le negó la atención médica, puesto que el médico ESTRADA FRANCO para el 8 de enero de 2008 atiende al menor por urgencias, realiza su clasificación determinando que no ameritaba su ingreso por urgencias y le prescribe al niño unos paraclínicos manifestándole a la señora DORA CAUSIL (cuidadora) que acuda al día siguiente para su realización y para la revisión debía acudir al servicio de consulta externa para su revisión. Exámenes que en sus resultados salieron normales sin evidenciar una baja plaquetaria.

En la misma dirección se acredita que la médica AITEL BETSABEL atiende al menor GARCÉS CAUSIL el día 9 de enero de 2008 donde determina que los resultados del hemograma están en rangos normales y aclara que su intención de hospitalizar al menor se debía al resultado parcial del recuento de plaquetas el cual estaba sin la conversión de la constante de (21.000 por campo) que para ese momento arrojó un resultado de 357.000 plaquetas, situación que la motiva a darle un manejo ambulatorio y a prescribirle los medicamentos de acetaminofén, amoxicilina y salbutamol quien realizó recomendaciones e identificación de signos de alarma para que la madre del menor acudiera al servicio de urgencias y además regresara a revisión a los tres días siguientes.

Respecto a la *violación del deber objetivo de cuidado* por parte de los galenos hoy procesados debe recalcar que conforme a las pruebas practicadas en juicio oral, estos dos médicos atendieron inicialmente al menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL, pero no se demostró por la Fiscalía en qué consistió dicha infracción al deber objetivo de cuidado, pues estos galenos fueron claros al resaltar que los síntomas que

presentaba el menor no ameritaban para ese momento la atención por el servicio de urgencias y que de haberse arribado a un diagnóstico certero de dengue clásico tampoco ameritaba su atención por urgencias. Y, así fue como lo sustentó en el juicio oral los médicos legistas RUBEN DARIO GIRALDO CASTRO y EFRAÍN HERNANDO CABELLO DONADO, quienes fueron claros en señalar que la actividad médica que en su calidad de actividad peligrosa colocaba a los médicos en un deber tendiente a cumplir una *obligación de medio* y no de resultado para evitar en lo posible el desenlace natural de la muerte.

Asimismo, estos galenos en sus experticias confluyen en lo manifestado por los procesados en el sentido que los síntomas que presentaba el menor GARCÉS CAUSIL podían ser tratados en forma ambulatoria y que al tratarse el dengue una enfermedad viral no había tratamiento determinado para su curación sino que su evolución se determinaba por paraclínicos, dictaminando que en el mayoría de casos (más del 90%) la enfermedad se trata en forma ambulatoria al tener las características de *autolimitarse* y *autocurarse*, por lo que el tratamiento de acetaminofén fue el acertado para tratar el cuadro febril. Asimismo, era difícil para el personal médico establecer en que momento iba evolucionar el dengue clásico a un dengue hemorrágico, pues el deterioro del menor se origina en forma rápida al punto que llega un shock hemorrágico por dengue.

Es claro entonces, que endilgarse un mayor incremento en el riesgo que desenlaza en la muerte del menor GARCÉS CAUSIL a los acusados no se compadece con lo demostrado con las pruebas practicadas en la audiencia de juicio oral, pues su atención inicial fue la necesaria para el periodo inicial de la sintomatología que presentaba el niño. De ahí que, observa la Sala que los acusados actuaron dentro del riesgo permitido dentro del marco de su profesión médica y así se

determinó por los médicos legistas al emitir concepto conforme a la historia clínica del menor.

De otro lado, encuentra la Corporación que no puede advertirse lo mismo respecto del médico MARINO AUGUSTO JIMÉNEZ ARROLLAVE, quien realiza la atención por urgencias del menor JUAN CARLOS para el día 11 de enero de 2008, quien en forma clara incurre en la violación de su deber objetivo de cuidado, no consulta la historia clínica porque la misma se hacía en forma manual para el año 2008, pero tampoco le indica a su compañero de turno que consultara la misma para realizar un adecuado tratamiento del menor quien aparte del cuadro febril de evolución de 4 días, el dolor abdominal, dolor articular, la deshidratación y las deposiciones diarreicas. Se limitaron a manejar la deshidratación con líquidos endovenosos y la fiebre con el antipirético (dipirona) dándole de alta menor GARCÉS CAUSIL, pero no se hicieron nuevos exámenes paraclínicos en especial el recuento plaquetario para determinar si el menor estaba padeciendo hemorragias.

Igualmente, se convocó al estrado judicial al médico JOHNNY ALEXANDER GARCIA CASTRO quien en su calidad de médico general emitió concepto en el cual concluye que: *“Fue una muerte evitable. Donde evidencian unas fallas desde la consulta externa al no identificar signos de alarma en paciente con síntoma febril, así como un inadecuado seguimiento, un inadecuado manejo, no hay adherencia a las guías del Instituto Nacional de Salud, no se hace el manejo pertinente del choque por dengue, no hay un manejo del paciente en urgencias, no hay pertinencia de las intervenciones médicas, no hay monitoreo adecuado intrahospitalario, no se reconocen oportunamente los signos clínicos de una falla multisistémica, no hay un manejo adecuado del paciente en paro cardiorrespiratorio. Todo lo anterior desencadenó como consecuencia en el fallecimiento del menor.”*

Esta conclusión conforme a lo explicado en precedencia en su calidad de médico general no coincide con lo advertido por el médico pediatra LUTHER FERNANDO VALOYES y lo explicado por los médicos legistas RUBEN DARÍO GIRALDO CASTRO Y EFRAÍN HERNANDO CABELLO DONADO, al reseñar estos galenos que un menor con dengue clásico con síntomas leves puede ser tratado en forma ambulatoria y que su hospitalización solo radica ante una complicación de la enfermedad viral como fue lo ocurrido con el ingreso del niño al servicio de urgencias el día 11 de enero de 2008, donde ellos exponen que el seguimiento con la realización de paraclínicos permitiría e ir tratando las manifestaciones hemorrágicas que podrían ser tratadas suministrándole plaquetas, plasma ante la posible fuga de líquido vascular. Al punto que no podría predicarse responsabilidad penal de los acusados ESTRADA FRANCO y MONTERO CORONEL quienes actuaron conforme a la situación actual e inicial de los síntomas que presentaba el menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL.

Tampoco puede olvidarse que tanto el médico JOHNNY ALEXANDER GARCIA CASTRO y el médico LUTHER FERNANDO VALOYES (pediatra), coinciden en afirmar que en ese primer ingreso por urgencias (denominado tercera atención), y como se desprende de la historia clínica que fue el Dr. MARINO JIMÉNEZ quien atiende al menor por urgencias en su primer ingreso, hospitalizándolo el 11 de enero de 2008, pero no realiza los exámenes paraclínicos de control y solo se limitó como se advirtió a tratar la fiebre con antipéritico y a la hidratación por vía endovenosa -manifestando que no consideró necesario repetir exámenes porque los resultados de los realizados el 9 de enero de 2008 estaban en parámetros normales-, desatendiendo que el dengue como enfermedad viral es impredecible en su evolución, pues el deterioro en el organismo por hemorragias puede ocurrir en cualquier momento. Además, dentro del concepto emitido por el Dr. JOHNNY ALEXANDER GARCIA CASTRO se cuestiona que el Dr. MARINO

suministra al menor GARCÉS CAUSIL una posología del medicamento dipirona por encima del rango establecido por la *lex artis*<sup>11</sup>, pues afirma que se le suministra un gramo (1 ampolla) cuando su rango estaba en miligramos por kilo de peso y el menor pesaba 22 kilos -cuando se trata de niños-, advirtiéndose que este antipirético no se recomendaba su uso para pacientes con dengue por afectar las plaquetas del paciente, debiéndose hacer un manejo mediante acetaminofén.

Sobre la atención del menor por parte del médico MARINO JIMÉNEZ, merece varios cuestionamientos al no tener la debida diligencia y cuidado en la atención del menor que requería del estudio de la historia clínica del menor, de la realización de nuevos paraclínicos para realizar control a la evolución de la enfermedad, pues los resultados aportados por la madre eran del 9 de enero de 2008 y al tratarse de una enfermedad de rápida evolución ya esos resultados probablemente habían variado. Sobre las consecuencias nocivas de aplicar el mencionado antipirético en cantidad superior a la estipulada en la *lex artis* -como sustentó el médico JOHNNY ALEXANDER GARCIA CASTRO-, lo cual considera la Sala pudo haber contribuido en incrementar el riesgo de arribar al desenlace fatal, pues al niño se le da de alta por otro médico que le recibe el turno al Dr. MARINO JIMÉNEZ quien sale nuevamente con fiebre, pero es una fiebre que lleva ya alrededor de 4 a 5 días de evolución. Al punto que el menor regresa al día siguiente 12 de enero de 2008 y fue atendido por la Dra. MARÍA ISABEL PATIÑO FERNANDEZ quien repite paraclínicos, manejando el pico febril que surge nuevamente durante la hospitalización, suministra nuevamente hidratación, percibe una falla renal, establece una baja plaquetaria por debajo de los rangos normales y decide ordenar la remisión del menor a pediatría a otro centro asistencial, pero no se materializa

---

<sup>11</sup> La *lex artis* es el conocimiento científico que se ha transmitido de generación en generación entre los facultativos, y se han establecido las reglas generales de la medicina para los casos con patologías similares, los tratamientos, los procedimientos y cómo se deben realizar. **Libro Fundamentos de la Responsabilidad Penal Médica en el ejercicio de la medicina. Libro Fundamentos de la Responsabilidad Penal en Ejercicio de la Medicina**, Autor NELSON EDUARDO SANTOS ESTEPA, Editorial Temis (2020), pág. 44.

porque el menor muere por paro cardiorrespiratorio producto de choque hemorrágico por dengue.

Se dilucida entonces, que si bien para el año 2008 no existía un protocolo médico o guía de atención para tratar a pacientes con la enfermedad con dengue clásico, ni el centro asistencial contaba pruebas rápidas para determinar con certeza su diagnóstico, si hay sincronía en lo manifestado por los galenos que acudieron al estrado judicial al arribar a la conclusión que el diagnóstico se realizaba a partir de paraclínicos que permitieran ir controlando la evolución de la enfermedad viral y las manifestaciones de sus síntomas para ir tratándolo, pero que conforme a lo conceptuado por los médicos legistas que: **“en el caso del menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL pasa de un dengue clásico sin manifestaciones hemorrágicas y se genera un choque hemorrágico que le ocasiona la muerte al niño, lo que no dependía del lugar ni de la institución, ni de la oportunidad diagnóstica, ni de capacidad científica o tecnológica porque la enfermedad sigue siendo mortal...”**, era una enfermedad complicada por el menor GARCÉS CAUSIL se estaba en la excepción de la complejidad de la evolución del dengue que pasó de un dengue clásico sin manifestaciones hemorrágicas a un choque por dengue hemorrágico lo que produce una falla multisistémica.

Sobre el tópico de la imputación objetiva en la materia de responsabilidad penal médica como presupuesto de la culpabilidad, debe precisarse que la prueba obrante en la actuación procesal no permite demostrar que los médicos ESTRADA FRANCO y MONTERO CORONEL incurrieron en un riesgo desaprobado o en el incremento de un de mayor riesgo que llevó a la muerte al menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL, pues su papel en la atención del menor únicamente se da en una fase primigenia donde se puede hablar de un diagnóstico presuntivo de dengue clásico sin complicaciones que podía ser tratado en forma ambulatoria y

que dentro de su ejercicio profesional y autonomía médica ordenaron la prescripción de unos paraclínicos que arrojaron resultados normales y el suministro de medicamentos.

De ahí que, imputar consecuencias de omisiones médicas de otros facultativos a los acusados derivan en una pretensión de atribuir responsabilidad por las actuaciones de otros. Pues fue el médico MARINO JIMÉNEZ quien recibe al menor en urgencias el día 11 de enero de 2008 cuando ya iniciaba las complicaciones del dengue con deposiciones diarreicas y con la continuidad del cuadro febril sin respuesta positiva con una evolución de 4 días. Donde se itera que, este galeno no consulta la historia clínica para realizar un adecuado control y seguimiento de la enfermedad del paciente, como tampoco se realizaron nuevos paraclínicos que permitieran dar un tratamiento médico adecuado a los síntomas que presentaba para ese momento el menor, ello es totalmente apreciable en las pruebas allegadas al proceso, cuando se analiza cómo se da la atención médica al menor el día 11 de enero de 2008 desconociéndose por esta Corporación qué pasó el día 10 de enero de 2008, pues en voces de la madre el menor JUAN CARLOS nunca mejoró desconociéndose entonces cuál fue la razón para no acudir nuevamente al servicio de urgencias el día 10 de enero de 2008.

Sobre la responsabilidad penal médica en los delitos culposos, la Alta Corporación<sup>12</sup> ha puntualizado lo siguiente:

“(…)

*Sobre la teoría de la imputación objetiva frente a casos como el que ocupa la atención, la Sala ha precisado:*

---

<sup>12</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Penal. Sentencia del 26 de junio de 2013, radicado 38.904. M.P. Fernando Alberto Castro Caballero.

“3.1. La imputación objetiva del resultado en los delitos imprudentes.  
Responsabilidad penal médica.

3.1.1. Sobre la transición desde la imputación del delito culposo como una forma de culpabilidad generada en la imprudencia, la negligencia o la impericia que regía en el sistema de responsabilidad penal reglado por el Decreto Ley 100 de 1980 (artículo 37) y se apoyaba exclusivamente en la teoría de la causalidad, hacia la imputación jurídica del resultado de los injustos imprudentes conforme al dogma de la imputación objetiva basado en la infracción al deber objetivo de cuidado y recogido en el actual canon 23 de la Ley 599 de 2000, la sentencia del 22 de mayo de 2008 proferida por esta Corporación, radicación 27.357, resulta ser apropiada para comprender los presupuestos actualmente necesarios para la atribución penal del resultado lesivo de los bienes jurídicos tutelados por el derecho penal, que admiten la responsabilidad culposa, la que en su parte más representativa señala:

“En conclusión, de acuerdo con la evolución doctrinaria y jurisprudencial del delito imprudente, lo esencial de la culpa no reside en actos de voluntariedad del sujeto agente, superando así aquellas tendencias ontologicistas que enlazaban acción y resultado con exclusivo apoyo en las conocidas teorías de la causalidad —teoría de la equivalencia, *conditio sine qua non*, causalidad adecuada, relevancia típica—, **sino en el desvalor de la acción por él realizada, signado por la contrariedad o desconocimiento del deber objetivo de cuidado, siempre y cuando en aquella, en la acción, se concrete, por un nexo de causalidad o determinación, el resultado típico, es decir, el desvalor del resultado, que estuvo en condiciones de conocer y prever el sujeto activo.**

2.2. En la doctrina penal contemporánea, la opinión dominante considera que la realización del tipo objetivo en el delito imprudente (o, mejor dicho, la infracción al deber de cuidado) se satisface con la teoría de la imputación objetiva, de acuerdo con la cual un hecho causado por el agente le es jurídicamente atribuible a él si con su comportamiento ha creado un peligro para el objeto de la acción no abarcado por el riesgo permitido y dicho peligro se realiza en el resultado concreto.

Lo anterior significa que si la infracción al deber de cuidado se concreta en el desconocimiento de la norma de cuidado inherente a actividades en cuyo ámbito se generan riesgos o puesta en peligro de bienes jurídicamente tutelados, es necesario fijar el marco en el cual se realizó la conducta y señalar las normas que la

governaban, a fin de develar si mediante la conjunción valorativa ex ante y ex post, el resultado que se produjo, puede ser imputado al comportamiento del procesado.

En otras palabras, frente a una posible conducta culposa, el juez, en primer lugar, debe valorar si la persona creó un riesgo jurídicamente desaprobado desde una perspectiva ex ante, es decir, teniendo que retrotraerse al momento de realización de la acción y examinando si conforme a las condiciones de un observador inteligente situado en la posición del autor, a lo que habrá de sumársele los conocimientos especiales de este último, el hecho sería o no adecuado para producir el resultado típico.

En segundo lugar, el funcionario tiene que valorar si ese peligro se realizó en el resultado, teniendo en cuenta todas las circunstancias conocidas ex post.

2.3. En aras de establecer cuándo se concreta la creación de un riesgo no permitido y cuándo no, la teoría de la imputación objetiva integra varios criterios limitantes o correctivos que llenan a esa expresión de contenido, los cuales también han tenido acogida en la jurisprudencia de la Sala:

2.3.1. No provoca un riesgo jurídicamente desaprobado quien incurre en una «conducta socialmente normal y generalmente no peligrosa», que por lo tanto no está prohibida por el ordenamiento jurídico, a pesar de que con la misma haya ocasionado de manera causal un resultado típico o incluso haya sido determinante para su realización.

2.3.2. Tampoco se concreta el riesgo no permitido cuando, en el marco de una cooperación con división del trabajo, en el ejercicio de cualquier actividad especializada o profesión, el sujeto agente observa los deberes que le eran exigibles y es otra persona perteneciente al grupo la que no respeta las normas o las reglas del arte (lex artis) pertinentes. Lo anterior, en virtud del llamado principio de confianza, según el cual «el hombre normal espera que los demás actúen de acuerdo con los mandatos legales, dentro de su competencia».

(...)

2.3.3. Igualmente, falta la creación del riesgo desaprobado cuando alguien sólo ha participado con respecto a la conducta de otro en una «acción a propio riesgo», o una «autopuesta en peligro dolosa».

(...)

2.3.4. En cambio, «por regla absolutamente general se habrá de reconocer como creación de un peligro suficiente la infracción de normas jurídicas que persiguen la evitación del resultado producido».

2.3.5. Así mismo, se crea un riesgo jurídicamente desaprobado cuando concurre el fenómeno de la elevación del riesgo, que se presenta «cuando una persona con su comportamiento supera el arriesgo admitido o tolerado jurídica y socialmente, así como cuando, tras sobrepasar el límite de lo aceptado o permitido, intensifica el peligro de causación de daño». (Subrayas fuera del texto original).

Se extrae de esta cita que, más allá del solo nexo de causalidad entre la acción y el resultado, la atribución de responsabilidad en grado de culpa demanda que el comportamiento imprudente del sujeto activo de la infracción se despliegue creando o extendiendo un riesgo no permitido o jurídicamente desaprobado —en relación con las normas de cuidado o reglas de conducta— y necesariamente se concrete en la producción del resultado típico, lesivo de un bien jurídico protegido.

Esto, teniendo en cuenta que en vigencia de la Ley 599 de 2000 (artículo 9º), «la causalidad por sí sola no basta para la imputación jurídica del resultado».

3.1.2. Ahora bien, la teoría descrita también ha sido la postura reiterada de la Sala en temas atinentes a la estructuración de conductas punibles imprudentes en el ejercicio de la profesión médica. Así lo señaló en sentencia del 28 de octubre de 2009, radicación 32.582, cuando sostuvo que «la jurisprudencia viene insistiendo en que para constatar la causalidad natural se requieren unas pautas mínimas, por lo tanto, jamás serán suficientes para la atribución de un resultado antijurídico. Conforme con esto, una vez determinado el nexo, **es imprescindible confrontar si por causa del agente se creó o incrementó el riesgo jurídicamente desaprobado para la producción del resultado. Conforme a estos postulados, comprobada la necesaria causalidad natural, la imputación del resultado requiere además verificar si la acción del autor ha generado o incrementado un peligro jurídicamente desaprobado para la producción del resultado lesivo.**»

**En efecto, el profesional de la medicina no es ajeno a la eventualidad de ejecutar acciones disvaliosas capaces de afectar la salud, la integridad personal e incluso la vida, lo que ocurre cuando habiendo asumido voluntariamente la posición de**

**garante frente a su paciente, esto es, en los términos del numeral 1º del artículo 25 del Código Penal, arrogándose la «protección real de una persona (...)», aquél no guarda el deber objetivo de cuidado que conforme a la lex artis le es inmanente y, como consecuencia de ello, le causa un daño antijurídico.**

Claramente, el aumento del riesgo normativamente tolerable puede llegar a defraudar la expectativa que en torno a la idoneidad del galeno se debiera predicar por ser portador de un título académico y de la experiencia que lo autoriza y legitima para ejercer la profesión; ello, siempre y cuando la violación del estándar socialmente admitido se realice tras la asunción efectiva de la posición de garante, esto es, con el diagnóstico, tratamiento o postratamiento capaz de causar un efecto nocivo y correlacional del bien jurídicamente tutelado, que se habría podido evitar —por ser previsible— de haberse actuado con las precauciones técnicas del caso.

Es así que, la posición de garante surge desde el primer momento en que el facultativo inicia la atención médica y es justamente este el punto de partida desde el cual le es exigible la obligación de velar por la curación, mejoría o aminoración de la condición aflictiva de la salud de su paciente, hasta el límite de realizar la acción posible indicada en la lex artis para cada patología, en los términos estrictos del compromiso arrogado de forma potestativa —no se requiere un contrato formal—.

Sobre la posición de garantía de los profesionales médicos CHAIA recuerda que:

«El médico no puede desprenderse de cualquier forma del paciente a quien ha comenzado a atender, toda vez que la suerte de este último se encuentra estrechamente vinculada a la práctica iniciada por el facultativo, quien se ha convertido en el exclusivo conductor de su proceso de sanación.

El galeno asumió un riesgo y debe evitar la consumación de un resultado lesivo —frustrarlo es su objetivo— o, al menos, poner al servicio del enfermo sus actualizados conocimientos para lograr esa finalidad. Esa asunción de riesgo le impone ser él mismo el continuador de la acción de salvamento emprendida, cuestión que si interrumpe de manera inadecuada lo convierte en responsable del mayor riesgo —y consecuente resultado— que genere.

*Por tal motivo, si no se encuentra en condiciones fácticas o técnicas de prestar un servicio eficaz para conjurar el mal debe colocar al paciente en un centro de mayor complejidad o ante un profesional que, durante el lapso de tiempo que el enfermo se encuentre bajo su orbita (sic), se entiende que ha asumido el riesgo de su cuidado .»*

*Es de este modo claro que la obligación del galeno de actuar con el cuidado que el ordenamiento le impone para evitar la creación o intensificación de un riesgo innecesario —fuera del admitido en la praxis— y la consecuente realización de un daño relacionado con la fuente de riesgo que debe custodiar, determina la asunción de la posición de garante que se materializa en no ejecutar ninguna conducta que perturbe la idoneidad del tratamiento médico especializado que la ciencia y las normas jurídicas mandan en cada evento o, en otras palabras, en adecuar su comportamiento al cuidado que le es debido de acuerdo con las fórmulas generales de la actividad.*

*De esta manera, si la conducta del médico, no obstante crear o aumentar un riesgo se manifiesta dentro del ámbito del peligro que la comunidad normativa ha edificado como límite a la práctica médica respectiva y, en todo caso, se produce el resultado infausto o, si consolidado el daño —agravación de la condición clínica primaria, por ejemplo— el galeno respeta las pautas o protocolos tendiendo a aminorar los riesgos propios de la intervención corporal o psíquica o, si pese a la creación o, incremento del peligro permitido, la acción comisiva u omisiva no se representa en un resultado dañino derivado necesariamente de aquella y relevante para el derecho penal o en todo caso, este se realiza por fuera del espectro de protección de la norma, o se constata que no había un comportamiento alternativo dentro del ámbito de guarda del bien jurídico que hubiera podido impedir la consumación censurada, no habrá lugar a deducir el delito de omisión impropia, también llamado de comisión por omisión.*

*Para establecer si el facultativo violó o no el deber objetivo de cuidado y, con ello, creó o amplió el radio de acción del riesgo porque su actuar lo situó más allá del estándar autorizado o relevante, es imprescindible determinar cuál es el parámetro de precaución —protocolo, norma, manual, baremo o actividad concreta conforme a la lex artis— que se debía aplicar al caso específico o que hipotéticamente podría haber empleado otro profesional prudente —con la misma especialidad y experiencia— en similares circunstancias, para enseguida, confrontarlo con el comportamiento desplegado por el sujeto activo del reato.*

Y es que si hay una actividad peligrosa en la que se debe consentir la existencia de un riesgo permitido, esa es la medicina. En verdad, se admite cierto nivel de exposición al daño inherente a su ejercicio, en tanto se trata de una ciencia no exacta cuya práctica demanda para el colectivo social la necesidad de aceptar como adecuada la eventual frustración de expectativas de curación o recuperación, siempre que no se trascienda a la estructuración de una aproximación al daño evitable o no tolerado.

En esa medida, se debe ser muy cuidadoso al establecer si una conducta superó o no el riesgo permitido. Sobre el particular, ROXIN señala que este aspecto marca el punto desde el que se avanza a la edificación de la imprudencia. Con ese propósito, si bien en algunos casos eficiente suele ser la revisión del cumplimiento de las reglamentaciones sanitarias que rigen determinada práctica, atendiendo el carácter dinámico de esta ciencia y la multiplicidad de actividades terapéuticas y asistenciales que para el tratamiento de cada patología coexisten, lo indispensable es acudir a los parámetros de la *lex artis* —objetivos, consensuados, vigentes y verificables— y determinar, si el método o técnica científica aplicada por el galeno, así parezca ortodoxo o exótico —que no experimental o improvisado y en todo caso avalado por la comunidad científica—, satisfizo la expectativa de recuperación, curación o aminoración de la aflicción, trazada desde un inicio y si por consiguiente, el bien jurídico protegido se mantuvo a salvo.

Es de esta manera que en su artículo 16 de la Ley 23 de 1981 (por la cual se dictan normas en materia de ética médica), dispone que «[l]a responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efectos del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados».

Y de acuerdo con el artículo 13 del Decreto 3380 del mismo año, se prevé que «[t]eniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico puede comportar efectos adversos o de carácter imprevisible, el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico».

Una lista —no exhaustiva, por supuesto— de las precauciones que con carácter general debe atender el profesional de la medicina se podría integrar con las obligaciones de **i) obtener el título profesional que lo habilita para ejercer como médico y especialista o subespecialista en determinada área, lo que no significa que la posición de garante surja natural de la simple ostentación de aquel, pues se demanda la asunción voluntaria del riesgo, o sea de la protección de la persona, ii) actualizar sus conocimientos con estudio y práctica constante en el ámbito de su competencia, iii) elaborar la historia clínica completa del paciente, conforme a un interrogatorio adecuado y metódico iv) hacer la remisión al especialista correspondiente, ante la carencia de los conocimientos que le permitan brindar una atención integral a un enfermo, v) diagnosticar correctamente la patología y establecer la terapia a seguir, vi) informar con precisión al sujeto, los riesgos o complicaciones posibles del tratamiento o intervención y obtener el consentimiento informado del paciente o de su acudiente, vii) ejecutar el procedimiento —quirúrgico o no— respetando con especial diligencia todas las reglas que la técnica médica demande para la actividad en particular y, viii) ejercer un completo y constante control durante el postoperatorio o postratamiento, hasta que se agote la intervención del médico tratante o el paciente abandone la terapia.**

Tal como se viene sosteniendo, no basta la constatación de la infracción al deber objetivo de cuidado para atribuir el comportamiento culposo; tampoco el incremento o creación del riesgo no permitido. Se insiste, la conducta negligente del facultativo debe tener repercusión directa en el desvalor de resultado, pues si la lesión o la muerte de la persona sobreviene como derivación de situaciones al margen de la práctica médica o por alguna táctica distractora del tratamiento asumida por parte del paciente —autopuesta en peligro o acción a propio riesgo—, no habría lugar a imputar el delito imprudente al galeno, pues sería a aquél y no a éste, entonces, a quien se debería atribuir la contribución al desenlace transgresor del interés jurídico tutelado.

(...)"

Conforme a la anterior reseña jurisprudencial debe recalcar que la atención suministrada el 8 de enero de 2008 por parte del médico CESAR AUGUSTO ESTRADA FRANCO se orientó a no hospitalizar al menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL por el servicio de urgencias -porque el cuadro febril era leve y no ameritaba su atención por urgencias-, el

facultativo decide ordenar la prescripción de unos paraclínicos para determinar lo que causaba los síntomas y le manifestó a la señora DORIS CAUSIL que acudiera la día siguiente a la realización de dichos exámenes y a su posterior revisión por consulta externa.

Y, en relación con la atención por consulta externa suministrada el 9 de enero de 2008 por la médica AITEL BETSABEL MONTERO CORONEL, se acreditó que revisó los resultados de los exámenes determinando que sus resultados estaban normales, luego procedió a la verificación del resultado plaquetario con los compañeros que estaban en el servicio de urgencias al realizar la conversión del resultado parcial emitido por el laboratorio del hospital donde estableció que el menor se encontraba en un rango plaquetario de 357.000 plaquetas, y esta galena adicionalmente realizó una prueba de torniquete en el brazo que dio resultado negativo para detectar si el menor presentaba petequias como resultado de posibles hemorragias. Del mismo modo, esta médica realizó dos diagnóstico presuntivos de dengue clásico y, infección respiratoria, en la cual decide que su tratamiento puede ser en forma ambulatoria con el suministro de medicamentos de acetaminofén, amoxicilina y salbutamol.

Si bien la Fiscalía y el apoderado de las víctimas pretendieron alegar en su recurso de alzada que se encuentra probado un mayor incremento del riesgo y la violación al deber objetivo de cuidado por parte de los médicos acusados. Aspecto que o se demostró en el juicio oral, pues los mismos galenos que convocó al estrado judicial la Fiscalía como testigos son quienes establecen que así se hubiera tenido certeza desde la primera atención que el menor padecía un dengue clásico y que conforme a los paraclínicos y la atención brindada por los primeros médicos, **indicaban que su tratamiento podía ser ambulatorio y que solo ameritaba hospitalización ante la complicación originada en la evolución de un dengue clásico que empezara a tener manifestaciones**

**hemorrágicas**, donde fueron los médicos legistas quienes explican que el cuadro que dengue que presentaba el menor fue de rápida evolución atípica que pasó de un dengue clásico sin manifestaciones hemorrágicas al choque por dengue hemorrágico, todo ello fundamentado con las atenciones médicas suministradas los días 11, 12 y 13 enero de 2008, atenciones que estuvieron a cargo de los galenos MARINO JIMÉNEZ y MARÍA ISABEL PATIÑO FERNÁNDEZ -galena que recibe al niño los días 12 y 13 de enero un punto de no retorno debido a las fallas sistémicas que presentaba el menor.

Con fundamento en las anteriores argumentaciones, se procederá a **CONFIRMAR** la sentencia de primer grado proferida el 31 de julio de 2019, por el Juzgado Primero Penal del Circuito de Turbo – Antioquia.

De otra parte, no observa esta Corporación pertinente compulsar copias para que se investigue penalmente la conducta del médico MARINO JIMÉNEZ, pues los hechos ocurrieron en el mes de enero de 2008 y a la fecha ya operó el fenómeno de la prescripción penal la acción penal, esto es, para el mes de enero de 2017.

**SE COMPULSARÁ COPIAS** al **TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA** para que se investigue disciplinariamente al médico MARINO JIMÉNEZ adscrito al Hospital Francisco Valderrama de sobre las conductas que asumió en el servicio de urgencias al momento de atender al menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL.

Sin que se precise de más consideraciones, **EL TRIBUNAL SUPERIOR DE ANTIOQUIA EN SALA PENAL DE DECISION**, administrando Justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

## 6. RESUELVE:

**PRIMERO: CONFIRMAR** el fallo de la naturaleza, procedencia y fecha conocidas, en bien de las argumentaciones esbozadas en precedencia.

**SEGUNDO: SE ORDENA** por la Secretaría de la Sala Penal del Tribunal Superior de Antioquia **COMPULSAR COPIAS al TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA**, para que se investigue disciplinariamente al médico MARINO JIMÉNEZ adscrito al Hospital Francisco Valderrama de sobre las conductas que asumió en el servicio de urgencias al momento de atender al menor JUAN CARLOS GARCÉS CAUSIL.

**TERCERO:** Esta decisión se notifica por estrados y contra ella procede el recurso de casación, en el término previsto por el artículo 183 de la ley 906 de 2004, modificado por el artículo 98 de la Ley 1395 del 12 de julio de 2010.

**CÓPIESE, CÚMPLASE Y DEVUÉLVASE**

**NANCY ÁVILA DE MIRANDA  
MAGISTRADA**

**JUAN CARLOS CARDONA ORTÍZ  
MAGISTRADO**

**PLINIO MENDIETA PACHECO  
MAGISTRADO**

*SPA CUI: 050456000360201000644 (2019-1067-2)*

*Delito: Homicidio Culposo.*

*Procesados: Cesar Augusto Estrada Franco y*

*Aitel Betsabel Montero Coronel.*

**ALEXIS TOBÓN NARANJO**  
**SECRETARIO**