DISTRITO JUDICIAL DE MEDELLÍN

TRIBUNAL SUPERIOR SALA CUARTA DE DECISIÓN CIVIL

MAGISTRADA PONENTE: PIEDAD CECILIA VÉLEZ GAVIRIA

"Al servicio de la justicia

y de la paz social"

S - 031

Procedimiento: Verbal

Demandantes en acumulación: Edgar Enrique Navas Gómez y/o

Demandados: EPS y Medicina Prepagada Suramericana S.A y/o

Radicado Único Nacional: 05001 31 03 017 2017 00691 01

Acumulado: 05001 31 03 001 2019 00030 00

Procedencia: Juzgado Diecisiete Civil del Circuito de Oralidad de Medellín

Decisión: Confirma decisión apelada

Medellín, primero (1º) de marzo de dos mil veintidós (2022)

Cuestión: Se resuelve el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante en acumulación en contra de la sentencia proferida el 14 de septiembre de 2021, por el Juzgado Diecisiete Civil del Circuito de Oralidad de Medellín.

Temas: responsabilidad médica, *lex artis ad-hoc,* culpa, imputación.

Procedente del Juzgado Diecisiete Civil del Circuito de Oralidad de Medellín, por virtud de la apelación interpuesta por la parte demandante en acumulación en contra de la sentencia proferida el 14 de septiembre de 2021, ha llegado a esta Corporación el proceso verbal promovido por Edgar Enrique Navas Gómez en nombre propio y representación de su hija menor Marisol Navas Puerta, Sorelly Mayerly Navas Castaño, Astrid Yamile Navas Castaño y Hellen María Navas Pulgarín en contra de la Fundación Instituto Neurológico

de Colombia (en adelante el Instituto) y la Eps Medicina Prepagada Suramericana S.A (en adelante la EPS o Sura), el cual fue acumulado al proceso instaurado por María Eugenia Ossa Gómez y otros en contra de los mismos demandados, a través del cual los acumulantes pretenden lo siguiente:

> *"Se declare judicialmente que la Fundación instituto Neurológico de Colombia – INDEC y la EPS y Medicina Prepagada Suramericana, son civil, extracontractual y solidariamente responsables, por el daño padecido por los actores (…) causados con la muerte de Nilton Arlex Navas Ossa, quien falleció el 11 de noviembre de 2016 debido a la falla en la prestación del servicio médico asistencial brindado por las accionadas. (sic)*

Lo anterior, para que de manera consecuencial los demandados sean condenados a pagar las siguientes sumas de dinero:

- **Para Edgar Enrique Navas Gómez:** $72.000.000 por concepto de perjuicios morales y una suma igual para compensar el daño a la vida de relación.

- Para cada uno de los demás demandantes: $36.000.000 por concepto de perjuicios morales y una suma igual para compensar el daño a la vida de relación.

Todo lo antedicho tiene fundamento en los hechos que se compendian a continuación y que se han de concretar a la demanda formulada por los recurrentes, en la medida que el proceso con radicado 05001 31 03 001 2019 00030 00 fue acumulado al presente mediante auto del 24 de abril de 2019 (fl. 433 C 1). Luego, como los demandantes principales no apelaron la sentencia de primera instancia, se hace innecesaria cualquier referencia a la causa original. Las pretensiones de los apelantes se fundan, entonces, en lo siguiente:

Que el 10 de noviembre de 2016 el señor Nilton Arlex Navas Ossa *"empezó a presentar en horas de la mañana malestar general, astenias, cefaleas y mialgias"* (fl, 409 archivo pdf 1), por lo cual a las 11:16PM de ese día ingresó

al servicio de urgencias del Instituto en malas condiciones, con incapacidad para caminar, fiebre, sudoración, dolor en la pared costal, disnea y fiebre subjetiva.

Que la médica de turno diagnosticó al señor Navas con "dengue clásico" y le dio "el alta" prescribiéndole una incapacidad de 4 días. Empero, apenas una hora después de salir del centro asistencial, comenzó a presentar vómito, palidez y cianosis (coloración azulada de la piel), todo lo cual lo llevó a consultar por urgencias en el Hospital General de Medellín en compañía de su hermana Luz Mairena, quien lo acompañó hasta allí a las 2:03 AM del 11 de noviembre de 2016 para que le fuera realizado un Angiotac toracoabdominal, con cuya ayuda se le descartó disección de aorta, isquemia mesentérica y tromboembolia pulmonar.

Que al observar los médicos signos de edema pulmonar decidieron pasarlo a sala de reanimación, puesto que había presentado un paro cardiorrespiratorio. En la maniobra de reanimación, entonces, al paciente se le realizó secuencia rápida de intubación, pero presentaba arresto circulatorio, secreciones sanguinolentas y en general no tuvo respuesta adecuada porque acaba de sufrir una asistolia con "pobre sobrevida menor al 2%" (hecho 4.7 fl. 409) a causa de la cual los médicos decidieron suspender la reanimación cardiopulmonar.

Que el paciente no debió ser dado de alta en el Instituto debido a que un adecuado examen de ingreso con apego a la *lex artis,* hubiera servido para que los médicos "identificaran" que se trataba de un paciente con evolución desfavorable hacia las complicaciones más *"temidas del dengue, entre ellas la muerte*", como lo consideró en su momento el perito Edgar Cardona Amariles en dictamen anexo a la demanda, toda vez que el paciente no fue evaluado como lo obligan las guías del Instituto Nacional de Salud la OMS/OPS y no recibió un tratamiento adecuado, lo cual llevó a su deceso el 11 de noviembre de 2016 a las 2:39AM.

Que el Instituto cuenta con servicios de alta complejidad y claramente debía atender al paciente contagiado con dengue, porque esta es una enfermedad "evitable" en un 98% de casos y para ello bastaba realizar *"algunas*

actuaciones que desafortunadamente no se hicieron" (hecho. 2.13), privando así al paciente de la oportunidad de recobrar su salud.

Que en el año 2016, según el boletín epidemiológico de la Secretaría de Salud de Medellín, la ciudad para esa época se encontraba en alerta por el aumento de casos de dengue, y ello obligaba a que se establecieran medidas de prevención y control, entre ellas las que competen a las EPS como garantes de la prestación del servicio de salud.

Que el fallecimiento del señor Nilton generó tristeza y angustia en los integrantes de su núcleo familiar.

RÉPLICA

La demanda fue admitida por auto fechado el 19 de febrero de 2019 (fl 1 pdf 4) proferido por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Oralidad de esta ciudad (donde se radicó originalmente la demanda), y notificados los sujetos que integran la parte demandada procedieron a contestarla de la siguiente manera:

- Eps Sura. (fls. 508 y siguientes pdf acumulado). Comenzó realizando una "precisión previa" sobre la historia clínica del señor Nilton Arlex Navas, pues allí está claro que consultó en el Instituto a las 7:45PM del 10 de noviembre de 2016, no a las 11:26PM como se afirmó en la demanda. Además, aclaró que el diagnóstico fue de *"rinofaringitis aguda y síndrome de la articulación condrocostal"* y, por tanto, el diagnostico de dengue realmente fue apenas una posibilidad porque de conformidad con los exámenes no existía sintomatología que indicara la presencia de esa enfermedad, al punto que a su egreso tenía signos vitales normales, hemoglobina superior a 16 y su recuento de plaquetas arrojó 130.000. Por tanto, adujo que la muerte del paciente tiene causa incierta y no se cuenta siquiera con protocolo de necropsia.

Además, aclaró que el paciente ingresó a consulta en el Instituto en buenas condiciones y orientado, mas que los galenos de inmediato le ordenaron los siguientes estudios: hemograma, hemoglobina, índices eritocitarios, leucograma, índices plaquetarios, morfología electrónica e histograma. Fue

después del análisis de los resultados, siendo ya las 23:16 horas, que el paciente fue dado de alta porque no presentada episodios de fiebre, vómito, presión arterial anormal o dolor torácico, es decir, el alta obedeció a que no presentaba evidencia alguna compatible con el dengue.

De modo que aseguró no tener constancia sobre los síntomas experimentados por el paciente después del egreso del Instituto, pues sólo consta en su historia clínica que el 11 de noviembre de 2016 ingresó al Hospital General y allí se le practicó un Angiotac toracoabdominal para descartar patologías vasculares, muy a pesar de lo cual en momentos posteriores presentó un paro cardiorrespiratorio que le causó la muerte.

Ahora, sobre la procedencia del alta por parte del Instituto, Sura aclaró que en efecto era lo que procedía porque nunca le fue diagnosticado "el dengue", razón por la que el dictamen pericial presentado con la demanda parte de un error esencial consistente en que supuestamente no fue tratada esa enfermedad, debido a que simple y llanamente no hubo diagnóstico confirmado.

Con base en todo lo anterior, propuso las que llamó "excepciones" de "ausencia de solidaridad", "cumplimiento de la EPS de las obligaciones legales y contractuales", "ausencia de causa petendi" y "falta de legitimación en la causa por pasiva", "ausencia de culpa", "indebida tasación de perjuicios inmateriales", "ausencia de nexo causal" y "materialización de un riesgo inherente".

- Fundación Instituto Neurológico de Colombia (fls. 527 y siguientes pdf acumulado). Comenzó alegando que el peritaje aportado con la demanda fue realizado con base en hechos que no constan en la historia clínica del paciente, pues el supuesto diagnóstico de dengue se tomó como cierto porque así lo informó la señora Luz Mairena Navas Ossa sin ningún soporte científico, al punto que para los médicos del instituto fue apenas una "impresión diagnostica", lo cual da cuenta de la imprecisión con que fue realizado el análisis médico por parte de un profesional que no es especialista en medicina de urgencias.

Por tanto, argumentó que con su contestación aportaría los dictámenes del médico urgentólogo Enrique Arango Cadavid y el internista Ricardo Restrepo, amén del concepto del Dr. Alejandro Cardozo, también médico especialista en urgencias, quienes concluyeron que la muerte del señor Nilton Navas Ossa tiene causa desconocida y que, en todo caso, la atención brindada por el Instituto fue la adecuada.

Ya con respecto a los hechos de la demanda, aseguró que el señor Nilton en realidad no ingresó "en malas condiciones", ya que la historia clínica relata que ingresó sin fiebre, sudoración o dificultad con lo anterior. Simplemente ingresó con un cuadro clínico de 8 horas de evolución consistente en dolor a nivel de la reja costal de moderada intensidad que mejoró con el paso del tiempo, y en todo caso los exámenes arrojaron unas condiciones regulares y una temperatura normal de 37.5 grados centígrados, como consecuencia de lo cual se le diagnosticaron las siguientes patologías: *"Rinofaringitis aguda (resfriado común) (JOOX) y síndrome de la articulación condrocostal*".

Esos síntomas, entonces, no eran compatibles o indicativos de que el paciente sufriera dengue y por eso nunca se llegó a ese diagnóstico, máxime cuando los paraclínicos sugerían un manejo ambulatorio que de "lejos" no ameritaba hospitalización o preocupación por la muerte del paciente, ya que hasta ahora ni siquiera se conocen las causas del deceso porque la familia no permitió el estudio forense y las tomografías descartaron presencia de tromboembolismo pulmonar, disección de la aorta e isquemia mesentérica.

En atención a lo dicho, el Instituto aseguró que su conducta estuvo ajustada a los protocolos médicos y por esa razón no le era atribuible responsabilidad alguna desprendida de atenciones posteriores, como la llevada a cabo en el Hospital General, en la medida que no participó directamente en la revisión del paciente después de que egresó en buenas condiciones de salud. Cosa diferente es el deterioro súbito del paciente, que para nada se corresponde con el cuadro de egreso.

Ahora bien, aseguró que aunque se aceptara el diagnóstico de dengue lo cierto es que el paciente se ubicaba en el "grupo A", debido a que su recuento plaquetario era mayor a 100.000 y todas las guías médicas vigentes prevén un manejo ambulatorio con hemograma de control dentro de las 24 o 48

horas, el cual se le practicó al paciente en conjunto con un electrocardiograma y otros paraclínicos que arrojaron unos resultados de normalidad para los síntomas cursados, al punto que era procedente el alta del señor Nilton al no presentar trombocitopenia u otros síntomas como los relatados en la demanda.

Con base en todo lo anterior, propuso las que llamó "excepciones" de "ausencia de responsabilidad por parte del Instituto", "ausencia por culpa", "ausencia de nexo causal" e "indebida tasación de perjuicios".

DE LOS LLAMAMIENTOS EN GARANTÍA

- El Instituto llamó en garantía a Seguros del Estado S.A y la EPS Sura llamó en garantía al Instituto. Por tanto, de ser necesario y procedente, la Sala estudiará esas causas revérsicas de manera individual.

SENTENCIA IMPUGNADA

Trabada la relación procesal, se dictó sentencia en la que se resolvió lo siguiente:

> *"PRIMERO. Desestimar las pretensiones formuladas en demanda principal por MARÍA EUGENIA OSSA GÓMEZ en nombre propio y en representación de ANDRÉS FELIPE NAVAS OSSA y por la señora LIZ MAYRENA NAVAS OSSA en contra del INSTITUTO NEUROLÓGICO DE ANTIOQUIA, EPS MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A. y SEGUROS DEL ESTADO S.A. y a la vez que se desestiman las pretensiones revérsicas o del llamamiento en garantía formuladas en contra de SEGUROS DEL ESTADO.*
>
> *SEGUNDO. Desestimar las pretensiones formuladas en Demanda de Acumulación por EDGAR ENRIQUE NAVAS GÓMEZ en nombre propio y representación de MARISOL NAVAS PUERTA, SORELLY MAYERLY NAVAS CASTAÑO, ASTRID YAMILE NAVAS CASTAÑO y HELLEN MARÍA NAVAS PULGARIN en contra de la FUNDACIÓN INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA y la EPS MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.*

TERCERO. Se condena en costas a la parte demandante y a favor de la parte demandada, fijando como agencias en derecho la suma de Tres Millones De Pesos ($3.000.000) a favor de cada uno de los demandados."

Para decidir de la manera como lo hizo, el *a-quo* partió afirmando que no era necesario realizar reseña alguna sobre los hechos de la demanda y su contestación, de conformidad con el artículo 280 del C.G.P, dicho lo cual afirmó que se encontraban reunidos los presupuestos procesales.

Pasó entonces a realizar algunas consideraciones sobre la responsabilidad civil y en especial en la que incurren los profesionales de la salud, indicando que sus fundamentos son el hecho, el daño, el nexo causal y una calificación subjetiva de la conducta conocida como culpa, cuya prueba corresponde a la parte demandante.

Dijo además que en la responsabilidad médica tiene especial importancia el concepto de lex artis, es decir, la conducta esperada del profesional médico, de acuerdo con los cánones establecidos por el ramo de la medicina, y citó como ejemplo las guías médicas avaladas por grupos médicos o protocolos establecidos por la OMS y el Instituto de Salud, puesto que en este caso la demanda se basa en la supuesta desatención de los protocolos médicos, esto es, en la violación de reglamentos. Citó, además, las normas relativas a la acción directa y al llamamiento en garantía, para aclarar que *"aquí hay acción directa y llamamiento en garantía, por lo cual también debe demostrarse la ocurrencia del siniestro, el cual no es más que la responsabilidad del asegurado."*

Pasó entonces a citar el artículo 167 del C.G.P, que prevé el *onus probandi*, para afirmar que se deben *"establecer premisas a fin de establecer con el análisis probatorio si en efecto fueron probadas y de allí se derivan las conclusiones"* (sic). A partir de ello se refirió a los factores de imputación, hecho séptimo de la demanda o primera premisa de la parte demandante, relativo a que la muerte del señor Nilton Navas obedeció a un dengue grave, para cuya prueba se trajo al proceso un dictamen percial que concluyó que el deceso había sido sucedido a causa de un choque por dengue y eso era lo que debía probarse.

Sobre ese dictamen el juez hizo notar, también, que a juicio del perito supuestamente no se observaba en la historia clínica del Instituto ninguna nota de egreso, pero en efecto sí existía esa anotación, por lo cual se detectó una *"primera contradicción y poco a poco comienza a minar la credibilidad del experticio"*

Resaltó otras premisas de la demanda: i) el paciente no fue evaluado de conformidad con las guías del Instituto Nacional de Salud; ii) el paciente tenía dos síntomas de alarma compatibles con dengue, la disminución de la diuresis y el compromiso renal; iii) mal diagnóstico y por tanto mal procedimiento. iv) se dio el alta sin realizar las pruebas básicas de dengue porque era mandatorio según el hecho 14 del libelo. La demanda acumulada, además, dice que los hechos base de la responsabilidad son: i) el paciente presentaba incapacidad para caminar, fiebre, sudoración y dolor en la pared costal; ii) no se le realizó adecuado examen de ingreso, se desconoció la literatura y la lex artis; iii) no fue evaluado conforme las guías de la OMS y el INS; iv) la atención no fue adecuada o no estuvo ceñida a la literatura; v) menosprecio de los protocolos médicos.

Aseguró que a los demandantes les correspondía probar todas esas premisas fácticas, para estudiar lo cual comenzó con el análisis del dictamen pericial aportado con la demanda, sobre el cual dijo que eran importantes las respuestas a las preguntas 7, 11, 12, 13, 14 y 19, porque allí se afirma que el paciente no fue adecuadamente atendido, no hubo nota de egreso que no es verdad porque en la historia clínica se hizo esa nota (fl. 12), amén que esa historia la aportó la propia parte demandante y ya no la puede desconocer. Además, la Dra. María Alejandra Rubiano describió un clínico de dolor costal, sensación de disnea y fiebre subjetiva, que mejoró en horas porque el paciente refirió sentirse mejor, negó dolor abdominal, dolor toráxico y negó sangrado. De modo que según la historia clínica del Instituto salió un paciente hidratado, sin dolor en palpación del abdomen, sin edemas en extremidades.

Por otro lado, mencionó el resultado del hemograma practicado al señor Navas, en el que se observaba un recuento de plaquetas de 134.000, muy superior al valor que manifestaron todos los demás peritos como signo de alarma para dengue, pues estos hablaron de un nivel inferior a 50.000 como

signo de alerta para que proceda la hospitalización, la cual no era viable porque el paciente negó vómito y dolor abdominal.

Criticó, por otro lado, la respuesta brindada por el perito Cardona Amariles a la pregunta número 12, como quiera que allí se dijo que el paciente cursaba con un dengue grave y evolucionó hacia el choque, muy a pesar de que brilla por su ausencia el examen médico que corroborara el diagnóstico y de que los familiares del señor Nilton no permitieron la práctica de una necropsia. Entonces, la seriedad del dictamen no se reprocha por la idoneidad del perito, sino por los datos dejados de observar, porque no vio las notas de la historia clínica y aunque diferenció entre impresión diagnostica y diagnóstico, afirmó que el paciente tenía dengue, lo cual desmintieron los peritos y testigos de los demandados, porque al unísono dudaron del diagnóstico por la rápida evolución. Luego, el hecho base del dictamen no está probado, por ende las conclusiones no son certeras y bajo ese andamiaje se soportó la demanda, es decir, bajo una premisa falsa.

Con respecto a la respuesta a la pregunta número 13, en la que se dijo que el paciente no debía ser dado de alta porque evolucionaba desfavorablemente, tenía caída de plaquetas y de temperatura, disminución de diuresis y compromiso renal, el Juez resaltó con base en el testimonio de la Dra. María Alejandra Rubiano Arena, que el señor Navas en ningún momento mencionó estar deshidratado o tener disminución de la diuresis, y aunque la médica contempló lo que mencionó su hermana, en ninguna de sus entrevistas anunció disminución de diuresis, dado que a folio 250 del cuaderno físico simplemente se lee que cursaba con un cuadro de 8 horas dolor rejo costal, sensación de disnea y fiebre subjetiva.

Misma crítica se hizo de la respuesta a la pregunta número 14 vinculada con los criterios para el alta, porque los peritos y testigos de la parte demandada concluyeron que sí cumplía con todos los criterios. Es más, 5 expertos señalaron que el alta procedía y debía darse. En adición, según el perito de la parte demandante, con criterios de alta o no, en todo caso la atención había sido inadecuada (respuesta a pregunta 19), pero al mismo tiempo aceptó que en el caso estudiado el paciente de manera rara se complicó demasiado rápido, igual que opinaron los peritos de los demandados y con lo cual se abre paso la teoría de la imprevisibilidad, en tanto que los peritos y los testigos no

se explican cómo evolucionó tan rápidamente la enfermedad del paciente, fue repentino o tórpido.

Continuó el Juez poniendo de presente una "tamaña contradicción", porque según la demanda la atención fue indebida debido a que se desatendió que el conteo de plaquetas contraindicaba el alta y, sin embargo, después dijo el experto que el rango plaquetario permitía enviarlo a casa para un manejo ambulatorio. Esto, indicó el juzgador, bastaría para desvirtuar el dictamen pericial y los hechos base de la demanda, pero anunció que de igual manera se adentraría más en el asunto ya que en realidad hubo dos notas de egreso y se entregó al paciente la historia clínica completa, desprendido de lo cual, aplicando el contenido del artículo 280 del C.G.P, resultaba cuestionable que al perito no se le hubiera entregado copia de los resultados. Eso es un indicio en contra de la parte demandante, habida cuenta que hay ausencia de información para rendir la experticia en tanto que se afirmó que no se habían practicado exámenes de sangre, cuando en realidad ello sí ocurrió (fl. 253).

También resultó inadecuado para el *a-quo* que el perito desestimara por completo las manifestaciones del propio paciente para "mandarlo para la casa", dado que desconoce una lógica simple ya que ese es uno de los criterios para dar de alta, por lo menos uno, porque el paciente es el que refiere los síntomas. Además, reprochó que para esas consideraciones hubiera tomado los insumos para su dictamen de la demanda y los dichos de una hermana, creando así un "manto de duda" que se extendía hasta el análisis de los paraclínicos mismos, habida cuenta que a pesar de sus afirmaciones sobre una errónea interpretación del hemograma, también dijo que *"el muchacho se murió muy rápido y nunca había visto morir a un paciente de dengue",* juicio en el que de todas maneras desconoció los marcos de referencia de cada laboratorio. Entonces, reprocha que no se miraron los exámenes y que la clínica es más importante, eso es una contradicción.

Entró el Juez en las pruebas aportadas por la parte demandada, aunque a su entender la falta de rigor en el peritaje de la parte demandante era suficiente para negar las pretensiones. Comenzó, por ende, analizando la sustentación de los peritos Juan Arango Cadavid y Ricardo César Restrepo (dos peritajes traídos por sujetos diferentes sin "violación del artículo 226 del C.G.P). De allí concluyó que la conducta de los médicos fue adecuada. Particularmente,

destacó que el Dr. Arango en la contradicción respondió que no sabía por qué cambió la condición clínica, a pesar de que en principio ningún signo indicaba necesidad de hospitalización, al punto que los exámenes no daban cuenta de alerta alguna y no era necesario repetirlos porque apenas habían pasado unas cuantas horas. Además, ese mismo médico fue enfático en afirmar que él también habría recomendado el alta.

Citando las demás pruebas, finalmente, el Juez se refirió a las declaraciones de los médicos Eduardo Cardona Vélez y María Alejandra Rubiano. El primero recibió al señor Nilton en el Hospital General y no observó alerta en los exámenes practicados en el Instituto, al punto *"que si él tuviera esos resultados, daría de alta con recomendaciones"* y *"le pareció inusitada la evolución del paciente, en caso de que tuviera dengue incluso… para él la hospitalización … era un cuadro de 8 horas era difícil que el examen detectara el dengue aunque esa prueba se hubiera practicado… para la edad del paciente el hematocrito estaba normal, no había deshidratación. Fue un cuadro demasiado agudo."* (sic)

Sobre la doctora María Alejandra Rubiano recordó que fue ella quien le dio de alta, manifestando en su declaración que a lo sumo su impresión diagnóstica alcanzaba para categorizar al paciente en el grupo A, ya que fue él quien manifestó sentirse mejor y los exámenes estaban normales. Dijo el Juzgador sobre esa declaración: *"el paciente caminaba y no tenía edemas, no estaba hipotérmico y atendió la guía del INS y no había alertas de dengue… así lo documento en el egreso y fue firmado por el paciente. Por las pocas horas de evolución el examen tampoco habría arrojado resultado confiable de dengue."* (sic)

IMPUGNACIÓN

Inconforme con la decisión **la parte demandante en acumulación** se alzó en su contra, alegando como reparos concretos los que pasan a individualizarse **(en audiencia).**

PRIMERO: *"evidentemente hay un error de hecho por el desconocimiento de una prueba técnica, como lo es el dictamen pericial* (el rendido por el Dr. Edgar Hernando Cardona Amariles)*, una valoración inadecuada de esa*

prueba." Los argumentos en que se sustenta la alegada indebida valoración de esa prueba son los siguientes:

- al paciente le dieron el alta médica estando contraindicado hacerlo

- según el Juez sí existe una nota de egreso y ello no es cierto, toda vez que la "*nota es una simple anotación realizada por una enfermera"* (sic) y debe ser realizada por el médico quien debe informar datos relevantes, tales como estado de salud y diagnóstico final. No es una imprecisión del perito y no debe ser valorado como indicio en su contra. *"Es más, una enfermera no cuenta con el conocimiento para hacer la nota de egreso."*

- afirmó el Juez que no se hizo examen de dengue, pero el perito que suscribió el dictamen anexo a la demanda y el Dr. Ricardo César Restrepo aseguraron que el dengue puede ser diagnosticado sólo con la clínica, es decir, con base en la sintomatología.

- *"se dice que el paciente no refirió deshidratación",* pero si esos síntomas son signos de alarma en el dengue ¿por qué María Alejandra Rubiano no indagó al paciente o a su hermana? ¿cómo podía saber Nilton que orinar menos o presentar sed era signo de alarma? Además, el perito Cardona consideró extraño que esos síntomas no fueran tenidos en cuenta.

- *"el perito no dijo que los resultados del hemograma o hematocrito hacían falta"*, porque él se refería era a los exámenes de control, *"no los exámenes que si se le realizaron. Además, cuando indica que sería bueno ordenarlos, claramente se refería no solo a ordenarlos, sino a practicarlos antes de dar el alta, y no antes del alta de las 11:36 de la noche, sino a dejarlo hospitalizado y luego de un tiempo prudencial realizar esos exámenes de control, y sobre este tiempo prudencial la misma doctora María Alejandra indicó que en pacientes hospitalizados esos exámenes se realizan cada 6 a 12 horas, y si los primeros exámenes fueron realizados al ingreso del paciente al INDEC, los de control pudieron hacerse antes de su agravamiento, con lo que se pudo haber alertado su agravamiento."* (sic)

- según el Juez todos los peritos y testigos concluyeron que una alerta estaba indicada cuando las plaquetas fueran menores a 50.000. Este signo o síntoma o resultado no puede ser considerado aisladamente, así lo manifestó el perito Cardona en el dictamen y en la contradicción. Fue una valoración aislada, porque además el experto no se contradijo como aseguró el Juez, debido a que sus manifestaciones fueron descontextualizadas. Particularmente, el experto realmente dijo "que ese valor de 134.000 plaquetas no ameritaba hospitalización y que con ese único resultado él también habría mandado a Nilton para la casa, pero que los demás signos o síntomas de alerta indicaban la improcedencia del alta.

- duda el *a-quo* también de lo dicho por el perito porque indicó que el dolor de cabeza lo supuso y no lo "sacó" de la historia clínica, pero fue la parte demandada la que le indujo esa respuesta, fue confundido en el interrogatorio. Empero, en la historia sí reposa ese dato.

- supuestamente el perito desconoció los valores de referencia del laboratorio del INDEC, pero este señaló que los resultados estaban justo en el límite y que no eran normales 100%.

SEGUNDO: en la sentencia se menciona que todos los peritos y testigos dudan del diagnóstico del dengue, pero todos, a excepción del médico del Hospital General que desafortunadamente atendió al paciente a su llegada, son unánimes al afirmar que el hemograma sí era compatible con esa enfermedad. En otras palabras, todos lo afirman pero no se aventuran a confirmarlo como diagnóstico,

TERCERO: fundamento del fallo fue también la idoneidad de los médicos que sirvieron de testigos. No obstante, como atendieron al paciente *"es improbable que vengan a declarar que sí cometieron un error"*

DE LA SUSTENTACIÓN EN ESTA INSTANCIA (DECRETO 806 DE 2020)

El recurso de apelación fue admitido mediante auto fechado el 4 de octubre de 2021 (notificados por estados del día 6 siguiente) y, conforme lo regla el

artículo 14 del decreto 806 de 2020, la parte apelante allegó en término (13 de octubre) vía correo electrónico el memorial de sustentación, con el cual se acompañó constancia de haber agotado el trámite previsto en el parágrafo del artículo 9º del decreto 806 de 2020.

En el mentado memorial la parte recurrente aseguró que *"que con las pruebas debidamente decretadas y practicadas en el proceso se demostró que los médicos del INDEC incurrieron en una evidente culpa grave, toda vez que la negligencia e impericia en su actuar profesional es evidente, en especial por la desatención y el no cumplimiento de las guías médicas, al haberle dado de alta con evidentes síntomas y signos propios de un dengue grave, poniendo la vida de su paciente en riesgo"*. Para fundar su postura, desarrolló los argumentos vinculados con la valoración del dictamen rendido por el médico Edgar Hernando Cardona Amariles, puntualmente en cuanto a lo siguiente:

- *"el paciente no debía ser dado de alta […] la evaluación médica fue insuficiente para identificar que se enfrentaban a un paciente que evolucionaba desfavorablemente hacia las complicaciones más temidas del dengue, entre ellas la muerte. El paciente tenía dos signos de alarma, la caída de las plaquetas y de la temperatura, sin mencionar la disminución de la diuresis y el compromiso renal que no fueron evaluados en el servicio de urgencias"*

- el tiempo de observación del paciente fue muy corto.

- *"el diagnóstico desde un principio no fue preciso, pues si bien se sospechó en el INDEC un dengue, nunca se confirmó y mucho menos se determinó el estado de ese dengue, el cual como bien está demostrado estaba en una fase crítica. Es que la conducta médica acertada hubiera sido dejar al paciente hospitalizado, en observación constante, realizarle exámenes para confirmar el diagnóstico y su fase, como pruebas de función renal y hepática"*

- la sintomatología del paciente no le "pareció" extraña a los médicos del instituto.

Por otro lado, cuestionó los dictámenes de los médicos Juan Enrique Arango

Cadavid y Ricardo César Restrepo y el testimonio del Dr. Eduardo Cardona Vélez. Sobre el primero dijo que el perito no había tenido acceso a la historia clínica completa y *"claramente demuestra que el perito conceptuó fue sobre la atención en el HGM, y se insiste no en el INDEC. Es que nótese que el perito ni siquiera conocía la impresión diagnóstica de dengue que le realizaron en el INDEC, y cuando se le preguntó que si con la historia clínica adicional que se le puso de presente en la contradicción su concepto sería diferente, él no dudo en indicar que SI, que los conceptos rendidos en su dictamen hubieran variado si hubiera tenido acceso a la historia clínica que se le puso de presente durante la contradicción"* (sic escrito sustentación).

Sobre el segundo experto aseguró *"que es claro que el perito no tuvo en cuenta omisiones como el no practicar exámenes de función renal y hepática, omisiones estas que demuestran la parcialidad del perito, sin contar además que era el perito con menos experiencia de los tres (3) que rindieron dictamen en esto proceso".*

Finalmente, sobre el testimonio en mención, el del Dr. Cardona Vélez adscrito al Hospital General, recordó que *"éste manifestó que la administración de diclofenaco está contraindicada para pacientes con dengue porque su efecto adverso incrementa el riesgo de sangrados, medicamento que ya había sido suministrado. Es claro entonces que este solo hecho representa un indicio de la mala praxis, pues pudo ser este solo medicamento lo que aumentó o aceleró mejor el deterioro del paciente"* (sic escrito sustentación).

Por su parte, Sura EPS, el Instituto y Seguros del Estado S.A se pronunciaron solicitando la confirmación de la sentencia apelada, como quiera que a su juicio no estaban reunidos los presupuestos axiológicos de la pretensión. También, la última sociedad en mención insistió en que *"no formuló ningún reparo en contra de la sentencia de primera instancia, relacionado con la decisión del despacho de no tener por demostrado el nexo causal como elemento axiológico de la responsabilidad civil profesional que se discute en este proceso."*

En ese mismo sentido se pronunció el Instituto, para insistir en que *"(S)i bien con la ausencia de culpa en el actuar medico bastaría para confirmar la sentencia en su integridad, tenemos que la parte demandante tampoco logró*

probar el nexo de causalidad entre el fallecimiento del señor NAVAS y las actuaciones del INSTITUTO NEUROLÓGICO, no solo porque la atención fue la adecuada, sino porque los dictámenes periciales y las declaraciones técnicas fueron claras en indicar que se desconoce la causa de la muerte del paciente, Maxime se si tiene en cuenta que científicamente no es usual que un dengue evolucione tan velozmente a tal punto que en solo 4 horas genere la muerte."

PROBLEMAS JURÍDICOS

Teniendo en cuenta lo decidido y argumentado por la juzgadora de Primer Grado, amén de los reproches de la parte apelante y su réplica, en los siguientes términos pueden plantearse los problemas jurídicos que debe abordar la Sala en esta ocasión:

> ¿Puede el Tribunal abordar todos los argumentos que hacen parte de la sustentación del recurso de apelación?

Superado lo anterior, deberá la Sala determinar si en efecto

> ¿Deben prosperar las pretensiones por estar acreditados sus presupuestos axiológicos, como lo sostienen los apelantes? o, como lo concluyó el Juez ¿deben negarse por no concurrir los mentados presupuestos axiológicos, especialmente los denominados "culpa" y "nexo causal"?

Además, por ser transversal a esos problemas, la Sala debe determinar si

> ¿Fue indebida la valoración probatoria con respecto al dictamen rendido por el Dr. Edgar Hernando Cardona Amariles?
>
> ¿Valoró el Juez de forma inadecuada las afirmaciones del perito Ricardo César Restrepo, vinculadas con la sintomatología del paciente y la supuesta sugerencia de la enfermedad por dengue?

Superado el trámite correspondiente al recurso, corre la oportunidad de resolver y a ello se procede con base en las siguientes,

CONSIDERACIONES

1. La regulación del recurso de apelación en el C.G.P

Es claro que el recurso de apelación de sentencias interpuesto con posterioridad a la vigencia del decreto 806 de 2020 se rige por las disposiciones del Código General del Proceso, con las puntuales modificaciones introducidas por aquél que, básicamente, tocan con su trámite ante el *ad-quem* y con la forma en que se decide, como pasa a verse.

La regulación del recurso de apelación en el Código General del Proceso está contenida del artículo 320 al art. 330, y específicamente la apelación de sentencias comprende varios momentos: el primero es el de su interposición, el cual tiene que darse de manera verbal, inmediatamente después de pronunciada si fue emitida en audiencia, debiendo el juez resolver sobre su concesión al finalizar la audiencia, aunque no se hubiesen señalado allí los reparos concretos: *"(E)l juez resolverá sobre la procedencia de todas las apelaciones al finalizar la audiencia inicial o la de instrucción y juzgamiento, según corresponda,* ***así no hayan sido sustentados los recursos****."* (negrillas fuera del texto original. Art. 322-1)

El segundo momento es el señalamiento de los reparos concretos, lo que, conforme al segundo inciso del numeral 3º del artículo 322 puede hacerse al momento mismo de interponer el recurso en audiencia, o dentro de los tres (3) días siguientes a su finalización. Señalamiento de reparos que supone precisar brevemente los reproches que se hacen a la decisión y "*sobre los cuales versará* ***la sustentación que hará ante el superior".*** Si no se señalan los reparos concretos en la forma y oportunidad previstas, el juez de primera instancia declarará desierto el recurso.

Ahora, esos reparos tienen que embestir lo que constituye la base de la decisión, pues solo así podría esperarse que el superior la reforme o revoque, como lo expresa art. 320 inc. 1º del citado estatuto: *"(E)l recurso de apelación tiene por objeto que el superior examine la cuestión decidida,* ***únicamente en relación con los reparos concretos formulados por el apelante****, para que el superior revoque o reforme la decisión…".* Y ello es así debido a la limitante que a la competencia del juzgador *Ad-quem* impone el mismo

estatuto, este no puede abordar oficiosamente aspectos no reparados por el apelante, salvo que se trate de asuntos sobre los cuales deba el superior pronunciarse oficiosamente (art. 328 C.G.P.).

El tercer momento es el de la sustentación, el cual, por mandato imperativo de la ley tiene que surtirse ante el superior, so pena de que este lo declare desierto (cuarto inciso del ordinal 3º del art. 322). Luego, recibido el expediente por el superior, se procede al examen preliminar de que trata el artículo 325 del citado estatuto, al cabo del cual, si no encuentra cumplidos los requisitos para que se hubiese concedido, lo declarará inadmisible y devolverá el expediente al despacho de origen. En caso contrario, lo admitirá.

1.1. De las modificaciones introducidas en la materia por el decreto 806 de 2020

Sea lo primero destacar que entre los considerandos del mentado decreto se lee:

> *"(Q)ue este marco normativo procurará que por regla general las actuaciones judiciales se tramiten a través de medios virtuales y excepcionalmente de manera presencial. Por lo que se debe entender que las disposiciones de este decreto complementan las normas procesales vigentes,* ***las cuales seguirán siendo aplicables a las actuaciones no reguladas en este decreto".***

Ya en lo referente al recurso de apelación de sentencias, el art. 14 es del siguiente tenor, en lo pertinente:

> *"(A)pelación de sentencias en materia civil y familia. El recurso de apelación contra sentencia en los procesos civiles y de familia, se tramitará así:*
>
> *(…)*
>
> *"Ejecutoriado el auto que admite el recurso o el que niega la solicitud de pruebas, el apelante* ***deberá sustentar*** *el recurso a más tardar dentro de los cinco (5) días siguientes. De la sustentación se correrá traslado a*

la parte contraria por el término de cinco (5) días. Vencido el término de traslado se proferirá sentencia escrita que se notificará por estado. ***Si no se sustenta oportunamente el recurso, se declarará desierto.***

Si se decretan pruebas, el juez fijará fecha y hora para la realización de la audiencia en la que se practicaran, se escucharan alegatos y se dictará sentencia. La sentencia se dictará en los términos establecidos en el Código General del Proceso."

De suerte que sólo modificó el citado cuerpo normativo lo atinente a la forma de sustentar y decidir el recurso que, para los interpuestos a partir de su vigencia, ya no sería oral en audiencia (salvo si se decretan pruebas), sino por escrito presentado a través de medios virtuales, dentro de los cinco días siguientes a la ejecutoria del auto que lo admite o del que niegue la solicitud de pruebas. No se modificó el contenido de la sustentación que, entonces continúa regido por el inciso final del artículo 327 del C.G.P. conforme al cual "*(E)l apelante deberá sujetar su alegación* ***a desarrollar*** *los argumentos expuestos ante el juez de primera instancia*". Tampoco se modificó la consecuencia que se deriva del incumplimiento de la susodicha carga.

De lo visto se sigue que no es sustentación del recurso lo que se hubiese esgrimido ante el *a-quo* en la oportunidad prevista por el artículo 322 numeral 3- segundo inciso C.G.P; lo hasta allí actuado no constituye más que el señalamiento de los reparos concretos. La sustentación es el tercer paso en la regulación de la apelación de sentencias, la cual, por mandato legal, tiene que surtirse **en principio** ante el superior, debiéndose precisar además que consiste en ampliar, extender, ensanchar, explicar, perfeccionar, esclarecer, en fin, **DESARROLLAR** los argumentos expuestos ante el a-quo, sin desbordar los reparos concretos señalados en oportunidad, que por demás tienen que referirse, obviamente, a lo que constituyó el sustento de la decisión atacada. Y es esa disertación así hecha ante el superior, lo que otorga a la vez que define la competencia de este para decidir, conforme al artículo 328, que tampoco fue modificado por el citado decreto 806.

Empero, lo anterior debe entenderse en armonía con lo considerado por la Corte en la sentencia STC5569-2021 del 19 de mayo de este año[1], en la que recogió la postura que venía sosteniendo desde la sentencia STC3472-2021 (7 abril, rad. 00837-00), en tanto que cuando se trata de recursos de apelación interpuestos y tramitados en vigencia del decreto 806, la mayoría de los Honorables Magistrados que integran esa Corporación consideró lo siguiente:

> *"en vigencia del Código General del Proceso, declarar desierta la apelación cuando la parte recurrente deja de asistir ante el ad-quem a sustentarla, tiene fundamento exclusivo en el sistema de oralidad que gobierna el comentado estatuto (criterio respaldado por la Corte Constitucional en SU-418/19), al devenir improbable la sustitución de las intervenciones orales por escritas;* ***sin que, por obvios motivos, tal razonamiento tenga cabida cuando en el rito respectivo prevalece lo escritural, como sucede con la vigencia del decreto 806 de 2020, al estarse aquí frente a una formalidad innecesaria en caso de haberse sustentado desde la primera instancia****, merced a que esta última norma, insístase, no busca velar por la oralidad"* (negrillas fuera del texto original)

Luego, cuando al momento de introducir el recurso el apelante no solo exprese los reparos concretos en contra de la sentencia de primera instancia, sino que los **sustente** a través de una suficiente exposición ante el *a-quo,* se abre paso para que en segunda instancia se desate la alzada porque así se cumpliría la carga de que trata el inciso final del artículo 327 del C.G.P, ahora en armonía con el entendimiento jurisprudencial de lo preceptuado por el artículo 14 del decreto 806 de 2020.

2. De la responsabilidad civil del médico y la solidaridad de la institución a que está adscrito

Al profesional de la salud le es exigible una especial diligencia en el ejercicio de su actividad acorde al estado de la ciencia y el arte -*lex artis ad hoc-,* sobre

---

[1] Corte Suprema de Justicia, Sala Civil. *Sentencia de tutela STC5569-2021 del 19 de mayo de 2021.* Radicado 11001-02-03-000-2021-01407-00. M.P. Aroldo Wilson Quiróz Monsalvo.

él gravitan prestaciones concretas sin llegar a un extremo rigor de catalogarla como el ejercicio de una actividad peligrosa, en consideración a la notable incidencia de la medicina en la vida, salud e integridad de las personas; en este contexto la responsabilidad del médico, por regla general, no puede configurarse sino en el ámbito de la culpa probada – asentado en una responsabilidad subjetiva –, desde luego no como aquel error en el que no hubiese incurrido una persona prudente y diligente en iguales circunstancias en las que se encontraba el agente que causó el daño, sino en razón de aquellas obligaciones y deberes de conducta específicos que le son exigibles a un profesional.

Sobre el particular, la jurisprudencia del Tribunal de cierre de la justicia ordinaria, tratando el tema de las obligaciones y los deberes que los galenos asumen, ha señalado de forma invariable, lo siguiente:

> *"(…) Con relación a las obligaciones que el médico asume frente a su cliente, hoy no se discute que el contrato de servicios profesionales implica para el galeno el compromiso si no exactamente de curar al enfermo, sí al menos de suministrarle los cuidados concienzudos, solícitos y conformes con los datos adquiridos por la ciencia, (…). Por tanto, el médico tan sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo; de suerte que en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación".*[2]

Por lo tanto, la responsabilidad civil médica, como especie de responsabilidad profesional que es, está sujeta a los deberes y obligaciones que tal profesión demanda, de ahí que si en las fases de prevención, pronóstico, diagnóstico, intervención, tratamiento, seguimiento y control, se causa daño, demostrados los demás presupuestos necesarios para toda responsabilidad civil, hay lugar a la indemnización plena de los perjuicios.

Con todo, es claro entonces que las acciones indemnizatorias que van dirigidas frente al proceder de un profesional de la salud, están gobernadas por el

---

[2] Corte Suprema de Justicia. Sentencia de casación del 30 de enero de 2001. Ex. 5507. M.P. José Fernando Ramírez Gómez.

principio probatorio que establece el artículo 167 del Código General del Proceso, por lo que es carga del demandante acreditar sus elementos estructurales, entre ellos, la culpa del facultativo y el nexo causal entre el acto médico y el daño.

Finalmente, aclárese que es invariable la línea en la cual se sostiene que tratándose de daños causados en el desarrollo de la prestación del servicio de salud, en cuyo entramado participan Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de Salud, Clínicas, hospitales y médicos,[3] **cuando se ocasiona el daño por varias personas o, en cuya causación intervienen varios agentes o autores, todos son solidariamente responsables frente a la víctima** (art. 2344, Código Civil)

Esa postura se viene sosteniendo incluso desde que la **Corte Suprema de Justicia mediante la Sentencia de Casación del 30 de enero de 2001 (Ex. 5507 M.P. José Fernando Ramírez Gómez)** entendió que la actuación del galeno hace solidariamente responsable a la clínica u hospital al cual se adscribe, en atención a los deberes *in eligendo* e *in vigilando* que nunca le dejan de ser obligatorios por el solo hecho de no ejecutar materialmente la atención médica

Además, la línea decisoria pasa, entre muchas otras, por las sentencias del 11 de septiembre de 2002 (M.P José Fernando Ramírez. Exp 6430), 17 de noviembre de 2011 (M.P. William Namén Vargas Ref. 1999-00533-01), 18 de mayo de 2005 (M.P. Jaime Alberto Arrubla Paucar. Exp. 14415), y se recoge en la proferida el 30 de septiembre de 2016 en cuyo texto así se explican magistralmente las razones que la sostienen:

> *"(E)l rompimiento de los moldes clásicos en los que se enmarcaba el ejercicio de la medicina como profesión liberal, caracterizada por las obligaciones emanadas de la relación médico–paciente, ha hecho que el esquema de la responsabilidad civil fundado en la culpa individual se muestre insuficiente frente a las reclamaciones por daños a la salud producidos por la estructura organizacional de las entidades del sistema*

[3] Corte Suprema de Justicia, Sala Civil. Sentencia del 20 de junio de 2016. Rad.11001-31-03-039-2003-00546-01. M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez.

de seguridad social, pues bajo este nuevo modelo surge una amplia gama de problemas que ameritan una solución distinta a la luz del paradigma de sistemas."[4]

3. De la carga de la prueba

Por regla general es al demandante a quien compete probar cada uno de los elementos atrás analizados, habida cuenta que así lo impone la regla de juzgamiento prevista por el artículo 167 del C.G.P, pues si bien por virtud del principio de comunidad de la prueba, esta se adquiere para el proceso, pudiendo entonces beneficiar o perjudicar a cualquiera de las partes, va ínsito allí que es la parte que no cumplió la respectiva carga quien debe soportar las consecuencias adversas de que la respectiva prueba no llegue al plenario. Sobre el particular viene al caso el siguiente pasaje doctrinal:

> *"no se trata de fijar quien debe llevar la prueba, sino quien asume el riesgo de que falte. (…) la carga de la prueba no significa que la parte sobre quien recae deba ser necesariamente quien presente o solicite la prueba del hecho que constituye su objeto, porque en virtud del principio de la comunidad de la prueba, ésta surte todos sus efectos quienquiera que la haya suministrado o pedido, e inclusive si proviene de actividad oficiosa del juez. Por consiguiente, si el adversario o el juez llevan la prueba del hecho, queda satisfecha a cabalidad la carga, exactamente como si la parte gravada con ella la hubiera suministrado. Al juez le basta para decidir en el fondo, sin recurrir a la regla de juicio contenida en la carga de la prueba, que en el proceso aparezca la prueba suficiente para su convicción, no importa de quién provenga. En consecuencia, no es correcto decir que la parte gravada con la carga debe suministrar la prueba o que a ella le corresponde llevarla; es mejor decir que a esa parte le corresponde el interés en que tal hecho resulte probado o en evitar que se quede sin prueba y, por consiguiente, el riesgo de que falte".*[5]

---

[4] Corte Suprema de Justicia, Sala Civil. *Sentencia del 30 de septiembre de 2016.* Rad. 05001-31-03-003-2005-00174-01. M.P. Ariel Salazar Ramírez.

[5] Devis Echandía, Hernando. Teoría general de la prueba judicial. Tomo I, pág. 484.

CASO CONCRETO

Precisión preliminar sobre la competencia del Tribunal para resolver el recurso de apelación

Previo al abordaje de los reparos concretos, se hace necesario precisar que en efecto el Tribunal adquirió competencia para resolver sobre la mayoría de los argumentos que componen el recurso de apelación. Lo anterior, porque indiscutiblemente en el escrito de sustentación radicado en esta instancia los apelantes incluyeron nuevos argumentos, mismos de los que se valen para introducir nuevos reparos a la sentencia apelada y no se orientan a **desarrollar** los enarbolados al momento de interponer el recurso en audiencia.

Particularmente, para la Sala aparece claro que tanto al momento de introducir los reparos concretos como para sustentarlos se cuestionó con profundidad: i) la forma en la que el Juez valoró el dictamen del perito Edgar Hernando Cardona Amariles; ii) la alegada desatención de las afirmaciones del perito Ricardo César Restrepo, vinculadas con la sintomatología del paciente y la supuesta sugerencia de la enfermedad por dengue. Sin embargo, en el primer momento del recurso de apelación (los reparos concretos), nada se cuestionó sobre el peritaje de Juan Enrique Arango Cadavid y el testimonio del Dr. Eduardo Cardona Vélez, es decir, esos son argumentos nuevos que fueron puestos en consideración del Tribunal apenas en la sustentación que se realizó de conformidad con el artículo 14 del decreto 806 de 2020.

Ahora, aunque desde sentencias como la STC3043-2021 proferida dentro del trámite constitucional con radicado número 11001-02-03-000-2021-00652-00, nada obsta para que desde la introducción de los reparos concretos el apelante lleve a cabo una adecuada sustentación de ellos ante el *a-quo*, la regla del artículo 327 del C.G.P según la cual *"(E)l apelante deberá sujetar su alegación a desarrollar los argumentos expuestos ante el juez de primera instancia",* naturalmente no cambia ni con una interpretación a la luz del decreto *ibídem,* en tanto que en este apenas varió el rito o procedimiento para sustentar el recurso.

Por tanto, los reproches vinculados con la valoración que el Juez hizo del peritaje rendido por el Dr. Juan Enrique Arango Cadavid y el testimonio del Dr. Eduardo Cardona Vélez, no pueden ser analizados por el Tribunal muy a pesar de que en el tercer reparo se hubiera dicho que *"todos los peritos y testigos dudan del diagnóstico del dengue",* debido a que ningún aspecto de la "sustentación" toca con la supuesta coincidencia de esos profesionales en cuanto al diagnóstico de dengue, sino más bien con la desatención de la historia clínica del paciente y la prescripción de diclofenaco como evento desaconsejado en casos de dengue, lo cual tampoco hace parte de la *causa petendi* original*.* De modo que el estudio ha de concretarse a los reproches concretos y debidamente desarrollados esta instancia.

CASO CONCRETO TODOS LOS REPAROS

Evidentemente todos los reparos se orientan a sostener una conclusión absolutamente contraria a la adoptada en la sentencia apelada, esto es, que a juicio de la parte demandante en acumulación sí se configuran los presupuestos para acceder a la declaración de responsabilidad civil de las entidades demandadas. Claro, cada reparo tiene su propio contorno sustancial y por ello la Sala ha decidido abordarlos en conjunto, pero con las siguientes precisiones:

- El **primer** reparo contiene un reproche vinculado con una supuesta inadecuada valoración del peritaje rendido por el Dr. Edgar Hernando Cardona Amariles, en los puntos particulares atrás enlistados.

- El **segundo** reproche se orienta a sostener que *"todos los peritos y testigos dudan del diagnóstico del dengue, pero todos, a excepción del médico del Hospital General que desafortunadamente atendió al paciente a su llegada, son unánimes al afirmar que el hemograma sí era compatible con esa enfermedad. En otras palabras, todos lo afirman pero no se aventuran a confirmarlo como diagnóstico"*

- Finalmente, el **tercer** embate, consiste en un argumento más bien de "suspicacia" que realmente no tiene fondo de consideración, consistente en que los médicos que sirvieron de testigos a la parte demandada, por haber atendido al paciente, difícilmente vendrían al

proceso "*a declarar que sí cometieron un error es improbable que vengan a declarar que sí cometieron un error*'"

Pues bien, pronto se encuentra la apelación con un serie de argumentos torales indiscutibles que el *a-quo* manejó realmente con mucha lógica y rigor dogmático, a causa de las cuales no se derrumba la sentencia por los cuestionamientos del recurso, tarea para la que incluso no alcanzaría siquiera la totalidad de los argumentos traídos a esta instancia, a saber: i) no se conocen las causas de la muerte del señor Nilton Arlex Navas Ossa; ii) antes de su muerte no existió diagnóstico confirmado de dengue; iii) de haber sufrido efectivamente dengue, según la situación clínica y paraclínica que presentaba, su clasificación patológica no ameritaba hospitalización; iv) en el recurso de apelación no se cuestionó absolutamente nada relacionado con la conclusión del a-quo, según la cual a su juicio no existía causalidad entre la conducta (acción u omisión) de los galenos y la muerte de este.

Es que es cierto que la parte demandante en acumulación fundó sus pedimentos en el dictamen rendido por el Dr. Edgar Hernando Amariles Cardona, pero igualmente claro aparece para la Sala que ese trabajo pericial partió de una premisa y arribó a una conclusión que no encuentran soporte en las pruebas recaudadas: que el paciente fue diagnosticado con dengue y murió a causa de la complicación de esa enfermedad. Luego, según la demanda, en medio de la premisa y la conclusión hay un conector causal que permite atribuir la responsabilidad al Instituto, cual es que la atención brindada al paciente aquel 10 de noviembre de 2016 en el Instituto demandado fue inadecuada.

Empero, a lo largo del proceso, y ahora en la apelación, los argumentos de los recurrentes se concentran en que no fueron desplegadas todas las acciones aconsejadas por la *lex artis,* para confirmar en el paciente la presencia de la enfermedad en mención y, por ende, se aprobó su salida del centro asistencial sin brindarle la atención intrahospitalaria que hubiera permitido: i) confirmar de manera efectiva la sospecha o impresión de que el señor Navas padecía dengue; y ii) prestarle todas las atenciones que requería para recuperar su salud y, claro, evitar su muerte.

Entonces, esos dos escenarios que en apariencia son iguales realmente suponen visiones probatorias muy diferentes, en tanto que una cosa es sostener que el paciente no fue atendido de conformidad con las guías de la Organización Mundial de la Salud y el Instituto Nacional de Salud (OMS e INS) previstas para los casos **confirmados** de dengue y otra, bien diferente, es afirmar que la culpa de los médicos adscritos al Instituto consistió supuestamente en no poner en marcha todas las maniobras clínicas y paraclínicas necesarias para detectar la enfermedad y, ahora sí, aplicar las mencionadas guías. En el primero de los casos el análisis necesariamente partiría dando por sentado que se estaba ante un paciente que padecía dengue, mientras que en el segundo de manera indefectible la carga probatoria implicaba una doble tarea: acreditar que los síntomas y signos del paciente eran compatibles con la enfermedad conocida como dengue y, además, que la falta de un diagnóstico oportuno llevó a que el tratamiento fuera igualmente inexistente o inoportuno.

La demanda que dio origen al presente proceso se planteó en el primero de los escenarios, pues los primeros tres hechos son del siguiente tenor:

> *"4.1. El día 10 de noviembre de 2016, el señor NILTONARLEX NAVAS OSSA empezó a presentar en horas de la mañana malestar general, astenias, cefaleas y mialgias.*
>
> *4.2. A las 11:16 pm el señor Nilton Arlex ingreso al servicio de urgencias de la FUNDACION INSTITUTO NEUROLOGICO DE COLOMBIA - INDEC en malas condiciones de salud, presentando incapacidad para caminar, fiebre, sudoración, dolor en la pared costal, disnea y fiebre subjetiva.*
>
> *4.3.* ***El diagnóstico de la médica de turno fue que el paciente presentaba dengue clásico****, decretándole una incapacidad de cuatro (04) días y dándole de alta con instrucciones de consultar en caso de sangrado o dolor abdominal.* (fl. 409 pdf acumulación)

Empero, ya en los hechos 4.9 y 4.10 de la demanda lo reprochado es lo siguiente:

4.9. El paciente NILTON ARLEX no debió ser dado de alta por parte de la FUNDACION INSTITUTO NEUROLOGICO DE COLOMBIA - INDEC, pues con un adecuado examen de ingreso y, con un análisis acorde con la literatura médica y la lex artis, debía identificarse que se enfrentaban a un paciente que evolucionaba desfavorablemente, hacia las complicaciones más temidas del dengue, entre ellas la muerte (ver dictamen médico pericial de parte rendido por el médico especialista en medicina interna EDGAR CARDONA AMARILES que se anexa como prueba).

4.10. "Es claro que el paciente tenía dos signos de alarma, la caída de las plaquetas y de la temperatura, sin mencionar la disminución de la diuresis y el compromiso renal que no fueron evaluados en el servicio de urgencias, por lo que el paciente no cumplía ninguno de los criterios para decidir el alta (ver dictamen médico pericial de parte rendido por el médico especialista en medicina interna EDGAR CARDONA AMARILES que se anexa como prueba)." (fl. 409 pdf acumulación)

Lo curioso es que apenas a renglón seguido, en hecho 4.11, la parte demandante aseguró que la responsabilidad del Instituto radicaba en *"que la conducta (…) asumida por los profesionales de la salud no se ciñó a la literatura médica relacionada con la atención clínica de paciente con dengue"* (ibídem). Es decir, la demanda transita de forma indistinta entre los dos escenarios antes planteados o, en otras palabras, por momentos funda la responsabilidad en un tratamiento inadecuado del dengue a pesar de haber sido debidamente diagnosticado y, en líneas apenas posteriores, afirma que esta descansa en el error de diagnóstico por omisión clínica y paraclínica, que a la postre impidió la adecuada "confirmación" de la enfermedad.

Así las cosas, para la Sala resulta imperioso analizar cada uno de los reproches vinculados con la valoración supuestamente inadecuada del peritaje rendido por el Dr. Edgar Hernando Cardona Amariles, aclarando desde ya que todos esos embates transitan apenas la mitad del camino que debe recorrer todo argumento cuando lo enfrentado son dos grupos probatorios, en este caso dos grupos periciales o de declarantes técnicos. En palabras concretas, la apelación se limita a explicar por qué debía darse mayor peso al dictamen del Dr. Cardona Amariles, pero olvida por completo que el Juez no desestimó las

pretensiones simple y llanamente porque no lo convenciera el mentado dictamen, no. Por el contrario, el *a-quo* ahondó de forma juiciosa en razones que fundó en los demás medios de prueba, entre ellos los conceptos médicos de Ricardo César Restrepo, Juan Enrique Arango, Eduardo Cardona Vélez y María Alejandra Rubiano, al respecto de los cuales en el recurso poco se trabaja.

Para efectos metodológicos, entonces, se hará un abordaje concreto de cada uno de los argumentos que se sostienen en la apelación de cara a contrastarlos con las pruebas regular y oportunamente allegadas al proceso, veamos:

1. En el presente punto se engloban los reproches que tienen una inescindible relación: **i) al paciente le dieron el alta médica estando contraindicado hacerlo; ii) afirmó el Juez que no se hizo examen de dengue, pero el perito que suscribió el dictamen anexo a la demanda y el Dr. Ricardo César Restrepo aseguraron que el dengue puede ser diagnosticado sólo con la clínica, es decir, con base en la sintomatología; iii) Duda el *a-quo* también de lo dicho por el perito porque indicó que el dolor de cabeza lo supuso y no lo "sacó" de la historia clínica, pero fue la parte demandada la que le indujo esa respuesta, fue confundido en el interrogatorio. Empero, en la historia sí reposa ese dato; iv) el perito desconoció los valores de referencia del laboratorio del INDEC, pero este señaló que los resultados estaban justo en el límite y que no eran normales 100%.**

Insistió el Dr. Cardona Amariles que el primer error de los galenos consistió en que precipitaron un alta que no procedía. Especialmente, aseguró que *"la mayoría de los dengues no hay que hospitalizarlos… aquí lo grave es el conteo de plaquetas … normalmente el valor normal es de 150 a 450.000 por microlitro, pero uno lo pueden operar con 70.000 y para uno sangrar aporriándose (sic) tiene que tener 50.000 … este muchacho tenía 135.000, esa parte los engañó porque tenía las plaquetas muy bienes al ingreso … pero tenía otras cosas malucos… compromiso del sensorio, estaba deshidratado… era para dejar hospitalizado… la mayoría de los pacientes que tienen más de 50.000 plaquetas uno los manda para la casa, sino tienen síntomas graves, pero si el paciente tiene síntomas graves de dengue hay que dejarlo*

hospitalizado" (min. 14.20). Por esas razones, teniendo claro que el paciente presentaba un nivel de hemoglobina cercano a 16 y un hematocrito de 47.8, *"ese solo valor de hemoglobina y hematocrito contraindicaba el alta. Es obligatorio hacer hemograma de control antes de dar el alta"*. (min. 01:13:00 audio 05)

Ese argumento que sostuvo el perito en las más de 3 horas en que fue interrogado no encontró eco en ninguno de los otros medios de prueba. Y dejando claro que para la confirmación de la sentencia ni siquiera es necesario analizar los argumentos nuevos dejados de lado en la precisión preliminar de este capítulo, comienza la Sala por resaltar que ese concepto del experto no encuentra asidero en la misma guía de atención que dijo utilizar para rendirlo. Concretamente, el Dr. Cardona Amariles insistió que la hemoglobina, el hematocrito y el recuento de plaquetas del paciente ameritaban una atención intrahospitalaria, dado el corto período que los médicos habían destinado a su observación.

Sin embargo, debe aclararse que el médico internista en mención partió en su tarea de dos errores fundamentales. El primero consistente en que entendió siempre que el paciente había ingresado al Instituto a eso de las 11:16PM del 10 de noviembre de 2016 y, por tanto, el alta a su juicio había tenido lugar de manera muy "rápida" porque si bien no conocía la hora de egreso, según los demandantes el paciente apenas 1 hora después se agravó y consultó por urgencias en el Hospital General a eso de las 2 de la madrugada del día siguiente. Concretamente el perito dijo *"yo tenía hora de entrada a las 11:16 PM, pero parece que llegó a las 7… yo pensaba que no había hora de salida en mi resumen"* (min. 2:09:30 audio 05).

En segundo lugar, indagado el Dr. Cardona Amariles sobre si había revisado el hemograma ordenado al señor Nilton a las 7:45PM, es decir, unos minutos después de la hora real de ingreso al Instituto, contestó que *"usted me sorprende, porque esa parte yo no la vi, y eso me preocupa porque usted cómo va a ordenar unos exámenes si no los va a revisar… si tuviéramos el resultado de esos exámenes veríamos si el muchacho se estaba deteriorando o no… no tiene sentido … que yo haga unos exámenes y nadie los revise, eso no tiene sentido … si eso pasó, me parece pues gravísimo"* (min. 01:59:25 audio 05). Aquí, se advierte, debe hacerse una precisión porque asiste razón

a los apelantes en que el perito se refirió, en otro momento, a los exámenes de control que nunca lograron llevarse a cabo. Más adelante la Sala se referirá a ello en el reproche concreto.

Por ahora lo importante es insistir en que para el perito no estaban claras las horas de ingreso y egreso, mas, aunque insistió que el hemograma del paciente sugería alteraciones preocupantes, realmente sólo en la audiencia se enteró de que ese examen había sido ordenado y practicado a la llegada del señor Navas al Instituto. Incluso, tal fue la confusión que el Juez debió requerirlo para que le indicara si estaban hablando de los mismos exámenes, a lo cual respondió que *"esos son los que hemos estado viendo"*, refiriéndose a los que obran a folio 253 del entonces cuaderno físico abierto para el cuaderno principal. Luego, es innegable que el experto revisó los resultados del hemograma, pero su hora y lugar de práctica no los tenía del todo claros, por lo que incluso aseguró que teniendo en cuenta la verdadera hora de ingreso su concepto *"poco cambia… si yo lo voy a observar 2 o 3 horas… lo puedo dejar ahí acostado, pero si no le hago los exámenes… sigue siendo tiempo corto para observación clínica"* (min. 01:54:25 audio 05)

Bien, aclarado el punto de los exámenes orientados a determinar el estado hemodinámico del paciente, el perito insistió en los siguientes motivos que a su juicio aconsejaban hospitalizarlo:

> - *"la mayoría de los dengues no hay que hospitalizarlos…* ***aquí lo grave es el conteo de plaquetas … normalmente el valor normal es de 150 a 450.000 por microlitro, pero uno lo pueden operar con 70.000 y para uno sangrar aporriándose (sic) tiene que tener 50.000 … este muchacho tenía 135.000****, esa parte los engañó porque tenía las plaquetas muy bienes al ingreso …* ***pero tenía otras cosas malucas… compromiso del sensorio, estaba deshidratado… era para dejar hospitalizado****… la mayoría de los pacientes que tienen más de 50.000 plaquetas uno los manda para la casa, sino tienen síntomas graves, pero si el paciente tiene síntomas graves de dengue hay que dejarlo hospitalizado*" (min. 14.20)
>
> - *"con 135.000* (sic) *plaquetas le pueden abrir a uno el cerebro, así no tenga el valor normal. El muchacho se les mejoró con los sueritos… los*

2.200 leucocitos tampoco son preocupantes, lo que preocupaba era la hemoglobina en 16 y el hematocrito en 47 con 8, que hacía pensar que el muchacho estaba hemoconcetrado o empezando a hacer un estado de shock … yo en ánimo de defendelos (sic) un poco, ellos lo vieron mejor, los exámenes no eran los más graves del mundo … pero un paciente con dengue sí es mejor observarlo otro poquito y hacerle un examen de control … en qué se equivocaron, se equivocaron en que no midieron la gravedad de tener la hemoglobina en 16 4 y el hematocrito en 47 8. insisto ese valor de plaquetas es pa mandarlo pa la casa, ese valor de defensas es pa mandarlo pa la casa, y si el muchacho se mejoró, los médicos no nos equivocamos de, de, hacemos nuestro trabajo… ellos eso le puede pasar a cualquiera… el detalle clave está en el valor de la hemoglobina y el valor del hematocrito son los signos de alarma para dejar al paciente hospitalizado o al menos hacerle un control del hemograma" (min. 01:42:25 audio 05)

- los paraclínicos debían repetirse porque *"pues es que, eso se compara… no lo puedo dar de alta, tengo que hidratarlo… son esos cuatro valores: las defensas, las plaquetas, la hemoglobina y el hematocrito … obligatoriamente tengo que dejarlo hospitalizado"* (min. 2:04:00 audio 05)

- *"yo ese muchacho lo hubiera observado por lo menos 8 horas y le hubiera repetido los exámenes antes del alta"* (min. 2:46:50 audio 05)

No obstante, aquí retoma la Sala el asunto vinculado con la "guía para la atención clínica integral del paciente con dengue" que según todos los médicos declarantes resulta de obligatorio acatamiento en estos casos, como quiera que recoge serias investigaciones científicas y hace parte de los protocolos del Instituto Nacional de Salud y la Asociación Panamericana de Salud. En ese guía claramente se establece que un *"caso probable de dengue con signos de alarma"* es aquel que en el que el *"paciente … cumple con la anterior definición y además presenta cualquiera de los siguientes signos de alarma: Dolor abdominal intenso y continuo, vómitos persistentes, diarrea, somnolencia y/o irritabilidad, hipotensión postural, hepatomegalia dolorosa > 2cms, disminución de la diuresis, caída de la temperatura, hemorragias en mucosas, caída abrupta de plaquetas (menor a 100.000) asociada a*

hemoconcentración" (fl. 179 C acumulación). La hemoconcentración, por su parte, según el perito que suscribió el dictamen aportado con la demanda consiste en que *"que el hematocrito y la hemoglobina suban"* (min. 48:30 audio 05)

Entonces, por ser transversal a la discusión sobre los supuestos signos de alarma que debieron notar los médicos del Instituto en el hemograma del paciente, resalta la Sala que todos los médicos que comparecieron, incluido el Dr. Cardona Amariles, coincidieron en que este tenía un recuento de plaquetas de 134.000 y eso *per se* no era indicativo de gravedad. De hecho, ese número le valió al perito en mención asegurar que con ese valor de plaquetas "*le pueden abrir a uno el cerebro, así no tenga el valor normal*". Esa misma opinión fue sostenida por los médicos Ricardo César Restrepo, Juan Enrique Arango, Eduardo Cardona Vélez y María Alejandra Rubiano.

Por ende, la discusión del perito en un primer momento se centró únicamente en el valor de la hemoglobina, el hematocrito y el recuento de plaquetas, pero ante las insistentes preguntas del Juez y de las partes, agregó poco a poco que el verdadero error consistió en no haber acompañado el juicio paraclínico con el clínico, obviando con ello varios hechos médicamente objetivos que determinaron el alta del paciente, tales como que los valores de referencia del laboratorio del Instituto son diametralmente diferentes a los valorados por el perito. De hecho, por esa razón el apoderado demandante en la acumulación insistió con vehemencia que no debía incorporarse el documento aportado por la Dra. María Alejandra Rubiano, mismo que tuvo por objeto dar claridad y alcance a su declaración en cuanto a los valores de referencia que tuvo en cuenta al momento de dar el alta del paciente.

Nótese que para el laboratorio del Instituto los tres criterios en mención (hemoglobina, hematocrito y el recuento de plaquetas) tiene los siguientes valores de referencia:

MEDELLIN

Subsede

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia	
HEMATOLOGIA				
HEMOGRAMA IV				
RECUENTO DE LEUCOCITOS	*2.2	10^3/µl	4	9
NEUOTROFILOS %	78.6	%	42	85
LINFOCITOS %	15.7	%	11	49
MONOCITOS %	2.3	%	0	9
EOSIONOFILOS %	1.1	%	0	6
BASOFILOS %	*2.3	%	0	2
NEUOTROFILOS #	1.7	10^3/µl	1.7	7.7
LINFOCITOS #	*0.3	10^3/µl	0.4	4.4
MONOCITOS #	0.1	10^3/µl	0	0.8
EOSIONOFILOS #	0.0	10^3/µl	0	0.6
BASOFILOS #	0.10	10^3/µl	0	0.2
RECUENTO DE ERITROCITOS	*5.6	10^6/µl	3.8	5.3
HEMOGLOBINA	16.4	g/dl	12	18
HEMATOCRITO	47.8	%	36	56
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	85.2	fl	80	100
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	29.2	pg	27	32
CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	34.3	g/dl	32	36
ANCHO DE DISTRIBUCION ERITROCITARIO	12	%	10	16.5
RECUENTO DE PLAQUETAS	134	10^3/µl	120	380
PLAQUETOCRITO	0.1	%	0.1	1
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	*4.4	ft	5	10
ANCHO DISTRIBUCION PLAQUETARIO	*18.7	%	12	18

Sobre el particular el Dr. Cardona Amariles dijo *"no lo conozco* (los valores de referencia del Instituto) *… hay laboratorios que tienen parámetros diferentes… hemoglobina casi siempre es 15 con 5 máximo 16, el hematocrito es 3 veces la hemoglobina*" (min. 2:27:30 audio 05), y agregó que incluso eso le había traído algunas "peleas" con los laboratorios porque es muy difícil hacer que los profesionales de esa área cambien los valores, para ajustarlos a los que él considera correctos. Además, por lo menos en cuanto a la diversidad de referencias que manejan los laboratorios, el Dr. Eduardo Cardona explicó que en estos casos hablar de "normalidad" o "resultados normales" es algo muy relativo, en atención a

> *"los valores de referencia de cada laboratorio, edad, altura en la que viven, los antecedentes … en una persona joven de la edad de ese paciente… hematocrito de alrededor del 45% sería normal para ese paciente, una hemoglobina de alrededor de 16 sería lo normal, pero eso es de acuerdo… no sé cuáles serán los valores del Instituto, no conozco"* (min. 21:30 audio 09)

Luego, aunque de alguna manera la comunidad científica ha aceptado algunos márgenes de "normalidad" para los hemogramas, son muchos los factores que llevan a que los valores de referencia cambien de un laboratorio a otro, tales como las técnicas de medición, las máquinas y los métodos utilizados. Empero, lo cierto es que para el caso del Instituto, y en este punto la Sala no encuentra otra prueba técnica que pueda restar seriedad al concepto del

profesional del laboratorio, el señor Nilton para aquel 10 de noviembre de 2016 tenía unos niveles que no indicaban ningún signo de alarma, según deja ver el resultado paraclínico atrás graficado.

Así lo sostuvo también el médico Juan Enrique Arango al precisar que esos resultados no eran del todo "normales", porque *"sí, tienen leucopenia que es 2.000 y tiene unas plaquetas discretamente disminuidas de 134.000… un hematocrito un poco por encima… no son normales, pero no son resultados extremos, no requiere hospitalización"* (min. 21:00 audio 07). Es más, se le preguntó si esos exámenes lo alarmarían de verlos en un paciente con astenia, mialgias, malestar general, adinamia, artralgias, cefalea, picos febriles, a lo que con seguridad respondió: *"no, no porque esos signos que usted está describiendo, son signos de pacientes con probable enfermedad viral que puede ser dengue, pero no todos los pacientes que tienen dengue requieren hospitalización*" (min. 21:30 audio 07). Y dijo que no, porque los pacientes que deben hospitalizarse son los *"que tengan síntomas de alarma, vómito persistente, caída presión, temperatura baja, cambie el comportamiento, somnolientos, que se quejen de mucho dolor abdominal, que no estén orinando"* (min. 22:00 audio 07)

Ahora, el recurso plantea una pregunta de fondo: ¿por qué creer en el concepto de los médicos escuchados por petición de los demandados y no en el dictamen pericial del Dr. Cardona Amariles?, cuestión a la que responde la Sala acudiendo a un criterio de valoración armónico y sistemático de la prueba, a través del cual puede concluirse que en efecto la clínica es importante para diagnosticar al paciente, así se afirmó en el recurso a propósito del criterio del Dr. Ricardo César Restrepo, quien dijo que el del paciente fallecido *"lo más probable es que haya sido un caso de dengue …. pero no hay pruebas serológicas, entonces se maneja el caso como lo más probable que es un caso de dengue… es muy difícil… de hecho la guía colombiana tiene varias definiciones … eso se llama definiciones de caso, guía da cuatro casos y una quinta definición que el caso probable de muerte por dengue*" (min. 13:10 audio 08). Fue eso, y nada más, lo que dijo el Dr. Restrepo, por lo que la apelación es inexacta en afirmar que para ese galeno el dengue estaba claramente presente en el examinado.

Esa conclusión llevó a pensar tal cosa al Dr. Restrepo porque en su experiencia la etapa crítica del dengue se caracteriza por "*dolor abdominal intenso y*

continuo, vómitos persistentes, hipotensión, lipotimia, hepatomegalia dolora, hemorragias, dormido o irritable, disminuya la diuresis, disminución repentina de la temperatura, aumento del hematocrito, disminución de plaquetas" (min. 15:10 audio 08). Ergo, la visión de la demandante, en principio, es indicativa de que tanto los médicos Cardona Amariles y Restrepo acompañaron la versión de la demanda sobre la sintomatología del paciente y su indicativo de gravedad, pero lo cierto es que la clínica, como la llamó el primero de los médicos, es *"la forma en que veo el paciente"* en lo que incluso insistía a sus estudiantes para que llevaran a cabo una adecuada anamnesis, más allá de los simples paraclínicos.

Para este caso, su juicio clínico sobre la necesidad de dejar al paciente hospitalizado lo explicó así:

> *"sobre todo la clínica … si juntamos las malas historias… no hay una enfermedad que dé dolor de cabeza, mialgias, artralgias, debilidad muscular, cefalea y que se te bajen las plaquetas y las defensas … es una enfermedad viral… eso mismo pudiera darlo COVID … pero casi siempre es dengue, cuando yo le digo que es un dengue, me baso es en la clínica… ahora, la evolución es la que no le cuadra a uno tan agresiva, pero el dengue mata personas, posiblemente no a todos tan rápido …"* (min. 03:05:00 audio 05)

Sin embargo, varias alarmas se encienden en la Sala sobre las afirmaciones del perito y la primera se vincula con sus fuentes de información, como quiera que aceptó haber tomado los síntomas del señor Nilton de la demanda y de la declaración de su hermana Luz Mairena, tanto como que a pregunta sobre el vómito y la palidez supuestamente presentados por el señor Nilton aseguró que *"mmm, doctor, casi todo me baso en la historia clínica, pero no estoy seguro si eso lo saqué de la historia clínica, porque yo no tengo contacto con los familiares"*, para desmentirse a sí mismo apenas segundos después aclarando que el vómito, la palidez y "ponerse morado" los consignó en su dictamen porque *"yo tuve acceso a la historia clínica del Hospital General …* ***sí, o sea, no aparecen en la historia clínica, los tomé de la demanda y declaración de la hermana"*** (min. 10:50 audio 05).

La segunda alarma salta a la vista porque la Dra. María Alejandra Rubiano, quien atendió al paciente en el Instituto, relató en la historia clínica que a su salida el estado era el siguiente:

> *"no patrón de bloqueo de rama, ni AV, no supra ni infradesnivel del segmento ST. paciente en compañia de su hermana " liz navas" (sic) quien refiere que en el dia de hoy inicia con malestar general, astenia, adinamia, mialgias, artralgias, picos febriles, ceafela global, niega vomito, neiga diarrea, niega epsitaxis, niega gingivorragia, niega melenas, niega hematuria. se reporta hemorgama (sic) con leucopenia y plaquetas al límite. por lo cual se considera que cursa con dengue, se entrega formula medica, se dan recomendaicones y signos de alarma cita de revision en su ips basica en 48 horas, y hemograma de control. si presneta sangrados o dolor abdominal consultar inmediatamente a urgencias, no debe utilizar diclofenaco, asa, naproxeno"* (sic) (archivo 03 historia clínica digital, también aportada con la demanda)

En la declaración rendida en este proceso brindó más información al decir que el señor Navas estaba en condiciones "normales" dentro de la enfermedad que cursaba, pues la primera vez que lo observó *"se desplazó por sus propios medios, yo lo llevé a revisarlo y él fue por sus propios medos y él fue el que me manifestó como se sentía, había dicho que mejor"* (min. 2:10:10 audio 09). Tampoco lo notó "morado" y *"de hecho coloco* (en la historia clínica) *extremidades sin edemas, pulsos presentes, todo como normal"* (min. 2:10:40 audio 09). Por tanto, le dio el alta considerando lo siguiente:

> *-"tenía examen físico adecuado, no tenía síntoma y que el paciente se sentía mejor, negaba todos los signos de alarma para uno dejar hospitalizado… la historia clínica del auxiliar a las 11:38 describe que le retira eso… sale por sus propios medios"* (min. 2:12:00 audio 09) …
>
> *-"él mismo me dijo que se sentía mejor, decía que no tenía dolor abdominal, no tenía dolor torácico, no tenía sangrado… no encontré ninguna alteración a nivel cardiopulmonar … abdomen no le estaba doliendo … sin edemas… sin déficit motor, sin signos meníngeos… analicé los exámenes… hemograma, en mi análisis que ya es la suma de todos esos criterios… para definir … la hermana refiere que en el día*

de hoy inicia con síntomas, el paciente refiere también esos síntomas." (min. 2:24:00 audio 09)

- no observó signo alguno de alarma como para poner en marcha un manejo intrahospitalario, ya que *"recordamos acá … en el momento del neurológico no tenía* (signos de alarma), *vómitos negó, hipotensión era una presión normal, hepatomegalias, hemorragias no tiene melenas, hematemesis, Glasgow 15/15 significa si un paciente tiene déficit a nivel neurológico… el paciente estaba sin ninguna alteración en el sistema nervioso central… disminución de la diuresis, en eso no fue evaluado, disminución de la temperatura, no tenía hipotermia, tenía 36 con 4, aumento de hematocrito asociado a una caída abrupta de plaquetas… si bien estaban disminuidas … de 150.000 a 100.000 es considerado que están disminuidas, pero son los pacientes que pueden ser manejados ambulatorios… tenía 134.000… el hematocrito era normal, según los valores del examen del neurológico porque cada laboratorio coloca los valores de referencia era de 36 a 56 y él tenía 47 … hemoglobina de 12 a 18 "* (min. 4:10:00 audio 09)

Y si la clínica es *"ejercicio práctico de la medicina relacionado con la observación directa del paciente y con su tratamiento"*[6], como lo afirmó el perito que suscribió el dictamen aportado con la demanda, naturalmente ningún motivo de ese tipo (clínico) tenían los médicos del Instituto para hospitalizar al paciente, si a ello se le suman los resultados paraclínicos tantas veces mencionados. Cosa diferente es la valoración del perito sobre los síntomas del paciente a su llegada al Hospital General, porque allí se recibió un paciente **totalmente diferente**, a decir del Dr. Eduardo Cardona, *"según lo que referían de la primera consulta, era con síntomas generales… y cuando ingresa al Hospital General… llega in extremis, al borde de la muerte… eran dos presentaciones totalmente diferentes"* (min. 17:10 audio 09).

En tal panorama, vale recordar que la desatención de la *lex artis* que se castiga es la ad-hoc. En otras palabras, no se pueden juzgar hechos pasados con la experiencia que ahora se tiene y que antes, para el momento en que sucedieron, no se tenía. Así lo ha precisado la Corte al decantar que

---

[6] Definición tomada de https://dle.rae.es/cl%C3%ADnico#9TNmHzU.

> *"la (…) lex artis **ad hoc**, … no es otra cosa que evaluar la adecuación de las actividades del personal de salud de cara a la problemática específica de cada persona sometida a tratamiento, observando variables como su edad, comorbilidades, diagnóstico, entre otras que puedan identificarse para cada evento concreto.*
>
> *En los juicios de responsabilidad médica, entonces, se torna necesario determinar la conducta (abstracta) que habría adoptado el consabido profesional medio de la especialidad, enfrentado al cuadro del paciente, y atendiendo las normas de la ciencia médica, para luego compararlo con el proceder del galeno enjuiciado, parangón que ha de permitir establecer si este último actuó, o no, de acuerdo con el estándar de conducta que le era exigible[7]. Si lo primero, no podrá concretarse la responsabilidad civil; si lo segundo, será necesario entroncar su "culpa", en el sentido explicado, con el resultado dañoso alegado en la demanda."[8]*

Así las cosas, juzgar a los demandados por la forma en que atendieron al paciente a eso de las 7 PM del 10 de noviembre de 2016 implica entender la evolución de su enfermedad, al respecto de lo cual el mismo Dr. Cardona Amariles se expresó de forma "coloquial" cuando se le preguntó si era previsible que este podría morir si no se trataba de forma intrahospitalaria, tanto como que aseguró: *"no, no, no, eso no se lo imaginaba nadie doctor, usted y yo tratamos de que es un caso raro sí, es muy raro que pase, sí hay pacientes de dengue que se mueren… pero tan rápido, ehhh, muy raro doctor… ahí es donde uno dice el interrogatorio estuvo mal hecho y también hay que echarle la culpa a la familia, el paciente lleva 3 días enfermo y dicen que llevaba uno… ese paciente debía llevar más días enfermito… es muy raro, pero claro, la Dra. Sí hizo el diagnóstico correcto, no alcanzó a medir la magnitud"* (min. 2:37:50 audio 05).

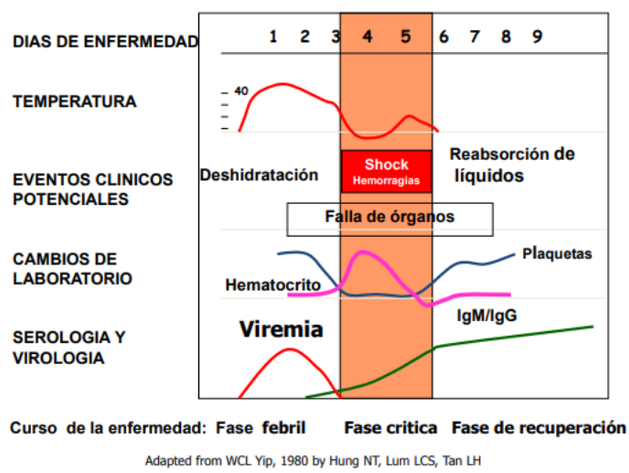
---

[7] En cualquier caso, no pueden obviarse algunos criterios de flexibilización de la prueba de la culpa, como las presunciones judiciales que surgen de la aplicación de la doctrina de la culpa virtual, o *res ipsa loquitur*, operante en supuestos como el oblito quirúrgico (*Cfr.* CSJ SC7110-2017, 24 may.).

[8] Corte Suprema de Justicia, Sala Civil. *Sentencia del 25 de agosto de 2021.* Radicado. 47001-31-03-005-2016-00063-01. M.P. Luis Alonso Rico Puerta.

Importante resaltar ese "echarle culpa a la familia y al paciente mismo", porque en el relato que hicieron a su ingreso en el Instituto se habló de un cuadro clínico de 8 horas de evolución, más en la demanda también se dijo que *"(E)l día 10 de noviembre de 2016, el señor NILTON ARLEX NAVAS OSSA* ***empezó a presentar en horas de la mañana malestar general, astenias, cefaleas y mialgias"*** (negrillas fuera del texto original hecho 4.1 libelo). En consecuencia, los médicos no podían siquiera sospechar que el familiar de los demandantes se estaba complicando en el marco de un dengue grave, pues incluso la guía antes mencionada prevé que los pacientes del grupo A (los casos más leves), presentan las siguientes características: *"(F)iebre de 2 a 7 días (caso probable de dengue), no hay hemorragia, deshidratación, signos de alarma o choque y no pertenece a ningún grupo de riesgo".* Es más, la enfermedad evoluciona de la siguiente manera:

Figura 1: Evolución de la enfermedad del dengue



Adapted from WCL Yip, 1980 by Hung NT, Lum LCS, Tan LH

Luego, si según el paciente y su familia los síntomas habían comenzado en la mañana del mismo día en que fue atendido en el Instituto, resultaba prácticamente imposible prever un desenlace tan fatal para el señor Nilton Navas. Fue por eso que al Dr. Amariles le pareció "rara" una evolución tan rápida y agresiva, igual que con sorpresa lo vio el Dr. Ricardo César Restrepo porque en su declaración indicó lo que sigue:

> *"este es un caso extremadamente raro y muy atípico. Si uno se ciñe a la guía colombiana, avalada por la Asociación Panamericana, es muy atípico, primero porque los pacientes tienen fiebre entre 5 a 7 días … se les quita y empieza el periodo que puede ser de gravedad que dura unas 48 horas … el paciente fue muy acelerado … lleva 8 horas de*

> *síntomas… no lleva el tiempo y fallece rápidamente… no es lo usual que un dengue se presente así… en el Hospital General le hacen una tomografía y de los signos más frecuentes cuando un paciente se choca por dengue y muere que son las hemorragias internas o los que les hablaba a de los terceros espacios, acumulación de líquidos fuera de las venas, derrame pleural él no tenía ninguna de esas… el paciente ni siquiera presente las causas típicas de muerte de muerte de un paciente de dengue … entonces aunque es probable, es un caso extremadamente raro … pero no es lo usual que un paciente con dengue evolucione en tan poco tiempo, hacia la muerte"* (min. 28:10 audio 08)

En conclusión, no quedó probado que el alta del paciente estaba contraindicada debido a que sus condiciones clínicas y paraclínicas, vistas desde la *lex artis ad-hoc* incluido el seguimiento de las guías de atención aceptadas por la OMS, la OPS y el INS, aconsejaban con seguridad el manejo ambulatorio de su enfermedad.

2. Según el Juez sí existe una nota de egreso y ello no es cierto, toda vez que la "*nota es una simple anotación realizada por una enfermera"* (sic) y debe ser realizada por el médico quien debe informar datos relevantes, tales como estado de salud y diagnóstico final. No es una imprecisión del perito y no debe ser valorado como indicio en su contra. *"Es más, una enfermera no cuenta con el conocimiento para hacer la nota de egreso".*

Aunque a esta altura es prácticamente redundante, y un tanto irrelevante, ahondar en las condiciones en que el paciente abandonó las instalaciones del Instituto, valga simplemente decir que en la historia clínica a ninguna nota se le llamó "egreso", pero en un sano criterio es apenas lógico concluir que la de egreso fue la última anotación que se hizo en la historia del Instituto.

Nótese que la Dra. María Alejandra Rubiano hizo una descripción del estado del paciente, y en el apartado "destino" escribió "casa", tal como en anteriores notas se observa que el paciente tenía como destino o permanecía en "urgencias". No otra cosa puede significar esa nota, diferente a que el paciente había sido de alta, al punto que así lo entendió la enfermera Maryori Andrea Muñetón Hernández (archivo 06 historia clínica digital) cuando

procedió a retirarle al paciente el acceso venoso y su manilla de identificación, bajo instrucciones del médico tratante. El texto puntual es el que pasa a citarse (fl. 142 cuaderno acumulación):

reporte de paraclinicos:
hemograma: leucocitos: 2.2, neutrofilos: 78.6, hb: 16.4, hto: 47.8, plaquetas: 134.000
EKG: FC: 125,lpm, ritmo sinusal, eje normal, no desviado, QRS: 80 mseg, PR: 160 mseg, no patron de bloqueo de rama,ni AV, no supra ni infradesnivel del segmento ST.
paciente en compañia de su hermana " liz navas" quien refiere que en el dia de hoy inicia con malestar general, astenia, adinamia, mialgias, artralgias, picos febriles, ceafela global, niega vomito,neiga diarrea,niega epsitaxis,niega gingivorragia, niega melenas, niega hematuria. se reporta hemorgama con leucopenia y plaquetas al limite. por lo cual se considera que cursa con dengue, se entrega formula medica, se dan recomendaicones y signos de alarma cita de revision en su ips basica en 48 horas, y hemograma de control. si presneta sangrados o dolor abdominal consultar inmediatamente a urgencias, no debe utilizar diclofenaco, asa, naproxeno
Destino: Casa

3. *"Se dice que el paciente no refirió deshidratación",* pero si esos síntomas son signos de alarma en el dengue ¿por qué María Alejandra Rubiano no indagó al paciente o a su hermana? ¿cómo podía saber Nilton que orinar menos o presentar sed era signo de alarma? Además, el perito Cardona consideró extraño que esos síntomas no fueran tenidos en cuenta.

Son dos síntomas de los que se termina valiendo el perito para concluir que de cualquier manera era forzosa la hospitalización del señor Nilton Navas, la disminución de la diuresis y la hemoconcentración (deshidratación o sed). En otras palabras, las alarmas debieron encenderse a su juicio porque el paciente había disminuido la frecuencia de la micción y estaba, coloquialmente, deshidratado, es decir, *"presentaba aumento de la hemoglobina y el hematocrito"* (min. 34:05 audio 05). Empero, ya se ofrecieron razones de sobra que justifican la interpretación que los médicos le dieron al resultado del hemograma (recuérdese cuando se habló de los valores de referencia y la "normalidad del hemograma del paciente").

Además, sobre la disminución de la diuresis, el Dr. Restrepo explicó que *"orinar poco o no, no es tan relevante… en un paciente consciente eso no es una obligación o algo que se mida, porque no es fácil de medir, no es como lo más común… no es que a todo el mundo se le mida qué tanta orina",* lo cual no cambia si se sospecha una infección por dengue, porque "*la mayoría de los pacientes se manejan de manera ambulatoria, es más para el paciente de manejo intrahospitalaria".* De modo que no es claramente *per se* un paciente con menos micciones y alguna leve alteración en la hemoglobina y el hematocrito, porque esos signos pueden alarmar en los casos en que *"están*

dados para los que se van a quedar de manera intrahospitalaria… porque no todos los signos de alarma se miden al momento de la atención" (min. 23:00 audio 08)

En consecuencia, de todos los signos o síntomas que el perito consideró graves, al final de su sustentación, igual que sucede con la apelación, se toman apenas esos dos que según los médicos declarantes pueden incluso presentarse con ocasión de diversas enfermedades, todo lo cual lleva a que la Sala tampoco encuentre razón en este argumento para introducir modificación alguna a la decisión atacada.

4. *"El perito no dijo que los resultados del hemograma o hematocrito hacían falta"*, porque él se refería era a los exámenes de control, *"no los exámenes que si se le realizaron. Además, cuando indica que sería bueno ordenarlos, claramente se refería no solo a ordenarlos, sino a practicarlos antes de dar el alta, y no antes del alta de las 11:36 de la noche, sino a dejarlo hospitalizado y luego de un tiempo prudencial realizar esos exámenes de control, y sobre este tiempo prudencial la misma doctora María Alejandra indicó que en pacientes hospitalizados esos exámenes se realizan cada 6 a 12 horas, y si los primeros exámenes fueron realizados al ingreso del paciente al INDEC, los de control pudieron hacerse antes de su agravamiento, con lo que se pudo haber alertado su agravamiento."* (sic)

Aunque en el punto número 1 de este apartado quedaron explicados la mayoría de los motivos que avalan la procedencia del alta para el paciente, vale la pena abordar el presente reproche de manera separada porque, como antes se enunció, le asiste razón al demandante al afirmar que en efecto no existió contradicción alguna del perito cuando afirmó que los médicos debieron practicarle "otro" hemograma al señor Nilton Navas. Realmente en perito no se refería al que sí se le practicó evidentemente, si no a uno diferente que él consideraba obligatorio para permitir su egreso de del Instituto.

Aquí se enfrentan de nuevo dos versiones periciales, la de los médicos Amariles y Arango, pues el primero llamó obligatoria la realización de los exámenes y el segundo respondió ante pregunta del Juez sobre la procedencia de la práctica antes del alta que *"no señor Juez, porque eso no cambia tan rápido … en 3 horas no es el tiempo como para uno tomar una decisión,*

porque perfectamente pueden ser prácticamente iguales… se requiere más tiempo, para de manera más objetiva determinar si hay un deterioro" (min. 28:00 audio 07). Eso mismo dijo la Dra. María Alejandra Rubiano, porque ella explicó que se repiten cada 6 o 12 horas, **pero en pacientes que están hospitalizados.**

Y, otra vez, la Sala le da mayor credibilidad al concepto del médico que suscribió el dictamen aportado con la contestación de la demanda, porque contrasta con las demás pruebas recaudadas. Principalmente, está a tono con la tan mencionada guía que fue aportada con la demanda, porque allí ninguna recomendación se hace para que el hemograma sea nuevamente realizado como requisito para dar alta al paciente. De esa misma manera lo entendió el Dr. Ricardo César Restrepo al explicar que

> *"pues, basados en la guía del INS, el paciente del grupo A en ningún momento dice que se le deba tomar un hemograma para el alta… lo que dice es que debe ser evaluado a las 48 horas … lo que se debe hacer es que el primer día sin fiebre, entonces se le debe hacer seguimiento del hemograma en la fase crítica… o sea, una vez pasan los 2 a 7 días de fiebre y el paciente deja de hacer fiebre se le toma hemograma para recuento de plaquetas y el hematocrito … en mi concepto eso no es así… tendríamos que dejar al paciente 24 a 48 horas… y es un paciente de manejo ambulatorio"* (min. 36:00 audio 08)

5. Según el Juez todos los peritos y testigos concluyeron que una alerta estaba indicada cuando las plaquetas fueran menores a 50.000. Este signo o síntoma o resultado no puede ser considerado aisladamente, así lo manifestó el perito Cardona en el dictamen y en la contradicción. Fue una valoración aislada, porque además el experto no se contradijo como aseguró el Juez, debido a que sus manifestaciones fueron descontextualizadas. Particularmente, el experto realmente dijo "que ese valor de 134.000 plaquetas no ameritaba hospitalización y que con ese único resultado él también habría mandado a Nilton para la casa, pero que los demás signos o síntomas de alerta indicaban la improcedencia del alta.

Es cierto que el dictamen pericial, como cualquier prueba, debe ser valorado en conjunto y contexto con las demás pruebas. También es acertado afirmar que el perito en su declaración textualmente dijo que con el nivel de plaquetas observado en el paciente *"por debajo de 150.000 … yo veo un paciente con 134.000 plaquetas y lo mando pa la casa, le doy de alta"* (min. 47:30 audio 05). Empero, dos cosas: i) ni el Juez fundó su decisión únicamente en esa aparente contradicción, porque en momentos apenas posteriores explicó las razones adicionales que lo llevaron a restar credibilidad al peritaje; y ii) ni el perito redujo su dictamen a esa simple afirmación, ya que en sus más de 3 horas de sustentación insistió en que el error había sido pasar ciertos signos y síntomas de alarma, sobre los cuales ya la Sala se pronunció en el punto 1 de este capítulo.

Así las cosas, de una valoración "en contexto" de lo manifestado por el perito en el punto se podría concluir que en efecto los médicos del Instituto erraron al conceptuar favorablemente el alta del señor Nilton, pero obviamente lo que el demandante llama "contexto" no puede entenderse únicamente en lo favorable a sus intereses, porque el Juez debe valorar el mérito de todas las pruebas y es allí donde el concepto del Dr. Amariles queda desvirtuado por los demás medios de convicción.

SOBRE LA CONDENA EN COSTAS

Por las resultas desfavorables del recurso la parte apelante será condenada en costas, pero sólo a favor de Sura EPS y la Fundación Instituto Neurológico de Colombia, como quiera que si bien Seguros del Estado S.A allegó pronunciamiento ante el Tribunal, lo cierto es que su vinculación por vía de lo que nombraron los demandantes "acción directa" tiene origen en la demanda principal, por cuyas resultas no se planteó apelación alguna. Por el contrario, en la demanda acumulada simple y llanamente fue llamada en garantía, sobre lo cual no fue siquiera necesario resolver ante la falta de acreditación de los presupuestos axiológicos de la pretensión.

DECISIÓN

Sin más consideraciones, la Sala Cuarta de Decisión del Tribunal Superior de Medellín, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por

autoridad de la ley, **CONFIRMA** la sentencia de procedencia y fecha indicadas. **Costas** en esta instancia a cargo de los demandantes en acumulación y a favor de **Sura EPS y la Fundación Instituto Neurológico de Colombia.**

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

PIEDAD CECILIA VÉLEZ GAVIRIA
MAGISTRADA

Con ausencia médica justificada
JUAN CARLOS SOSA LONDOÑO
MAGISTRADO

JULIÁN VALENCIA CASTAÑO
MAGISTRADO

Firmado Por:

Piedad Cecilia Velez Gaviria
Magistrada
Sala 002 Civil
Tribunal Superior 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: **55e5d742ff21163fc4e2f446ba33b7b3499c36a0a0386c013c53be7b75d8c2bb**
Documento generado en 02/03/2022 10:18:19 AM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica