

REPÚBLICA DE COLOMBIA



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO

JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO TRANSITORIO DE  
BOBOTÁ CALLE 12 No.9-23, TORRE NORTE, PISO 3°, OFICINA  
207 EDIFICIO VIRREY – BOGOTÁ

**Bogotá D.C.,** tres (3) de noviembre de dos mil veinte (2020)  
**Proceso:** Ordinario responsabilidad extracontractual  
**Demandante:** María Idaly Leguizamón Guzmán y Arcesio Melo  
Saavedra  
**Demandado:** E.P.S., SaludCoop, IPS, Policlínica y Luis Norberto  
Montoya Cote  
**Radicación:** 2013-027  
**Decisión:** Sentencia 1ª instancia

De conformidad con lo previsto en el inciso 3° del numeral 5° del artículo 373 del Código General del Proceso, y según se anunció en la audiencia celebrada el **30 de octubre del 2020**, se procede a dictar sentencia que defina la instancia dentro del proceso de la referencia.

**I. ANTECEDENTES:**

**PRETENSIONES:**

En el escrito de reforma de demanda (fls. 278 a 292 cno, 1), que reemplazo la inicialmente presentada (fls. 72 a 83 cno, 1), los señores María Idaly Leguizamón Guzmán y Arcesio Melo Saavedra mediante apoderado especialmente constituido, solicitaron que, previos los trámites de un proceso ordinario de mayor cuantía se

hicieran las siguientes declaraciones:

**1.-)** Que SaludCoop E.P.S. la Institución Prestadora de Salud Clínica (IPS) Policarpa y el doctor Luis Norberto Montoya Cote, son [civil] y solidariamente responsables de los perjuicios materiales e inmateriales ocasionados a los demandantes por el fallecimiento de la menor Angie Lorena Melo Leguizamón, ocurrido el 28 de septiembre de 2004.

Que, como consecuencia de la anterior declaración, condenar a los demandados al pago de las siguientes sumas de dinero:

**2.-)** 100 SLMMV por perjuicios morales.

**3.-)** 100 SLMMV por daño a la vida relación

**4.-)** 100 SLMMV por daño a la vida relación

**5.-)** 100 SLMMV por daño psicológico

**6.-)** A favor de los menores de edad Duván Felipe Melo Leguizamón y Sebastián Andrés Meló Leguizamón en forma separara 100 SLMMV por daños morales y psicológicos.

**7.-)** Suplicaron también los perjuicios materiales en sus modalidades de daño emergente y lucro cesante estimados en 100 SLMMV.

**8.-)** A los anteriores rubros, solicitaron su indexación.

**9.-)** Que se condene en costas y agenciad en derecho.

**HECHOS:**

**2.1.)** En 1999 fue vinculado a SaludCoop EPS., el señor Arcesio Meló Saavedra a través de la empresa Expertos Servicios Espec[i]alizados, época en la que vivía su menor hija Angie Lorena Melo Leguizamón (q.e.p.d) quien estuvo vinculada a dicha EPS.

**2.2.)** Que la menor de edad en horas de la madrugada del 18 de septiembre de 2004 presentó un detrimento en su salud física, que fecha fue llevada de urgencias en la Clínica Policarpa por tos, fiebre y vomito.

**2.3.)** La menor de edad fue valorada por el médico Norberto Montoya Coyote Montoya quien anotó como enfermedad actual fiebre asociada a vomito de 72 horas de evolución, sin más síntomas, con diagnóstico de ingreso *“sind, febril, virosis, faringitis viral con sinustisis”* descartando *“I.V.U.”*.

**2.4.)** El médico encontró anormalidad física en la paciente a nivel de la boca y abdomen, deficiencia descrita como amigadalas eritematosis, no placar, no molar, no meningitis, no signos Qx”. Ante ese panorama ordenó exámenes: *“parcial de orina y cuadro hematológico, y le formuló acetaminofén, loratadina y salbutamol y le dio salida, que esperamos uno o dos días ver (sic) como evoluciona”*.

**2.5.)** La paciente no mostró mejoría, persistiendo en los síntomas de fiebre, tos, vómito y dificultad respiratoria, por lo que el 21 de septiembre de 2004, fue atendida nuevamente de urgencias en la IPS Policarpa y *“hospitalizada en muy malas condiciones generadas con diagnósticos de bronconeumonía”*.

**2.6.)** Que el médico pediatra Juan Javier y la enfermera jefe Luz Edith Cortes, que la recibieron en urgencias, realizaron una exhaustiva valoración “ *y les dijo que porque no la habían llevado antes, que había que hospitalizarla por el estado de gravedad que presentaba por una fuerte infección en los pulmones*”.

**2.7.)** Que la menor ingresó a la Clínica ‘Vdelemdica’ en alto estado de gravedad “*confirmando por el médico que la recibió y aduciendo que si a la menor se le hubiera practicado una valoración completa le habría prestado los servicios adecuados y así hubiese mejorado su salud física*”.

**2.8.)** Que el 28 de septiembre se produjo su deceso.

**2.9.)** Que se concluye que el diagnostico ofrecido el 18 de septiembre de 2004, no resultó adecuado o por lo menos no fue suficiente para descartar o confirmar la patología que finalmente produjo la muerte.

**2.10)** Que por lo anterior, demuestra la total negligencia en la prestación del servicio médico hospitalario; la mala atención en que incurrieron los demandados convocados al no detectar ni controlar oportunamente las afecciones de la occisa.

**2.11)** En los hechos 21 a 41 que relatan el proceso de atención del menor que por su extensión el despacho se excusa ahora se transcribir, y se remite a su contenido por economía procesal (fls.280 a 283 cno 1).

### **III. ACTUACIÓN PROCESAL:**

**3.1.)** La demanda se sometió a reparto el 22 de enero de 2013 (fl.84 cno 1), siendo admitida en el Juzgado 13 Civil del Circuito de Bogotá

el 20 de febrero de esa anualidad (fl.92 *ib*) donde ordenó correr traslado por el término de 20 días y notificar a los demandados conforme a los artículos 314 a 320 del Código de Procedimiento Civil.

**3.2.)** Admitida la reforma al libelo (fl. 294 *ibíd*) SaludCoop EPS, y la Clínica Policarpa contestaron oportunamente a través un mismo apoderado manifestando su rechazó a las pretensiones; en punto a los hechos, aceptaron unos, de otros dijeron no constarles por lo que reclamaron su prueba. Propusieron las excepciones meritorias nominadas “*ausencia de nexo causal del eventual daño con la EPS, cumplimiento contractual por parte de Saludcoop EPS, ausencia de responsabilidad de la EPS, obligación de establecer una culpa probada, tasación de perjuicios, ausencia de solidaridad alegada, le diagnóstico no es un ejercicio mecánico de resultado automático, no se configura negligencia por el hecho de estudiar, descartar o confirmar los síntomas*” y la genérica (fls. 295 a 323 *ibíd*).

**3.3.)** Luis Norberto Montoya Cote, luego de que se hiciera el emplazamiento de rigor, el curador *ad litem* designado en su defensa no manifestó oposición ‘directa y contundente’ por lo que se atuvo a lo probado en el proceso (fls. 272 a 274 *ib*). Frente a la reforma del libelo guardó silencio.

**3.4.)** El 4 de diciembre de 2015 el Juzgado 48 Civil del Circuito de esta ciudad avocó conocimiento en cumplimiento de los Acuerdo PSAA15-10402 y PSAA15-10412 emanados de la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura (fl. 713 cno 2).

**3.5.)** El 6 de julio de 2016, se llevó acabo la audiencia consagrada en el artículo 101 del Código de Procedimiento Civil aunque sin éxito puesto que los demandados no asistieron (fls. 718 a 719 *ib*).

**3.6.)** El 17 de enero de 2017, se abrió a pruebas el proceso (fls. 731 a 734 *ib*).

**3.7.)** El 16 de agosto de 2018, el Juzgado cognoscente se declaró la pérdida de competencia amparado en el artículo 121 del Código General del Proceso, por lo que paso el expediente a su homologó, el 49 Civil Circuito, quien provocó conflicto, siendo desatado por el *ad quem* en providencia del 20 de septiembre de esa anualidad disponiendo la devolución de las diligencia al Juzgado 48 *ib* (fls. 836 a 840 *ib* y 3 al 6 del cno 3).

#### **I.V.- CONSIDERACIONES:**

##### **4.0 PROBLEMA JURIDICO:**

**4.1** El problema jurídico aquí planteado consiste en determinar si los demandados son responsables por la muerte de la menor Angie Lorena Melo Leguizamón en la atención brindada y si por ende deben ser condenados civilmente a la reparación de los perjuicios causados.

##### **4.2 PRESUPUESTOS PROCESALES:**

Rituado el trámite pertinente, resulta procedente dirimir de fondo el litigio, puesto que los presupuestos procesales se encuentran acreditados en el presente proceso, y además, no se observa causal de nulidad que pueda invalidar la actuación surtida.

##### **4.3. LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA:**

No admite discusión porque se allegó el respectivo registro civil de nacimiento de la occisa Angie Lorena Leguizamón Melo (fl. 20 cno

1). Así como de los menores Leguizamón Melo Sebastián Andrés y Duván Felipe Leguizamón Melo (fl.52 y 53 *ibidem*)

#### **4.3. DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA:**

Al tenor del artículo 1 de la ley 23 de 1981 “(...) *medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida*” En consecuencia, “*el médico debe considerar y estudiar al paciente, como persona que es, en relación con su entorno, con el fin de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales, y adoptar las medidas, curativas y de rehabilitación correspondiente...*” (Inciso 2, artículo 2 *ibidem*).

De otra parte, cumple memorar, que en la responsabilidad médica ora en su esfera contractual ya en la extracontractual deben los demandantes demostrar los elementos característicos que la estructura cuales son hecho o conducta dañosa, el daño, nexo causal y la culpa probada par este caso de responsabilidad médica. Esta última, porque es criterio decantado que el profesional de esta ciencia, la mayor de las veces no se obliga a sanar a su paciente, contrario a ello, se compromete a realizar lo que esté al alcance de su conocimiento para aliviar sus padecimientos.

En ese sentido, la Corte tiene dicho que: “(...) *A pesar de los avances en todos los campos, la complejidad del cuerpo humano impide que hoy en día la medicina sea una ciencia exacta, de ahí que se estime que su práctica, en términos generales, corresponde a una obligación de medio. Es por eso [por lo] que solo si se verifica una mala praxis surge la obligación de reparar, entre otros eventos, cuando se deja de actuar injustificadamente conforme a los parámetros*

*preestablecidos, eso sí, siempre y cuando se estructuren los diferentes elementos de daño, culpa y nexo causal que contempla la ley*” (Cas. Civil del 20 de junio de 2016; exp. 2003-00546-01).

#### **4.4. CASO EN CONCRETO:**

**4.4.1.** En el proceso se encuentran acreditados los siguientes elementos facticos con incidencia y relevancia en la decisión que está por adoptarse:

**a.-)** Copia autentica del registro civil de nacimiento de la menor Angie Lorena Leguizamón Melo (fl. 4 cno 1).

**b.-)** Registro civil de defunción de la menor Angie Lorena Leguizamón Melo ocurrida el 28 de septiembre de 2004 (fl. 3 *ibidem*).

**c.-)** Certificación emitida por SaludCoop EPS., el 6 de julio de 2012, donde dice que el señor Arcesio Melo Saavedra, es afiliado en calidad de cotizante, desde el 22 de mayo de 2005, bajo los empleadores Expertos Servicios, Compañía de Seguridad Nacional, Fortox S.A.S., y Maloka. De igual forma, los beneficiarios son Leguizamón Melo Sebastián Andrés, Duván Felipe Leguizamón Melo, María Idaly Leguizamón Guzmán (fls. 46 a 50 *ibíd*).

**c.-)** Copia de la historia Clínica De Urgencias, emitida por SaludCoop EPS., donde muestra que la paciente **Angie Lorena Leguizamón Melo**, ingresó en centro de atención Policarpa, el **18 de septiembre de 2009**, a las 6:40 [pm] con “**fiebre y vomito**”, en la descripción enfermedad actual se lee amén de lo anterior “(...) *por el cual consulta de 72 horas de evolución sin más síntomas acompañantes...*”. En el examen físico de detalló: “*anormalidad en la boca [y] abdomen*” , consistente en: “(...) *amigdalitis evidencia*



total no placas (...) abdomen ... no signo Qx peritonitis..." (Ilegible). Diagnóstico de ingreso: "(...) 1. sind (sic) febril 2. Vimosis ... 4. Faringitis aguda viral". Resultado Paraclínico "(...) CH. normal P de O normal". Tratamiento inicial y procedimientos realizados: "(...) Acetaminofen [,] loratadina[,] signos de alarma[,] IC pediatría para evolución y tipo radiológico (...) signos de alarma - fiebre persistente..." (fls. 5 a 9 ib) (Subrayado intencional).

d.-) El ingresó que tuvo el **21 del citado mes y año**, ingresó con diagnóstico de egreso "**Neumonía**" en el resumen de la hospitalización, dice: "(...) paciente consulta x (sic) cuadro leve de evolución consistente en tos húmeda y fiebre (...) **paciente en muy malas condiciones** (...) mejora parcialmente del bolo 40 cc (...) paciente con falla respiratoria y descompresión..." En el examen físico registró: anormalidad en "cuello o tórax y cardiovascular pulmonar abdomen" y "vascular periférico espera mental" descrita como: "(...) confusa (...) tartamudea (...) lenguaje seca..." (el resto es ilegible). Tratamiento inicial y procedimientos realizados: "observación y pediatría"

e.-) En el documento "Evolución historia clínica general" de la misma fecha, consignó el médico: "(...) **paciente en muy malas condiciones** (...) realizó resección..." (fl.13 ib). En las notas de enfermería, se dijo: **21 de septiembre de 2004**: "(...) ingresa al servicio de obspediatría[,] despierta alerta con palidez parcial con **dificultad respiratoria severa**. Se inicia mnb se canaliza una periférica en msd con yelco # 22 se toma CH iniciando ssn 0.9. bolo 400 para continuar a 800 cch (...) despierta alerta febril con dificultad severa con 02XV.50 X (...) 22:30: (...) egresa en compañía de familiar (...) **en ambulancia de alta complejidad**" (fl.17 ib).

f.-) En la historia clínica emitida por la Clínica VID Elmedica, registra los siguientes acontecimientos (fls. 29 a 43 cno 1):

**22 de septiembre de 2004:** “unidad de cuidados intensivo/ventilación mecánica. **Paciente se encuentra en pésimo estado general** (...) por lo que **se considera en inminencia de falla respiratoria**, se **decide intubación orotraqueal** (...) compatible con edema pulmonar que con síndrome broncoobstructivo ya que se manejó como tal óptimamente. Se inició ventilación mecánica con volumen inicialmente a 6cc (...) RX con sospecha de edema pulmonar no descarta compromiso miocárdico (sic) se puede descartar sobreinfección bacteriana (...) se mantiene igual esquema antibiótico (...) 14[:15] paciente **con cuadro de neumonía** y SOB, evolución tórpida por shock séptico (...) **ecocardiograma descarta miocarditis viral**, cardiología sugiere tratamiento inodilatador (...) confirmar compromisos multisemicos (hematológico y hepático) (...) por el momento el pronóstico es reservado (...) modulación respuesta inflamatoria. plan: 1. Lev 1200'... 20[:30] **paciente en estado crítico**, apoyo inotrópico y ventilatorio alto (...) **el metabolismo se encuentran severamente comprometidos** (...) se aumenta dopamina (...) se transfundirá GRE para mejora respiratoria (...) se inicia noradrenalina...

**23 de septiembre de 2004:** “unidad de cuidados intensivo/ventilación mecánica. 01[:10] **paciente con hipotensión arterial** (...) **se aumenta dosis de noradrenalina gradualmente** (...) **Se solicita RX Tórax**. 01[:40] se recibe RX de tórax en la que **se evidencia aumento del compromiso del pulmón derecho** (...) no se descarta insuficiencia suprarrenal funcional por lo cual se inicial suplencia con hidrocortisona (...) 02 [:20] paciente con hipotensión persistente (...) 08 [:00] paciente actualmente bajo efecto de sedación y relajación que bajo punto de vista hemodinámico, **ha presentado hipotensión refractaria**, altas dosis de inotrópico (...) **se iniciará IGG para pulmón de shock si presenta buena diuresis**, que puede alterar el gasto cardiaco y empeora compromiso cardiaco e

926

hipotensión pulmonar (...) 14 [:] 00 **paciente con evolución tórpida, deterioro hemodinámico progresivo, shock séptico refractario (...) ha presentado sangrado por tubo o traqueal (...)** se sospecha alteraciones endocrinas por lo que se inicia reposición hormonal (...) **se decide ampliar el espectro antibiótico incluyendo neumococo resistente** (...) se espera respuesta en pronóstico, **el pronóstico vital es malo a corto plazo principalmente por compromiso hemodinámico y renal alto riesgo de muerte se hablara con los padres plan: dopamina (...)** milrinone (...) noradrenalina (...) 18 [:] 00 se solicita valoración por cirugía pediátrica (...) 17 [:] 20 se presenta sangrado, se ordena adrenalina endotraqueal, **se aumentan parámetros ventilatorios** (...) 19: [:] 00 **paciente en estado crítico** con falla multi orgánica con soporte inotrópico alto a pesar de esto continua con hipotensión en ventilación mecánica...

**24 septiembre de 2004:** "unidad de cuidados intensivo/ ventilación mecánica.(...) **paciente ha permanecido todo el día en shock refractario (...)** **presenta dos paros que ceden a tratamiento con adrenalina más bicarbonato** (...) se administra bolo de calcio (...) por lo que **se insiste urgentemente hacer diálisis** (...) para optimizar la respuesta a los isotrópicos se encuentra **en franco edema pulmonar**, requiere parámetros ventilatorios altos, pero mejorando los volúmenes pulmonares (...) se mejoran los tiempos respiratorios (...) 15 [:] 00 **paciente en estado crítico** recibe inotrópicos y vaso persona a dosis muy altas con lo cual cuaya (sic) tensión arterial se mantiene en límite inferior (...) hoy present[ó] **dos episodios de bradicardia extrema** que respondieron a maniobra de reanimación (...) 16 [:] 00 **pediatría paciente en situación extremadamente critica** (...) **se considera mas bien como última opción** (...) **iniciar diálisis peritoneal, existe alto riesgo de complicaciones durante el procedimiento** incluyendo la

muerte, la familia es consciente de la situación, se le explico ampliamente, aceptaron el procedimiento...

**25 de septiembre 2004:** “unidad de cuidados intensivo/ ventilación mecánica.(...) 09 [:] 50 (...) **se sospecha derrame pleural izquierdo** por lo que se solicita control radiológico en control de la tarde (...) 13 [:] 00 (...) **informe verbale ecocardiograma: hipertensión pulmonar severa** (...) por lo que se aumenta inotrópicos (...) parece crisis de hipertensión pulmonar (...) ventilación mecánica sin cambios, **pronostico ominoso.**

**26 de septiembre 2004:** “unidad de cuidados intensivo/ ventilación mecánica, soporte inotrópico y vasopresor.(...) 09 [:] 00 **paciente critico en malas condiciones** con requerimientos de inotrópicos, en dosis altas (...) 19 [:] 30 paciente sin mejoría, que continua oliguanorica, **con balance positivo en diálisis...**”

**27 de septiembre 2004:** “unidad de cuidados intensivo/ ventilación mecánica, soporte inotrópico y vasopresor.(...) 06 [:] 00 (...) **paciente de muy mal pronóstico se había comentado con la madre las pocas probabilidades de recuperación** (...) 07 [:] 30 **paciente en estado crítico, shock refractario a inotrópicos** (...) alto riesgo de necrosis (...) nuevos picos febriles, continua manejo antibiótico de amplio espectro (...) **el pronóstico vital es muy malo a corto plazo por compromiso multi sistémico con pobre respuesta a planteamiento medico intensivo** (...) se explica claramente a padres la situación. **Plan:** dopamina (...) adrenalina (...) noradrenalina (...) milrinoe (...) nitroglicerina (...) 14 [:] 00 (...) **no respuesta a tratamiento con vasopresina** hasta el momento a pesar de aumento gradual de dosis se inicia además pentofilina para tratar de mejorar perfusión periférica, diálisis peritoneal (...) 20 [:] 32 paciente en función orgánica múltiple con pronóstico de sobre vida...

**28 de septiembre 2004:** “unidad de cuidados intensivo/ ventilación mecánica, soporte inotrópico y vasopresor. Paciente con severa enfermedad endotelial, refractario a manejo instaurado y potencia persistente, necrosis distal, se considera de pésimo pronóstico, se iniciará de último recurso azul de metileno IV para inhibir óxido nítrico, persiste con hipotensión severa...”

**4.4.2.** Ninguna duda cabe, que entre las partes se gestó una relación contractual de prestación de servicios médicos hospitalarios toda vez que, los demandados así lo aceptaron al responder los hechos uno y dos relacionados con la afiliación del actor (fls. 295 y 309 *ibídem*) con excepción del médico vinculado quien fue representado por curador *ad litem* (fls. 272 a 275 *ibídem*) (Negrilla y subrayado intencional).

**4.2.3.** Ahora bien, superado lo anterior, conviene recordar que el incumplimiento contractual viene enderezado en lo medular a que el diagnóstico proyectado a la sazón por el médico Norberto Montoya Coyoté fue equivocado, puesto que en sentir de los demandantes, no ha debido darse de alta a la menor el 18 de septiembre de 2004, sino haberla mantenido en la clínica.

**4.2.3.** Cumple anunciar desde ahora, que las pretensiones no tienen buen suceso por lo que habrán de declararse probadas las excepciones de mérito denominadas “(...) *ausencia del nexo causal del eventual daño, de cumplimiento contractual y obligación de culpa probada para que exista responsabilidad medica*” que no solo cobija a quienes las impetraron sino a todos los demandados por siguientes razones:

En primer lugar, en la preindicada fecha, la historia clínica de urgencias emitida por SaludCoop EPS., deja ver que la paciente Angie Lorena Melo Leguizamón (q.e.p.d.) ingresó por porque ella

presentaba un cuadro de “(...) **fiebre y vomito** (...) por el cual consulta de 72 horas de evolución sin más síntomas acompañantes” donde en la valoración médica del galeno encontró anormalidades en boca y abdomen, que a su juicio consistieron en “(...) *amigdalitis evidencia total no placas*” y después de los exámenes realizados prescribió: “(...) Acetaminofen [,] loratadina[,] signos de alarma[,] IC pediatría para evolución y tipo radiológico (...) **signos de alarma – fiebre persistente..**”. Documento que no fue tachado de falso conforme al artículo 244 del Código General del Proceso.

En segundo lugar, pese a que ‘no había más síntomas acompañantes’ fuera de la fiebre y el vómito se dejó consignado ‘signos de alarma’, por lo tanto, sea del caso anotar que el profesional si bien la dio de alta lo hizo advirtiéndolo cuando menos una fiebre persistente. Otra cosa es que la enfermedad que a la postre produjo el deceso de la menor halla madurado con tanta rapidez que aún con una atención oportuna no le hubieran salvado la vida, como enseguida se verá.

**4.2.4.** En efecto: el 21 de septiembre del citado mes y año, detalló la historia clínica que la menor de edad MELO LEGUIZAMON (Q.E.P.D.) ingresó con “neumonía” “en muy malas condiciones (...) con falla respiratoria y descompresión”; que presentó mejoría parcial; se realizaron exámenes encontrando anormalidad ‘cardiovascular pulmonar’. El 22 *ibidem*, la mantuvieron en la unidad de cuidados intensivos con ventilación mecánica, con un ‘pésimo estado general’ donde decidieron intubación otroqueal más exámenes de radios x sospechando “*edema pulmonar no descarta compromiso miocárdico*” manteniendo esquemas de antibióticos; posteriormente, se le practicó un “*ecocardiograma [que] descarta miocarditis viral*”.

El 23, la menor de edad presentó "hipotensión arterial"; los rayos x, dejaron entrever "**aumento del compromiso del pulmón derecho** (...) no se **descarta insuficiencia** suprarrenal funcional por lo cual se inició suplencia con hidrocortisona" frente a lo cual se inició "IGG para pulmón de shock si presenta buena diuresis", sin embargo, "**paciente con evolución tórpida, deterioro hemodinámico progresivo, shock séptico refractario** (...) **ha presentado sangrado por tubo o traqueal** (...) se sospecha alteraciones endocrinas por lo que se inicia reposición hormonal (...) **se decide ampliar el espectro antibiótico incluyendo neumococo resistente**" advirtiendo el riesgo de muerte.

El 24 registró que el paciente ha permanecido todo el día "**en shock refractario** (...) **presenta dos paros que ceden a tratamiento con adrenalina más bicarbonato** (...) **se administra bolo de calcio** (...) por lo que **se insiste urgentemente hacer diálisis** (...) para optimizar la respuesta a los isotrópicos se encuentra **en franco edema pulmonar, pediatría paciente en situación extremadamente crítica** (...) **se considera más bien como última opción** (...) **iniciar diálisis peritoneal, existe alto riesgo de complicaciones durante el procedimiento**

El 25 el ecocardiograma mostró "**hipertensión pulmonar severa** (...) por lo que **se aumenta inotrópicos** (...) parece crisis de hipertensión pulmonar (...) ventilación mecánica sin cambios, **pronóstico ominoso**" El 26 a las, "(...) 09 [:] 00 **paciente crítico en malas condiciones** con **requerimientos de inotrópicos, en dosis altas** (...) 19 [:] 30 paciente sin mejoría, que continua oliguanorica, **con balance positivo en diálisis...**" El 27 a las (...) 06 [:] 00 (...) **paciente de muy mal pronóstico se había comentado con la madre las pocas probabilidades de recuperación** (...) 07 [:] 30 **paciente en estado crítico, shock refractario a inotrópicos**  
**Plan:** dopamina (...) adrenalina (...) noradrenalina (...) milrinone (...)

*nitroglicerina (...) 14 [:] 00 (...) no respuesta a tratamiento con vasopresina hasta el momento a pesar de aumento gradual de dosis se inicia además pentofilina para tratar de mejorar perfusión periférica, diálisis peritoneal (...) 20 [:] 32 paciente en función orgánica múltiple con pronóstico de sobre vida...” Finalmente, el 28 “(...) **Paciente con severa enfermedad endotelial**, refractario a manejo instaurado y potencia persistente, necrosis distal, se considera de pésimo pronóstico, **se iniciará de último recurso azul de metileno IV** para inhibir óxido nítrico, persiste con hipotensión severa”.*

**4.4.5.** Del resumen anterior logra observarse que desde el 21 de septiembre el cuadro de salud de la menor de edad avanzó con extrema rapidez puesto que presentó diferentes fallas respiratorias, como ‘neumonía’, asociada a la ‘hipotensión arterial’ que terminaron con una ‘severa enfermedad endotelial’; complicaciones que mantuvieron a la paciente en ‘mal estado’ durante su término de permanencia en la institución hospitalaria; frente a lo anterior, los galenos, según la descripción hecha, le brindaron diferentes tratamientos orientados a paliar el delicado estado de salud de la menor, toda vez que, le hicieron exámenes de rayos X, ecocardiogramas, aplicaron inotrópicos, dopamina, adrenalina, noradrenalina, milrinone, nitroglicerina, entre otros más, a tal punto que acudieron a probar con diálisis; y, como último recurso, acudieron al procedimiento nominado ‘azul de metileno IV’, más sin éxito habida cuenta que, a la postre el resultado fue negativo pues, produjo la muerte de la menor.

**4.4.5.** Por lo anterior, considera el despacho que el diagnóstico que dio el médico el 18 de septiembre de 2004, y los demás que en lo sucesivo se practicaron no pueden considerarse errados, pues como ya se dijera, la menor tenía una enfermedad progresiva grave, que colige este juzgador, impidieron al galeno avistar más síntomas de



los que en su momento registró. Más aún: las atenciones de los días 21 hasta el 28, cual se dijo, traducidos en los múltiples exámenes y tratamientos develan la dificultad del personal médico en hallar una causa determinante. Sobre el diagnóstico, ha decantado la Corte que está caracterizada: *“(...) por el conjunto de actos enderezados a determinar la naturaleza y trascendencia de la enfermedad padecida por el paciente, con el fin de diseñar el plan de tratamiento correspondiente, de cuya ejecución dependerá la recuperación de la salud, según las particulares condiciones. Esta fase de la intervención del profesional suele comprender la exploración y la auscultación del enfermo y, en general la labor de elaborar cuidadosamente la ‘anamnesis’, vale decir, la recopilación de datos clínicos del paciente que sean relevantes.*

*Trátase, ciertamente, de una tarea compleja, en la que el médico debe afrontar distintas dificultades, como las derivadas de la diversidad o similitud de síntomas y patologías, la atipicidad e inespecificidad de las manifestaciones sintomáticas, la prohibición de someter al paciente a riesgos innecesarios, sin olvidar las políticas de gasto adoptadas por los órganos administradores del servicio. Así por ejemplo, la variedad de procesos patológicos y de síntomas (análogos, comunes o insólitos), difíciles de interpretar, pueden comportar varias impresiones diagnósticas que se presentan como posibles, circunstancias que, sin duda, complican la labor del médico, motivo por el cual para efectos de establecer su culpabilidad se impone evaluar, en cada caso concreto, si aquel agotó los procedimientos que la *lex artis ad hoc* recomienda para acertar en él»* (Cas. Civil del 26 de noviembre de 2010; exp. 1999 08667-01, reiterada en el fallo del 15 de junio de 2016, exp. 2005-301-01).

**4.4.6.** Ahora bien, no milita prueba de las aseveraciones de los accionantes cuando sostienen en los hechos decimo y undécimo que el médico perito “Juan Javier y la enfermera jefe Luz Edith

*Cortes (...) les dijo que porque no la habían llevado antes (...) él porque el médico que le había recibido antes, no le hizo una valoración completa...*” (fl. 279 cno 1) en razón que el único medio de convicción decretado y practicado fue la documental que contiene la historia clínica, la que por demás el despacho analizó a espacio y sentó su posición dentro de un sistema de apreciación racional aún imperante que: “No ata a juez con reglas preestablecidas que establezcan el mérito atribuible a los diversos medios probatorios, sino que lo dota de libertad para apreciarlos y definir su poder de convicción, con un criterio sistemático, razonado y lógico, orientado por las reglas del sentido común, la ciencia y las máximas de la experiencia, evaluación que desde luego tiene el deber de justificar, para observar los requisitos de publicidad y contradicción, pilares fundamentales de los derechos al debido proceso y a la defensa” (Cas. Civil del 25 de abril de 2005; exp. 0989, reiterada en fallos del 27 de agosto de 2014; exp. 2006-00439-01 y 23 de junio de 2015; exp. 2008-156-01).

Lo anterior porque si bien los demandados no asistieron a la audiencia del artículo 101 del Código de Procedimiento Civil programada para el 6 de julio de 2016 (fl. 719 cno 2) derivándose las consecuencias previstas en la norma como lo sentó el juzgado cognoscente mediante proveído del 17 de enero 2017 (fls. 728 a 730 *ibidem*), como tampoco al interrogatorio programado el 26 de septiembre de 2019 (fl. 841) pese que se concedió el término de tres días para que justificaran su inasistencia, igualmente con la consecuencia prevista en el artículo 205 del C.G.P., son insuficientes en todo caso para fundar culpa en la atención del paciente, ya que ese efecto jurídico probatorio aparece desvirtuado con las pruebas que reflejan la historia clínica de la menor de edad en la que se demuestra la atención y procedimiento médicos aplicados, sin que se haya allegado prueba alguna demuestra la errada la valoración y deficiente atención medica de los

demandados, pues antes por el contrario es la misma historia clínica de la menor de edad la que permite infirmar la confesión de los demandados ya que demuestra toda la atención médica, tratamiento y medicamento que se le proporcionaron en aras de reestablecer su salud y evitar su muerte, pero a pesar de que se puso a disposición todos los medios a su alcance se produjo el deceso de la menor no por causas imputables a los demandados.

**4.4.7.** Igual suerte corre el único dictamen pericial practicado el cual manifestó con la información disponible en el plenario que la causa de muerte de la menor fue natural, más sin aseverar si el diagnóstico fue errado (fls. 436 a 437 cno 1). Desde otra óptica, si bien en auto del 11 de septiembre de la pasada anualidad este despacho corrigió que el especialista a rendir el dictamen era uno en neumología mas no en neurología, por lo que se dispuso a oficiar a la facultad de medicina de la Universidad Nacional para que designará un perito en la especialidad anunciada al igual que ordenó a las IPS Policarpa y Videlmedica allegar la historia clínica completa (fls. 866 a 867 cno 2); empero, el interesado en la prueba no retiró los oficios numerados 20, 21 y 33 elaborados el 24 de septiembre de 2019 (fls. 870 a 872 *ibidem*) tendientes a recaudar el material probatorio, razón de más para aquilatar la conclusión de este juzgador.

**4.4.8.** Si bien es cierto, la carga de la prueba en los asuntos de responsabilidad médica, está en cabeza de la parte actora, la cual ha venido siendo flexibilizada a raíz de lo que se ha denominado carga dinámica de la prueba, como lo asentó la Corte Suprema de Justicia sala de casación Civil cuando sostuvo que: *"(...) ante el requerimiento de definir la responsabilidad de un profesional de la medicina o del establecimiento hospitalario, la carga probatoria tendiente a acreditar los elementos de la misma queda subsumida, en línea de principio, en las reglas generales previstas en los*

artículos 1604 del C.C. y 177 del C. de P.C., en otros términos, debe ser asumida por parte del actor. No obstante, como lo ha venido señalando la jurisprudencia, a quien, en últimas, le corresponde acometer ese compromiso es aquel litigante que esté en mejores condiciones para la acreditación del hecho a probar. (CSJ, SC 12947 del 15 de septiembre de 2016, Rad. n.º 2001 00339 01; se subraya, reiterada el 19 de diciembre de 2017; exp. 2007-52-01: Mp: Álvaro Fernando García Restrepo), lo cierto es que no se dan cita los presupuestos necesarios, como ya se esbozó pues no hay prueba de la culpa de las demandadas, ya que en este caso se demostró que la pasiva prestó los servicios médicos, tratamiento y medicamentos que se requerían para el tratamiento de las patologías de la menor de edad y si desafortunadamente se produjo su deceso no existe prueba que haya sido por la conducta negligente de los demandados y menos el daño tenga relación causal entre esos dos requisitos. Además que se reitera el actor no cumplió con sus mínimos deberes colaborar con la administración de justicia como se lo impone el numeral 7 del artículo 95 de la Constitución Nacional en consonancia con el numeral 8 del artículo 78 del C. G. del P., para haber tramitados los oficios para el buen recaudo de la prueba pericial decreta y que no se practicó por conducta omisiva de la actora.

**4.4.9.** Finalmente, los interrogatorios recepcionados a los demandantes en diligencia del 26 de septiembre de dicha anualidad, no pueden ser eficaces sino cuando se demuestra confesión, la cual no se presentó y menos para inferir culpa y menos que aparecen demostrados los requisitos de la responsabilidad civil contractual de carácter médico (fls. 889 a 891 *ibidem*).

**5.** Conclusión: los demandantes no demostraron la culpa en el diagnostico hecho el 18 de septiembre de 2004, así como los

exámenes posteriores hasta la muerte de la occisa hayan desatendido la '*lex artis*' médica, en procedimientos, protocolos y demás, toda vez que, se *itera*, el único material probatorio -la historia clínica-, es lo suficientemente sólido para denegar las aspiraciones de los accionantes con la condiga condena en costas.

**6.** Condénese en costas a la parte actora para lo cual se fija la suma de \$ 3.699.600 correspondiente al 1% del valor de las pretensiones conforme al numeral 1.1, artículo 6 del Acuerdo 1883 de 2003 (aplicable para cuando se inició este pleito).

En mérito de lo anteriormente expuesto, el **JUZGADO SEGUNDO (2) CIVIL DEL CIRCUITO TRANSITORIO DE BOGOTÁ, D.C.**, administrando justicia en nombre de la **REPÚBLICA DE COLOMBIA** y por autoridad de la ley,

**RESUELVE:**

**PRIMERO: DECLARAR PORBADAS** las excepciones de mérito denominadas "*ausencia del nexo causal del eventual daño, de cumplimiento contractual y obligación de culpa probada para que exista responsabilidad medica*" por las razones esbozadas en precedencia.

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

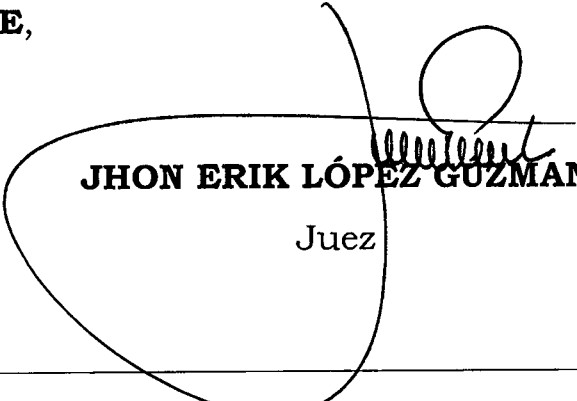
**TERCERO: LEVANTAR** las medidas cautelares practicadas en este asunto. Ofíciase.

**CUARTO: CONDENAR** a los demandantes en costas y agencias en derecho para lo cual se fija la suma de \$3.699.600. Líquidense.

**QUINTO: DECRETAR** la terminación del proceso y en su oportunidad archívense las diligencias.

**NOTIFÍQUESE,**

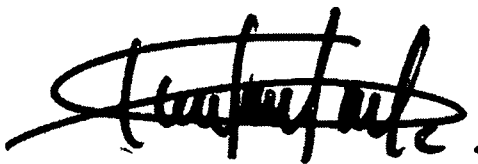
dvd

  
**JHON ERIK LÓPEZ GUZMAN**

Juez

JUZ GADO SEGUNDO CIVL DEL CIRCUITO TRANSITORIO  
DE BOGOTÁ

El auto anterior se NOTIFICA por ESTADO No. 65 en el  
día de hoy ° 4 de NOV.de 2020.



LUZ ADRIANA GUERRERO CABEZAS  
Secretaria