



*Tribunal Superior del Distrito Judicial  
Manizales  
Sala Civil-Familia*

**Magistrado Ponente: Dr. ÁLVARO JOSÉ TREJOS BUENO.**

Proyecto discutido y aprobado según acta N° .363.

Manizales, veintiocho de agosto de dos mil veinticinco.

**I. OBJETO DE DECISIÓN**

Se resuelve el recurso de apelación interpuesto contra la sentencia dictada el 8 de octubre 2024, por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Manizales, dentro del proceso de responsabilidad médica adelantado por los señores Wilmar Carvajal Valencia, Lucelly Vargas Sanabria, Juliana Carvajal Vargas, GGC, Consuelo Carvajal Valencia y herederos indeterminados de la señora Blanca Flor Valencia, (en razón a su fallecimiento en el curso del trámite), en contra del Hospital Infantil Universitario Rafael Henao Toro y la Nueva EPS; trámite en el cual se llamó en garantía a Allianz Seguros S.A.

**II. LA DEMANDA Y SU REFORMA**

Se instauró demanda con miras a que se declarasen patrimonial y extra-patrimonialmente responsables a los demandados, por los perjuicios morales y psicológicos causados a los demandantes, por la presunta falla en la prestación de los servicios médicos brindados al menor Alexander Vargas Carvajal; en consecuencia, se condenara por el pago de perjuicios morales y materiales, “actuales y futuros”, así:

Perjuicios morales “por los momentos de angustia, sufrimiento e intenso dolor que padeció el grupo familiar (...) por la pérdida de oportunidad del que fue objeto el joven ALEXANDER VARGAS CARVAJAL” equivalente a cincuenta (50) smlmv, determinados en la suma de \$828.116.

NIVEL	DEMANDANTE	MONTO INDEMNIZATORIO
No.1	WILMAR CARVAJAL VALENCIA (Padre)	50
No.1	LUCELLY VARGAS SANABRIA (Madre)	50
No.2	JULIANA CARVAJAL VARGAS (Hermana)	25
No.2	BLANCA FLOR VALENCIA (Abuela)	25
No.3	GUADALUPE GALVIS CARVAJAL (sobrina menor)	16
No.3	CONSUELO CARVAJAL VALENCIA (Tía)	16
TOTAL		150.717.112

Por perjuicios materiales, “en calidad de lucro cesante” a los padres del menor, consistentes “en la privación de una ayuda económica que percibirían de su hijo menor entre los 18 y 25 años”, calculados en ingresos mensuales de \$828.116, de los cuales “por lo menos colaboraría con un 25% a favor de sus padres”. (...) “liquidación que deberá hacerse teniendo en cuenta el factor por renta, aceptado por la jurisprudencia y la Doctrina para la indemnización futura, los cuales considero superiores a (...) (\$17.390.436)”.

Total perjuicios de la demanda: \$168.107.548, o lo que resultare probado.

Para sustentar la súplica, se narró, en sinopsis, que:

1. El joven Alexander Vargas Carvajal, era hijo de los señores Wilmar Carvajal Valencia y Lucelly Vargas Sanabria; y hermano de Juliana Carvajal Vargas. Tenía también una sobrina, GGC. Su abuela paterna es la señora Blanca Flor Valencia, y tía paterna la señora Consuelo Carvajal Valencia.
2. El 31 de marzo de 2017, la señora Lucelly Vargas, asistió con el menor Alexander Vargas, a la Nueva EPS, manifestando al galeno que tenía mucha tos. El médico documentó en la historia clínica que tenía cuadro clínico consistente en tos, acompañado de malestar general, de 1 semana de evolución, sin otra especificación; “FARINGO AMIGDALITIS AGUDAS Y PITIRIASIS ALBAS EN LA ACTUALIDAD SIN SINTOMAS QUE PUEDA COMPLICAR ESTADO GENERAL DEL PACIENTE”. Le formuló medicamentos.
3. El 1 de abril de 2017, la señora Lucelly, ante la dificultad de su hijo para respirar, lo llevó por urgencias al Hospital Infantil Universitario Rafael Henao Toro, en donde se determinó, en el triage “que no era una urgencia”, ignorando los síntomas que presentaba.
4. Al día siguiente, 2 de abril, ante el grave estado de salud, llevó al menor a urgencias a igual hospital, donde le enviaron “inhaladores”.
5. El 17 de abril de 2017, volvió a urgencias del citado hospital, requiriéndolos para evaluar a su hijo porque era evidente que no podía respirar, por lo que es entubado de inmediato.
6. Tanto la Nueva EPS como el hospital, trataron las advertencias como una simple tos o crisis respiratoria.
7. Luego de un examen, se encontró una “MASA EN MEDIASTINO POSTERIOR DE CARACTERISTICAS DESCRITAS PROBABLMENTE EN RELACIÓN CON QUISTE DE DUPLICACIÓN ESOFAGICA, QUISTE NEUROENTERICO O TUMOR DE ORIGEN NEURAL SE SUGIERE VALORACIÓN COMPLEMENTARIA MEDIANTE ESTUDIO DE RESONANCIA (...)”.
8. El 19 de abril de 2017, se tomó la decisión de trasladar al menor del Hospital Infantil a uno de mayor complejidad en Pereira, pero en el trayecto el joven sufrió un paro cardíaco respiratorio, por lo que fue trasladado de inmediato al Hospital Santa Sofía de Caldas, en donde evaluaron de inmediato al menor por parte de cirujano de tórax y un oncólogo, que lo sometieron a cirugía y radioterapia; “se extrae que se presentó desde el inicio un mal pronóstico, por lo cual el deterioro del joven fue grave”, pero lograron estabilizarlo y operaron, con una recuperación parcial que le permitió volver a casa.
9. El 11 de junio de 2017, el joven falleció.
10. Son tres “los actos generadores de la pérdida -sic- de oportunidad” (...) “un diagnóstico errado y tardío”; el retardo en la prestación del servicio y haber practicado intervenciones quirúrgicas al menor por parte del Hospital Infantil de Caldas, “sin el consentimiento autorizado de la madre”.

### **III. RÉPLICA**

La Cruz Roja Colombiana, seccional Caldas, como propietaria del Hospital Infantil Universitario Rafael Henao Toro, contestó la demanda<sup>1</sup>. Formuló como excepciones de mérito, cumplimiento de la obligación asistencial por parte del Hospital Infantil y sus profesionales, ausencia de culpa o falla en la

<sup>1</sup> Cfr, página 115 y siguientes, 01Cuaderno, C02JuzgadoAdministrativo, 01PrimerInstancia, C01PrimerInstancia.

prestación del servicio médico asistencial, cumplimiento de las obligaciones derivadas del sistema general de seguridad social en salud, inexistencia de daño generado por la atención brindada en el hospital, inexistencia del nexo causal entre la atención y el fallecimiento del menor, régimen de culpa probada – necesidad de la prueba de la culpa como elemento de la falla, obligación de medio y no de resultado, reacción idiosincrática el paciente – fuerza mayor / caso fortuito, improcedencia del cobro de los perjuicios materiales, en modalidad de lucro cesante, inexistencia de la prueba del perjuicio material pretendido. Objeto también el juramento estimatorio.

Llamó en garantía a la aseguradora Allianz Seguros S.A.<sup>2</sup>.

La Nueva EPS<sup>3</sup> objetó la estimación de la cuantía. Invocó como excepciones de mérito las de ausencia de culpa de la Nueva EPS, daño ocasionado exclusivamente por las condiciones patológicas del paciente, ausencia de nexo causal entre la conducta desplegada por la Nueva EPS y el daño, inexistencia de hecho ilícito – cumplimiento de obligaciones legales y contractuales de la entidad, inexistencia de nexo de causalidad entre el daño alegado y la actividad y conducta desplegada por Nueva EPS, inexistencia de daño indemnizable, cobro de lo no debido y enriquecimiento sin causa.

### **Contestación llamada en garantía.**

Allianz Seguros S.A.<sup>4</sup> invocó las excepciones de fondo de inexistencia de responsabilidad atribuida a la Cruz Roja Colombiana Seccional Caldas, por la falta de acreditación probatoria de los elementos estructurales de la responsabilidad, cumplimiento a todos los reglamentos, lex artix y prestación del servicio médico asistencial en forma oportuna, perita y diligente, hecho exclusivo y determinante de un tercero, enriquecimiento sin causa y genérica. Y frente al llamamiento, propuso las de inexistencia de amparo y consecuentemente de obligación indemnizatoria en tanto no se realizó el riesgo asegurado previsto en la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales No. 02226789/0, límites máximos de responsabilidad del asegurador y condiciones de la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales No. 02226789/0 que enmarcan las obligaciones de las partes, coaseguro e inexistencia de solidaridad pactado en la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales No. 02226789/0, deducible y genérica.

Es de advertir que, mediante proveído de 19 de abril de 2023<sup>5</sup>, se aceptó el desistimiento del proceso, en contra de la ESE Hospital Departamental Universitario Santa Sofía de Caldas. En consecuencia, se ordenó también la desvinculación de Seguros del Estado S.A. y BBVA Seguros Colombia S.A., llamadas en garantía por la primera y, luego, por auto de 29 de mayo de 2023 se

<sup>2</sup> Cfr, página 1, 06CuadernoLlamamientoCruzRojaAllianzSa, C02JuzgadoAdministrativo, 01PrimerInstancia.

<sup>3</sup> Cfr, página 56, 05CuadernoD, C02JuzgadoAdministrativo, 01PrimerInstancia.

<sup>4</sup> Cfr, 17ContestacionLlamamientoAllianzSeguros, C02JuzgadoAdministrativo, 01PrimerInstancia.

<sup>5</sup> Cfr, 49AutoAceptaDesistimientoFiaAi, C02JuzgadoAdministrativo, 01PrimerInstancia.

declaró la falta de jurisdicción por parte del Juzgado Séptimo Administrativo de Manizales<sup>6</sup>.

#### **IV. FALLO DE PRIMER NIVEL**

La sentenciadora de primer nivel, en su momento, resolvió negar las pretensiones de la demanda y declaró probadas las excepciones de “ausencia de culpa o falla en el servicio por la prestación del servicio médico asistencial por parte del Hospital Infantil de la Cruz Roja colombiana y o de sus profesionales, diligencia y cuidado, cumplimiento de las obligaciones derivadas del sistema general de Seguridad Social en salud por parte del Hospital Infantil Universitario de la Cruz Roja colombiana, Seccional Caldas. Procesos de aceptación y referencia, inexistencia del nexo causal entre la atención brindada en el Hospital Infantil universitario y el fallecimiento del menor Alexander Carvajal Vargas, régimen de culpa probada, necesidad de la prueba de la culpa como elemento de la falla. Y de las propuestas por Nueva EPS, inexistencia De hecho ilícito, cumplimiento, obligaciones legales y contractuales de nueva EPS, inexistencia de nexo de causalidad entre el daño alegado y la actividad de conducta desplegada por nueva EPS. De Allianz seguros generales, inexistencia de responsabilidad atribuida a la Cruz Roja Colombiana Seccional Caldas, propietaria del Hospital Infantil Universitario “Rafael Henao Toro” por la falta de acreditación probatoria de los elementos estructurales de la responsabilidad y cumplimiento a todos los reglamentos, lex artis y prestación del servicio médico asistencial en forma oportuna, perita y diligente por parte de HIU”. Condenó en costas a la parte demandante en favor del extremo demandado y las llamadas en garantía.

Para fincar su postura adujo que la tesis del Despacho “es que no se encuentran los elementos de culpa y nexo causal que amerite la declaratoria de responsabilidad médica por el fallecimiento de Alexander, así como tampoco se demuestra el cumplimiento de los requisitos para configurar la pérdida de la oportunidad en el tratamiento de la enfermedad que finalmente causó la muerte al paciente”.

#### **V. IMPUGNACIÓN**

La parte demandante replicó puntualmente que, existe inconformidad “frente a la totalidad de la decisión y la valoración probatoria efectuada por el Despacho”, en tanto se incumplió con lo reglado en el canon 176 del CGP, lo que hizo concluir que no se daban los elementos axiológicos de la responsabilidad civil extracontractual. Adujo que era errado el raciocinio de la Juez “cuando menosprecia el lapso de tiempo transcurrido en los trámites administrativos internos que debieron surtirse en el Hospital Infantil Universitario de Caldas, al establecerse la necesidad de remitir al menor a un centro hospitalario de mayor complejidad, así como la dificultad en la consecución del servicio de ambulancia para el desplazamiento del paciente a la ciudad de Pereira”. Citó que “solo

---

<sup>6</sup> Cfr, 61AutoDeclaraFaltaJurisdiccion, C02JuzgadoAdministrativo, 01PrimerInstancia.

aparece dentro del haz probatorio un reporte de prensa que da cuenta del acaecimiento de aguaceros torrenciales en la ciudad para la fecha del requerimiento, mas no existe evidencia específica que demuestre el por qué se afectó la prestación del servicio, quedándose tal aserto en una simple suposición del Honorable Despacho fallador”. Expuso que en pacientes de extrema gravedad, cada minuto implica el agravamiento de la situación, de ahí que exista intervención quirúrgica inmediata o de urgencia, y así lo era este caso, pues como lo dijo la Dra. Lina Paola Melo, al paciente no solamente era necesario intubarlo, pues la intubación sólo iba a salvarle la vida de momento, sino que había que hacerle “otras cosas para que saliera adelante”, mientras podía llegar a la UCI y determinar allí si el tumor era operable o no”.

Criticó que no se apreció el testimonio de la Dra. Sandra Castillo, quien informó sobre la evolución “rápidamente” de la patología en los menores e insistió en que desde el momento de la llegada del menor al Hospital Infantil se le debía realizar una exploración a fondo, toda vez que la tos persistente, la expectoración y la asfixia, “se venía presentando de tiempo atrás”. Sin embargo, resaltó, los galenos de la entidad demandada “se atuvieron al diagnóstico pretérito de los médicos de la Nueva E.P.S. (asma) y del tratamiento con base en Salbutamol, “porque había surtido efectos” sin tener en cuenta que ello sólo representaba un medio para facilitar la oxigenación del enfermo, pero nunca el remedio frente a las causas reales del cuadro patológico que afectaba al menor”.

Sostuvo que la ciencia médica indica que una tos persistente que se mantenga por un lapso superior a dos semanas, “obliga” a realizar, de entrada, un estudio minucioso y profundo, para descartar patologías graves, y debe primar sobre otras prácticas como las usadas por el hospital, lo que motivó la demora en la realización de la tomografía computarizada, que hubiera permitido un diagnóstico oportuno, como lo indicó la Dra. Sandra Carillo. En ese orden, alegó que la demandada optó por adoptar el diagnóstico que se le venía asignando a la patología de tiempo atrás, por el simple hecho de que presuntamente la acción del salbutamol era suficiente, siendo así que en la primera consulta en el Hospital Infantil Universitario de Caldas le ordenaron el mismo tratamiento, desconociendo que los síntomas de que dio cuenta desde un principio la señora madre del menor – tos persistente con expectoración y asfixia durante más de dos semanas -, imponía un estudio a fondo con base en radiografías de torax -sic- y tomografía, tal como lo enseña la ciencia médica”.

En esta Sede, arrió escrito de sustentación de la alzada, destacando que, es cierto que corresponde a la parte demandante la carga de probar la culpa médica en el error de diagnóstico, pero no obsta para que el Juez, atendiendo los mandatos de la sana crítica “asiente determinadas inferencias lógicas dirigidas a deducir la culpa médica en el error de diagnóstico (e incluso el yerro mismo), o que desplace la carga de la prueba al médico o a la entidad hospitalaria demandada, por hallarse estos en mejores condiciones de probar.

Reiteró que ninguna atención le mereció a los médicos la novedad de la tos persistente, centrándose el interés en el antecedente clínico del menor de “Faringo Amigdalitis agudas” y en la “Pitiriasis Alba”, “cuando la ciencia médica ha establecido y difundido ampliamente, que una tos permanente puede ser signo de cáncer de pulmón, tal como lo han reiterado numerosas publicaciones previas a la consulta del menor, ratificadas entre otras por la divulgada el 17 de julio de 2022 con autoría de la médica española Cristina Fernández Esteban (...)”; estimó que cotejando ese “aporte médico-científico”, con las novedades físicas del menor, se evidencia identidad con las características de la tos por cáncer de pulmón. Entonces, destacó, no hubo atención por parte de la Nueva EPS con respecto al síntoma de la tos persistente.

Apreció que el menor, al ser devuelto a su casa, pasó 16 días afrontando la situación que le agravó la enfermedad y disminuyó sus posibilidades de vida, consecuencia de la omisión médica al no practicarle los procedimientos adecuados para llegar a un diagnóstico acertado. Arguyó que la a quo no acató los criterios jurisprudenciales que establecen las causales de imputación de responsabilidad a la Administración por daños derivados de un error de diagnóstico, y dijo que, si el caso presentaba dificultad para el diagnóstico, se hacía obligatorio la intervención de una junta o grupo interinstitucional para dilucidar la situación del paciente y, a su vez, el error en el diagnóstico configuró la pérdida de la oportunidad.

Por otro lado, en cuanto a la demora en la consecución del servicio de ambulancia, adujo que la culpa es compartida, en tanto las EPS e IPS están obligadas a contar con la logística para prestar el servicio; la Juez “menospreció” el tiempo transcurrido entre el momento del diagnóstico inicial de los médicos de la Nueva EPS, y el momento en que los galenos del Hospital Infantil enmendaron el yerro, “así como también el lapso de tiempo corrido entre el momento del hallazgo mediante radiografía de tórax, de una masa en el mediastino, que implicaba la toma inmediata de un TAC, lo cual comprometía el lleno de las exigencias internas de orden administrativo que tuvieron demora a pesar de la urgencia que requería el caso y cuyo resultado, una vez efectuada la toma, requirió el traslado a un centro hospitalario de mayor complejidad, habiendo corrido igualmente un interregno de tiempo entre el momento de la decisión y el de la consecución del servicio de ambulancia medicalizada para el desplazamiento del paciente a la ciudad de Pereira”.

“Tampoco apreció la Honorable Falladora, en su real dimensión, el testimonio de la doctora Sandra Carrillo, quien informó cómo la ciencia médica ha establecido que la patología tumoral (masas) evoluciona rápidamente en los menores, fenómeno que ha debido intuirse se podía presentar en la persona del menor ALEXANDER VARGAS CARVAJAL, si no recibía el diagnóstico y tratamiento oportunos, ya que al momento de la eventualidad médica de que aquí se trata contaba con 16 años de edad”. “Y, existía base suficiente para determinar, desde el momento de la llegada del menor al Hospital Infantil Universitario de

Caldas, que se le debía realizar una exploración a fondo, toda vez que la tos persistente, la expectoración y la asfixia, así como la hemoptisis, son síntomas que fueron informados “de entrada” por la acompañante de Alexander, advirtiéndole que se venían presentando por un lapso de tiempo por lo menos de dos semanas. Quiere decir ello, que los galenos del Hospital Infantil Universitario de Caldas se atuvieron al diagnóstico pretérito de los médicos de la Nueva E.P.S. (asma) y del tratamiento con base en Salbutamol, “porque había surtido efectos”, sin tener en cuenta que ello sólo representaba un medio para facilitar la oxigenación del enfermo, pero nunca una vía para establecer y diagnosticar las causas reales del cuadro patológico que afectaba al menor y obviamente, el tratamiento médico a seguir”.

Al descender traslado de la sustentación, Allianz Seguros S.A. precisó que la decisión evidencia una valoración probatoria conforme lo consagrado en el canon 176 del Código General del Proceso. Resaltó que la parte debe probar los hechos que fundamentan sus pretensiones; en este caso, la activa desistió de la mayoría de los testimonios, incluyendo a los profesionales médicos, esenciales para determinar si existió o no responsabilidad por parte de las demandadas, lo cual dejó sin sustento las afirmaciones sobre la supuesta responsabilidad médica.

La Cruz Roja Colombiana seccional Caldas, como propietaria del Hospital Infantil Universitario “RAFAEL HENAO TORO”, anotó que la acusación en estos casos debe encauzarse bajo la égida de la culpa probada, estando el demandado relevado de la carga probatoria. Estimó que la a quo realizó una debida valoración probatoria, de manera conjunta y conforme las reglas de la sana crítica, llegando a una conclusión coherente con todos los elementos de prueba.

Por su parte, la Nueva EPS, luego de hacer un recuento de lo acaecido en el trámite, asentó que los reproches de la apelante, no son ciertos ni tienen respaldo probatorio. Que la activa “no realizó ningún esfuerzo probatorio para acreditar su dicho, de conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso”, “(...) [n]o aportó ningún dictamen pericial, por el contrario, los médicos citados al proceso, explicaron de manera amplia, suficiente, espontánea y clara cuál es el proceso mental y físico que siguen los médicos para llegar a un diagnóstico, así como la patología que aquejaba a Alexander Carvajal y el manejo médico que se le instauró”.

## **VI. CONSIDERACIONES**

1. La polémica que se plantea en esta Sede, se orientó a que se declarara solidaria y civilmente responsables a las IPS y la EPS demandadas por las acciones y omisiones en la prestación del servicio de salud al menor Alexander Vargas Carvajal, dada la existencia de un nexo de causalidad entre el daño, esto es, el fallecimiento del paciente, y la conducta negligente e imprudente desplegada por aquéllas, lo que trajo como consecuencia el “errado y tardío diagnóstico” y tratamiento, el cual además se vio afectado por “el retardo” en la

remisión a un hospital de mayor complejidad, y la realización de unas intervenciones quirúrgicas al menor, sin el consentimiento autorizado de su madre, causando a la postre la pérdida de oportunidad para una mayor supervivencia.

2. En el asunto bajo análisis, se refleja que la parte activa, en concreto, fundó su inconformidad en la no prosperidad de las pretensiones de la demanda, considerando que, en su criterio, no se examinaron en su contexto los elementos probatorios y, por ende, estaban acreditados los supuestos para declarar la responsabilidad atribuida.

3. Para empezar, huelga memorar que en la responsabilidad por el acto médico, corresponde a la parte reclamante demostrar la desidia o negligencia del médico, personal auxiliar o cualquiera de los agentes de las entidades del sistema de seguridad social y, en ese sentido, en palabras de la Corte Suprema de Justicia, en reciente pronunciamiento, más exactamente en sentencia SC072-2025, memoró que “[l]a responsabilidad, esto es, la obligación que tiene el victimario de indemnizar los daños causados al afectado con ocasión de un hecho contrario a derecho, requiere de la presencia simultánea de los siguientes elementos para emerger a la vida jurídica: (I) comportamiento antijurídico; (II) factor de atribución -subjeto u objetivo-; (III) daño; y (IV) nexo causal entre el comportamiento y el daño”, y reseñó que esas exigencias son aplicables a la responsabilidad médica aunque con ciertas particularidades, que emanan de la profesionalidad del personal sanitario, las reglas científicas que guían esta actividad, las obligaciones de medios y resultado imbricadas en el diagnóstico y el tratamiento, la imprevisibilidad de la intervención galénica, entre otras variables relevantes. Luego, «causada una lesión o menoscabo en la salud», **corresponde al afectado** «demostrar [los] elementos axiológicos integradores de la responsabilidad médica[:] la conducta antijurídica, el daño y la relación de causalidad entre éste y aquélla, así como la culpabilidad» (negrilla fuera de texto SC003-2018), considerando «la naturaleza de la responsabilidad (subjeto u objetivo) o de la modalidad de las obligaciones de que se trata (de medio o de resultado)» (idem)” (negrilla fuera del texto original). “(...) En el campo médico se tiene que el galeno, por regla general, «será el error culposo en el que aquel incurra en el diagnóstico el que comprometerá su responsabilidad; vale decir, que como la ciencia médica ni quienes la ejercen son infalibles, ni cosa tal puede exigírseles, sólo los yerros derivados de la imprudencia, impericia, ligereza o del descuido de los galenos darán lugar a imponerles la obligación de reparar los daños que con un equivocada diagnosis ocasionen» (SC, 26 nov. 2010, exp. n.º 08667, reiterado en SC 28 nov. 2011, rad. n.º 1998-00869-00). Reiterado en el sentido de que el estándar es el de «la culpa probada», que se traduce en que el reclamante debe demostrar que actuaron con «impericia, imprudencia, negligencia o dolo, mientras que la presunta es una excepción acotada a ciertas materias» (SC4786-2020)”. “(...) En materia de instituciones médicas, como clínicas y hospitales, es pacífico que responden de forma directa por el hecho de sus trabajadores y dependientes, dado que en ellos se conforma y exterioriza la

voluntad del ente colectivo”.

En una palabra, tratándose de responsabilidad por el acto médico, es necesario puntualizar que por tratarse de una obligación de medio la que se deriva de la prestación del servicio profesional del galeno tratante, opera sobre la misma la culpa probada, mediante la cual, le corresponde al demandante de manera inevitable, demostrar la negligencia y falta de cuidado con el cual se obró, a más de los elementos propios de toda responsabilidad civil.

Empero, tal responsabilidad no solo puede predicarse de los galenos, merced a que los centros hospitalarios se encuentran obligados de manera directa a indemnizar por las faltas culposas que realice el personal a su mando, pues a través de los agentes se materializan los comportamientos reprochables de las entidades. Allende, es de anotar que la relación existente entre el centro asistencial y el paciente es compleja, en la medida que comprende tanto la evaluación como la valoración, dictamen, intervenciones, y también su cuidado y soporte en pro de su mejoría.

4. Pues bien, es necesario advertir por esta Sala que la Juzgadora de turno denegó la prosperidad de las pretensiones planteadas en la demanda y, consecuentemente, absolvió de todos los cargos a las demandadas, al encontrar que la conducta de los galenos tratantes no se podía encajar en un error de diagnóstico ni de tratamiento, ni en demora alguna, al paso que frente a la EPS no se logró demostrar la incidencia que tuvo en el resultado.

5. Partiendo de los puntos exactos de apelación, cumple despejar que la causalidad es un criterio que permite reconocer el acontecimiento o la incidencia que, entre muchos, hace posible y es determinante de la obtención de un resultado. De tal forma, siendo uno de los elementos cardinales de la responsabilidad civil, quien incurre en un hecho dañoso con dolo o culpa se encuentra en la obligación de repararlo, obligación que, valga decir, también se puede extender en el evento en el cual el victimario se abstiene de desplegar una acción cuando se tiene el deber jurídico de actuar en pos de soslayar o mitigar una lesión o menoscabo. En apretada síntesis, la responsabilidad surge por acción o por omisión.

No obstante, es de admitir que en la práctica la verificación del nexo causal dentro de un determinado asunto no es tan simple, por suerte que corresponde al fallador auscultar con cautela los elementos probatorios puestos a su consideración en cuanto blinden una férrea convicción de que el demandado en el caso concreto causó el daño al demandante. Por manera que en la juridicidad un hecho puede ser consecuencia de otro y, sin embargo, ese solo nexo no resulta suficiente para imponer la obligación de indemnizar por los daños que de allí se derivan o, contrario sensu, donde una consecuencia lesiva puede atribuirse a alguien, aunque no haya intervenido físicamente en el flujo causal.

En *sindéresis*, se debe establecer si existió una relación de génesis a efecto adecuada, entre el comportamiento asumido por los médicos, especialistas, institución tratante o empresa aseguradora y el daño padecido por el paciente. Y como lo prescribe el sendero jurisprudencial, el juez debe ponderar, ayudado de la ciencia, las reglas de la experiencia, la lógica y el sentido común, el material probatorio y deducir si en efecto existió una causa eficiente y decisiva imputable al obrar médico. Eso sí, con una puntualización trascendental desde el comienzo para el asunto estudiado. No cabe duda que el reclamo judicial, a través de la *alzada*, se sustentó, en suma, en dos especiales eventos “generadores de la pérdida de la oportunidad”, i) el diagnóstico tardío y errado desde la génesis de la atención médica, que llevó a perder la posibilidad de recibir un tratamiento adecuado de manera rápida y eficaz; y, ii) el retardo en la remisión a un hospital de mayor nivel, con la demora en el arribo de la ambulancia al hospital.

6. Atendiendo lo dispuesto en el canon 328 del CGP, habrá lugar a circunscribir el estudio de la pretensión impugnativa, a esos reparos concretos formulados por el extremo activo, los cuales se hicieron radicar en los argumentos que, en *sinopsis*, señalan que, contrario a lo indicado en primer grado, sí se logró acreditar la existencia del daño y el nexo de causalidad entre este y el hecho generador, que corresponde al mal diagnóstico de la enfermedad y a la negligencia en la prestación de los servicios médicos al paciente con la tardanza en la remisión a la UCI, amparada la tesis en lo siguiente:

- Existió demora en los trámites administrativos internos que se debieron surtir en el Hospital Infantil, al establecerse la necesidad de remisión a un centro hospitalario de mayor complejidad, aunado a la dificultad para conseguir el servicio de ambulancia para el desplazamiento del menor a la ciudad de Pereira, sin que se evidencie prueba que de cuenta de la razón de la afectación del servicio, más allá del aguacero torrencial esa noche en la ciudad. Retraso que, estimó, confluía en el paro cardio respiratorio que afectó al menor.

- Anotó que cada minuto era vital, y que la Dra. Lina Paola Melo indicó que no sólo había que intubarlo, sino hacerle “otras cosas para que saliera adelante”; además, la testigo Dra. Sandra Castillo, indicó que una patología tumoral en menores evoluciona rápidamente, lo que debió intuirse se podía presentar en el caso del joven, máxime cuando la tos persistente, expectoración y asfixia se presentaba de tiempo atrás, como lo informó la madre, y los médicos solo se atuvieron al “diagnóstico pretérito de los médicos de la Nueva EPS (Asma), y su tratamiento con salbutamol.

- Aseveró que una tos persistente por un lapso superior a dos semanas, obliga a realizar de entrada un estudio minucioso y profundo, para descartar patologías graves, primando sobre otras prácticas como la usada en el Hospital, que demoró la realización de la tomografía computarizada, que hubiera permitido un diagnóstico oportuno, como lo dijo la Dra. Sandra Carrillo, y propiciando la rápida evolución de la masa.

- Que el primer tratamiento enviado al menor fue “Ácido Ascórbico, betametasona al 0.05%, Clotrimazol al 1% (crema), Dexametasona Fosfato de 8 mg, difenhidramina (jarabe) y naproxeno”, de los cuales, según investigación en internet que hizo la apoderada de la demandante, los tres primeros combaten la pitiriasis y en general problemas de la piel, el Naproxeno reduce la fiebre y dolores y combate el resfriado común. Ninguna atención le mereció a los médicos la tos persistente, centrándose en el antecedente clínico del menor, “cuando la ciencia médica ha establecido y difundido ampliamente, que una tos permanente puede ser signo de cáncer de pulmón”.

- El menor fue devuelto a la casa y pasó 16 días afrontando la situación que le agravó la enfermedad y disminuyó sus posibilidades de vida, y se omitió tener en cuenta el antecedente jurisprudencial indicativo de que establecen las causales de imputación de responsabilidad a la Administración por daños derivados de un error de diagnóstico, como es: “- *Cuando el profesional omitió utilizar oportunamente todos los recursos técnicos y científicos a su alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente (Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C, sentencia de 22 de enero de 2014, Exp. 28.816, posición reiterada en sentencia del 3 de octubre de 2016, Exp. 40.057).* - *Cuando existe una omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto (Consejo de Estado en la misma sentencia anterior)* - *Cuando el galeno interpretó indebidamente los síntomas que presentó el paciente (Consejo de Estado en la misma sentencia anterior)*”.

- Si el caso presentaba dificultad en el diagnóstico, se hacía obligatorio la intervención de una junta o grupo interinstitucional para dilucidar la situación del paciente; en cambio, existió un diagnóstico errado de parte de la Nueva EPS, acogido inicialmente por el Hospital, cuando debía hacerse una investigación.

7. Vale resaltar es que en relación con la responsabilidad de las EPS e IPS se debe sopesar lo establecido en el artículo 177 de la ley 100 de 1993 el cual indica que la función principal de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), es la de “organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados”; y de conformidad con el artículo 178 ibídem, deben “establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”; por tanto en palabras de la H. Corte Suprema de Justicia en su Sala de Casación Civil tienen “el deber legal de garantizar la calidad y eficiencia de los servicios de salud, por cuya inobservancia comprometen su responsabilidad, sea que lo presten directamente o mediante contratos con las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y profesionales respectivos (artículo 179, ejusdem)”.

Igualmente, la prestación de los servicios de salud garantizados por las

Entidades Promotoras de Salud (EPS), no excluye la responsabilidad legal que les corresponde cuando los prestan a través de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) o de profesionales mediante contratos reguladores sólo de su relación jurídica con aquéllas y éstos. Por lo tanto, a no dudarlo, la prestación del servicio de salud deficiente, irregular, inoportuna, lesiva de la calidad exigible y de la *lex artis*, compromete la responsabilidad civil de las Entidades Prestadoras de Salud y facilitándolos mediante contratación con Instituciones Prestadoras de Salud u otros profesionales, son todas solidariamente responsables por los daños causados, especialmente, en caso de muerte o lesiones a la salud de las personas.

8. En cuanto a la primera de las acusaciones, se debe plantear que el diagnóstico, según dictados de la jurisprudencia, debe ser tomado como “el conjunto de actos enderezados a determinar la naturaleza y trascendencia de la enfermedad padecida por el paciente, con el fin de diseñar el plan de tratamiento correspondiente, de cuya ejecución dependerá la recuperación de la salud, según las particulares condiciones. Esta fase de la intervención del profesional suele comprender la exploración y la auscultación del enfermo y, en general la labor de elaborar cuidadosamente la “anamnesia”, vale decir, la recopilación de datos clínicos del paciente que sean relevantes”. Añadiendo que “ciertamente, de una tarea compleja, en la que el médico debe afrontar distintas dificultades, como las derivadas de la diversidad o similitud de síntomas y patologías, la atipicidad e inespecificidad de las manifestaciones sintomáticas, la prohibición de someter al paciente a riesgos innecesarios, sin olvidar las políticas de gasto adoptadas por los órganos administradores del servicio. Así por ejemplo, la variedad de procesos patológicos y de síntomas (análogos, comunes o insólitos), difíciles de interpretar, pueden comportar varias impresiones diagnósticas que se presentan como posibles, circunstancias que, sin duda, complican la labor del médico, motivo por el cual para efectos de establecer su culpabilidad se impone evaluar, en cada caso concreto, si aquel agotó los procedimientos que la *lex artis ad hoc* recomienda para acertar en él...”<sup>7</sup>.

Descendiendo al caso particular, en la historia clínica se describieron todos los servicios suministrados al paciente. En efecto, el paciente consultó clínicamente, según lo probado, el 31 de marzo de 2017, y posteriormente, el 16 de abril del mismo año, reconsultando el 17 siguiente, ante la falta de mejoría. Con ello, se hace imperiosa una extracción justa de las atenciones enlistadas, con relación a los síntomas presentados, diagnósticos dados y tratamientos ordenados, en razón a que ello resulta ser el punto cardinal de la demanda:

- El 31 de marzo de 2017, ante Viva 1A IPS Laureles de Manizales, Nueva EPS, acudió el menor en compañía de su madre, por tener “MUCHA TOS”, y se plasmó como enfermedad actual “CUADRO CLINICO CONSISTENTE EN TOS ACOMAÑADO DE MALESTAR GENERAL DE DATA DE 1 SEMANA DE EVOLUCION SIN OTRA ESPECIFICACION” -sic-. Se encontró “AMIGDALAS INFLAMADAS ERITEMATOSAS EDEMATOSAS TOS SECA”. “SE TRATA DE PACIENTE MASCULINO CON CLINICA CONSISTEMNTE EN GARINGO AMIGDALITIS AGUDAS Y PITIRIASIS ALBAS EN

<sup>7</sup> SC 26 de noviembre de 2010, rad. 1999 08667-01

LA ACTUALÑIDAD SIN SINTOMAS QUE PUEDA COMPLICAR ESTADO GENERAL DEL PACIENTE MOTIVO POR EL CUAL SE INDICA MANEJO MEDICO A SEGUIR BAJO RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA” -sic-. Se diagnostica: “AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA”, “FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA”, “PITIRIASIS ALBA”, y se ordena “DIFENHIDRAMINA”, “CLOTTRIMAZOL”, “BETAMETASONA”, “ASCORBICO ACIDO”, “NAPROXENO”, “DEXAMETASONA”<sup>8</sup>.

- Corporación IPS Salud Coop, Eje Cafetero, brindó atención al menor el 16 de abril de 2017<sup>9</sup>, siendo diagnosticado con asma no especificado. La misma entidad, recibió al menor el 17 de abril de 2017, encontrando “paciente con cuadro de disnea de varios dias de evolucion con manejo medico en el dia de ayer con mejoría parcial razón por la cual reconsulta, no antecedentes personales no quirurgicos no alergico a medicamentos tien vacunación completa / persiste con disnea tos, dolor abdominal” -sic- Tratamiento Realizado: “MNB CON ESQUEMA DE CRISIS CON BERODUAL ADEMAS CON INHALADORES DE CORTA ACCION ESTEROIDE VENOSO”, Impresión Diagnóstica: Diagnóstico Principal: “J459 Asma, no especificada”, “ESTADO ASMÁTICO PERSISTENTE”, Motivo de la Referencia del Paciente: “PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL,POLIPNEICO USO DE MUSCULOS ACCESORIOS, SUMENTO IMPRRTANTE DEL TRABAJO REPSIRATORIO, MUCOSA ORAL HUMEDA CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADO, DISMINUCION GENERALIZADA DEL MURMULLO VESICULAR, VESICULAR RUDO SE ASUCULTAN RONCOS NI SIBILANCIAS GENRALIZADAS INSPIRATORIS Y ESPIRATORIAS EN AMBOS CAMPOS PULMOMNNARES. NO SE AUSCULTAN CREPITOS,RUIDOS CARDIACOS RITMICOS TAQUICARDICOS NO SE ASUCULTAN SOPLOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO SE PALPAN MASAS NO HAY VISCEROMEGALIAS, NOHAY DOLOR A LA PALPACION PERISTALTISMO NORMAL NO EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES BUENA PERFUSION DISTAL LLENADO CAPILAR DOS SEGUNDOS, CONSCIENTE SIN DEFICIT NI FOCALIZACION., PACIENTE CON CUADRO E CRISIS ASMÁTICA CON COMPONENTE BRONQUIAL SIN MEJORIA A PESAR DE TERAPIA DE INHALADORES Y ESTEROIDEA CONSIDERO QUE EL PACIENTE DEBE SER MANEJADO EN NIVEL SUPERIOR RAZON POR LA CUALS E DETRMINA REMISION PARA MONITOREO Y MANEJO SE INICIA NUEVAMENTE ESQUEMA DE CRISIS, MNB” -sic-<sup>10</sup>

- De la historia clínica del Hospital Infantil, se evidencia que el 17 de abril de 2017<sup>11</sup>, a las 11:21 pm, ingresó el menor Alexander Carvajal, en compañía de su madre Lucelly Vargas Sanabria. Se consigna allí en el campo de motivo de la consulta: “REMITIDO DE IPS DEL EJE CAFETERO POR CRISIS ASMÁTICA”. “ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE DE 15 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA CON CUADRO CLINICO DE UN MES DE EVOLUCION CONSISTENTE EN TOS PRODUCTIVA CON EXPECTORACION VERDOSA, ACOMPAÑADA DE HEMOPTISIS EN VARIAS OPORTUNIDADES EN NUMERO DE 4 OPORTUNIDADES, ASOCIADO A DIFICULTAD RESPIRATORIA CUAL HA EMPEORADO EN LOS ULTIMOS 5 DIAS, ADEMAS RELATA DIAFORESIS NOCTURA, REFIERE QUE SOBRINA CON LA QUE CONVIVE TOSE MUCHO, MOTIVOS POR LOS CUALES CONSULTA A LA IPS DEL EJECAFETERO DONDE REALIZAN DIAGNOSTICO DE ASMA Y MANEJO CON NEBULIZACIONES E INHALADORES SALBUTAMOL, BROMURO DE IPATROPIUM, BECLOMETASONA, DAN EGRESO HOSPITALARIO EL DIA DE AYER PERO DEBIDO A LA PERSISTENCIA DE LOS SINTOMAS RECONSULTA CON POBRE RESPUESTA AL MANEJO INSTAURADO POR LO CUAL REMITEN PARA CLARIFICAR

<sup>8</sup> Cfr, página 3, 26RespuestaRequerimientoHistoriaClinica, 01Principal, 01PrimerInstancia, C01PrimerInstancia.

<sup>9</sup> Cfr, página 106, 05CuadernoD, C02JuzgadoAdministrativo, 01PrimerInstancia, C01PrimerInstancia.

<sup>10</sup> Cfr. Pág. 262ss, documento “01Cuaderno.pdf”, C01PrimerInstancia, 01PrimerInstancia, C02JuzgadoAdministrativo.

<sup>11</sup> Cfr, página 186, 01Cuaderno, C02JuzgadoAdministrativo, 01PrimerInstancia.

DIAGNOSTICO Y PARA MANEJO. NO PERDIDA DE PESO, ALIMENTACION EN POCA CANTIDAD, CON FEBRICULA OCASIONAL” -sic-.

“PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES DE SALUD, CONCIENTE, ALERTA, HIDRATADO, AFEBRIL, POLIPNEICO, CON RETRACCIONES, UNIVERSALES, SIBILANCIAS A LARGA DISTANCIA, CON SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. NORMOCEFALO PUPILAS SIMÉTRICAS, REACTIVAS A LA LUZ, CONJUNTIVAS PALIDAS, DOLOR A LA PALPACION DE SENOS PARANASALES FRONTALES, MUCOSAS, ROSADAS, OROFARINGE SANA CUELLO MÓVIL, SIN MASAS PALPABLES, TÓRAX SIMÉTRICO, DISMINUCION DEL MURMULLO VESICULAR, CON SIBILANCIAS GENERALIZADAS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SINCRÓNICOS CON EL PULSO, CON ARRITMIA RESPIRATORIA, SIN SOPLOS AUSCULTABLES. ABDOMEN SIMÉTRICO. RI, BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOR A LA PALPACION DE LOS RECTOS ABDOMINALES, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO SE PALPAN MASAS, GENITOURINARIO NO EVALUADO, EXTREMIDADES SIMÉTRICAS, MÓVILES, LLENADO CAPILAR DE 3 SEGUNDOS, PULSOS SIMÉTRICOS EN LAS 4 EXTREMIDADES, NEUROLÓGICO SIN DETERIORO APARENTE, INTERACTUANDO ADECUADAMENTE CON EL EXAMINADOR. CONDUCTA E INDICACIONES MÉDICAS - ANÁLISIS: PACIENTE DE 15 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE UN MES DE EVOLUCION CONSISTENTE EN EPISODIOS DE TOS ACOMPAÑADOS DE EXPECTORACION Y HEMOPTISIS TISI OCASIONAL, NIEGA ASMA PREVIAMENTE, ADEMAS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, EL CUADRO HA EMPEORADO EN LOS ULTIMOS 5 DIAS POR LO CUAL CONSULTAN A SU IPS LOCAL DONDE REALIZAN MANEJO INICIAL CON NEBULIZACION Y SALBUTAMOL CON POCA MEJORIA AL MANEJO INSTAURADO POR LO CUAL REMITEN PARA MANEJO, AL INGRESO PACIENTE ESTABLE CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE, AL EXAMEN FISICO CON DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIBILANCIAS Y RONCUS GENERALIZADAS, SIN EMBARGO LLAMA LA ATENCION LA DIAFORESIS NOCTURNA Y LA HEMOPTISIS REFERIDA EN LA ENFERMEDAD ACTUAL EXPECTORACION PURULENTO DE UN MES DE EVOLUCION, POR LO QUE SE REALIZA MANEJO INICIAL CON INHALADORES Y SE SOLICITAN ESTUDIOS DE EXTENSION PARA DESCARTAR TBC O NEUMONIA POR ATIPICOS, SE HOSPITALIZA AISLADO” -sic-.

Por lo encontrado, la especialista pediátrica que lo atendió, ordenó de manera inmediata aislamiento hasta descartar “TBC, POSICION SEMIFOWLER OXIGENO POR CANULA NASAL PARA SATURACION >92% SALBUTAMOL 2 PUFF CADA 10 MINUTOS POR UNA HORA, CADA 20 MINUTOS POR UNA HORA, CADA 30 MINUTOS POR UNA HORA, POSTERIORMENTE CADA HORA POR CUATRO HORAS, CADA DOS PERMANENTE BROMURO DE IPRATROPIO 2 PUFF CADA 4 HORAS SE SOLICITA **RADIOGRAFIA DE TORAX PA Y LATERAL URGENTE** SE SOLICITA CUADRO HEMATICO Y PCR BK SERIADO EN ESPUTO #3 PRUEBA DE TUBERCULINA SIGNOS VITALES CADA 6 HORAS AVISAR CAMBIOS ACETAMINOFEN TAB 500 MGRS DAR 500 VIA ORAL AHORA POR CEFALEA Y LUEGO CADA 6 HORAS POR DOLOR O FIEBRE” -sic-(negrilla de la Sala).

En respuesta de Interconsultas, el 18 de abril de 2017<sup>12</sup>, siendo la 1:46 a.m., se evidenció: “RX DE TORAX:**SE OBSERVA IMAGEN REDONDEDA EN REGION DE MEDIASTINO, CON IMAGENES REDONDEADAS EN REGION DE HILIOS, NO SE OBSERVA DERRAME. LLAMA LA ATENCION IMAGEN PULMONAR, NO SE INICIA ANTIBIOTICO, SE DESCARTARA NEUMONIA, DETERMINAR CAUSA**

<sup>12</sup> Cfr, página 192, ibidem.

**DE IMAGEN RADIOPACA. SE CONSIDERARA EN RONDA DEL DIA DETERMINAR CON RADIOLOGIA SI REQUIERE TAC DE TORAX". Diagnóstico: "NEUMONÍA BATERIANA \* NO ESPECIFICADA" -sic- (negrilla fuera del texto).**

En igual fecha se deja la siguiente nota: "ANÁLISIS-ADOLESCENTE CON CUADRO DE TOS PERSISTENTE DE 1 MES DE EVOLUCION CON EXPECTORACION PURULENTO Y EN OCASIONES ASOCIADO A HEMOPTISIS, CON PLACA DE TÓRAX EN LA QUE SE DEBE DESCA CONPLA X EN LA QUE SE DEBE DESCARTAR MASA EN MEDIASTINO QUE REQUIERE SER ESTUDIADA CON MEJORÍA DE LOS ACCESOS DE TOS. CONTINUA IGUAL MANEJO MÉDICO. ATENTOS A EVOLUCIÓN CLÍNICA PLAN- PESO 52 KG -HOSPITALIZAR EN AISLAMIENTO HASTA DESCARTAR TBC - DIETA CORRIENTE - OXIGENO POR CANULA NASAL PARA SATURACION >90% -ACETAMINOFEN TAB 500 MGRS DAR 500 CADA 6 HORAS SI DOLOR O FIEBRE - SALBUTAMOL 2 PUFF CADA 1CUATRO HORAS -BROMURO DE IPRATROPIO 2 PUFF CADA 4 HORAS -SE SOLICITA CREATININA - **SE SOLICITA TAC DE TORAX CONTRASTADO** - PENDIENTE BK SERIADO EN ESPUTO #3 - PENDIENTE PRUEBA DE TUBERCULINA - SIGNOS VITALES CADA 6 HORAS".

Diagnóstico: "**TUMEFACCIÓN \* MASA O PROMINENCIA LOCALIZADA EN PARTE NO ESPECIFICADA**" "TUBERCULOSIS DEL PULMON \* SIN EXAMEN BATERIOLOGICO E HISTOLOGICO", dado el 18 de abril de 2017, a las 6:42 am. En igual fecha, siendo las 2:03 pm se encontró paciente con dificultad respiratoria marcada, retracciones supraclaviculares, intercostables, con sibilancias, informando a la pediatra de turno, Luz Marina Flóez. Luego, existe nota de que la pediatra ordenó "INICIAR ESQUEMA DE SALBUTAMOL 3 PURIFICADA 15 MINUTOS POR UNA HORA, SE INICIA SIN COMPLICACION Y LUEGO CONTINUAR 3PUFF CADA 30 MINUTOS POR DOS HORAS".

A las 3:06 pm se deja nota que estaba pendiente la toma del TAC, a la espera de cumplir el ayuno, paciente con marcada dificultad respiratoria. "SEGUIMIENTO MÉDICO FC:110 FR: 28 PACIENTE MASCULINO DE 15 AÑOS DE EDAD CON **CUADRO DE PROBABLE MASA MEDIASTINAL EN ESTUDIO, EN EL MOMENTO PENDIENTE TAC DE TÓRAX RECIBO LLAMADO DE ENFERMERÍA ANTE DESCOMPENSACIÓN AGUDA DEL PACIENTE; AL EXAMEN FISICO ENCUENTRO PACIENTE TAQUIPNÉICO, CON RETRACCIONES SUBCOSTALES Y SUPRACLAVICULARES, CON ESTRIDOR Y SIBILANCIAS A LA AUSCULTACIÓN GENERALIZADA. NO CIANOSIS, NO OTROS SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. SE INIDICA ESQUEMA DE CRISIS CON SALBUTAMOL 2PUFF CADA 15 MIN POR UNA HORA, VIGILANCIA MÉDICA Y SE AGILIZAN TRÁMITES PARA REALIZACIÓN DE TOMOGRAFIA, ADEMÁS SE SOLICITA PCR EN ESPUTO PARA TBC. PLAN SALBUTAMOL 3 PUFF CADA 15 MINUTOS POR UNA HORA, LUEGO CONTINUAR A 3 PUFF CADA MEDIA HORA DURANTE 2 HORAS HASTA PRÓXIMA EVALUACIÓN SS-PCR PARA TBC EN ESPUTO PTE TAC DE TÓRAX POR LO DEMÁS IGUAL MANEJO MÉDICO REPORTE E INTERPRETACIÓN DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS - NO HAY PENDIENTES".**

A las 4:08 pm<sup>13</sup> se apuntó: "**SE LLEVA PACIENTE A PHICO PARA TOMA DE TAC DE TORAX CONTRASTADO, CON OXIGENO BAJO CANULA NASAL A 1 LITRO POR MINUTO, CON DIFICULTAD RESPIRATORIA MARCADA, CON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO PERMEABLE PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION**" -sic-.

---

<sup>13</sup> Cfr, página 204, ibidem.

A las 7:05 pm de igual día se deja nota<sup>14</sup>: “PACIENTE QUE DURANTE LA TARDE PRESENTO DETERIORO EN SU ESTADO DE SALUD EN EL MOMENTO DECAÍDO SOMNOLIENTO MANIFIESTA DOLOR EN ESPALDA, POR DIFICULTAD RESPIRATORIA SUPRA EXTERNAL SE INICIO SOPORTE CON MASCARA DE NO REHINALACION, SE TOMO TAC DE TORAX, PLACA YA VALORADA POR PARTE MEDICA, SOLICITO A PERSONAL DE PHILCD AGILIZAR REPORTE DE LECTURA POR RADIOLOGO DE LA PLACA EN EL MOMENTO CON SIGNOS VITALES: PRESION ARTERIAL 113/66 TEMPERATURA 36.8 GRADOS. FC: 94 SATURACION 98% CON MASCARA DE NO REHINALACION. SE INFORMA A PEDIATRA DE TURNO, SE SOLICITA VALORACION.OBSERVAR E INFORMAR CAMBIOS DE FORMA INMEDIATA. **PACIENTE AL PARECER CON GRAN OBSTRUCCION DE VIA AREA QUE PODRIA NECESITAR TRASLADO A UCI, SE CUIDA POR EL MEDICO EN CUIDADO PACIENTE CON EL DOCTOR LUIS FERNANDO CORDINADOR. QUEDA ATENTA**” -sic-.

“PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, CON MASA EN MEDIATINO POSTERIOR. CON DISNEA PROGRESIVA AL EXAMEN FISICO PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES PALIDO DISNEICO POLIPNEICO CON DISBALANCE TORACOABDOMINAL FC 72X MIN SATO2:99%, FR 28 XMIN TA: 102/48. ESTRIDOR INSPIRATORIO, NO ADENOPATIAS, NO INGURGITACION YUGULAR CAMPOS PULMONARES HIPOVENTILADOS, SIN SOBREGREGADOS RUIDOS CARDIACOS ACOS RITMICOS, SIN SOPLOS ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO HEPATO, NI ESPLENOMEGALIA, PERISTALTISMO+ NEUROLOGICO Y LOCOMOTOR: AGITADO, ALGICO, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS REPORTE E INTERPRETACION DE AYUDAS DIAGNOSTICAS PACIENTE **CON MASA EN MEDIATINO POSTERIOR QUE COMPRIME VIA AEREA RIESGO DE FALLA VENTILATORIA, SS GASES ARTERIALES INTERCONSULTA A UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO**” -sic-.

Siendo las 8:23 pm, de 18 de abril de 2017, se deja reporte de diagnóstico confirmado **“TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL MEDIASTINO”**.

A las 9:28 pm se tiene: “DETALLES: PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADO, PÁLIDO, CON ESTRIDOR AUDIBLE, CON DIFICULTAD RESPIRATORIA MARCADA, RETRACCIONES SUPRAESTERNALAS, MÚSCULOS SUPRAESTERNALES. SE NOTA CON MARCADA Rx DE REHABILITACIÓN CON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO PERMEABLE. SE PASA BOLUS RÁPIDO POR PEDIATRÍA DE SUERO DE SOLUCIÓN HARTMAN. POSTERIORMENTE CONTINÚA CON LÍQUIDOS DE REPOSICIÓN. SE TOMAN GASES ARTERIALES, SE SOLICITA LABORATORIO ADICIONAL. EL REPORTE SE MUESTRA DENTRO DE RANGOS SEGÚN LA EDAD. SE USA NEBULIZACIÓN OFT CON ADRENALINA. SE COMENTA PACIENTE NECESITANDO CON CUIDADOS Y CAMBIOS. NO TIENEN CONVENIO, SE COMENTA EN PEREIRA CON UNIKIS INDICAN QUE NO TIENEN CONVENIO CON LA EPS, QUEDA ATENTA A CAMBIOS”. Seguidamente se deja constancia que **el paciente fue aceptado en Unikids Pereira y estaba pendiente traslado a cuidado intensivo pediátrico.**

A las 10:34 pm “SEGUIMIENTO MÉDICO - PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES. AUMENTO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. SATO2: 99% FC 88 XMIN FR 30 XMIN CAMPOS PULMONARES HIPOVENTILADOS.

<sup>14</sup> Cfr, página 208, ibidem.

ESTRIDOR TRANSMITIDO DE VIA AEREA SUPERIOR, RETRACCIONES SUPRAESTERNALES, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS PACIENTE ACEPTADO EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEREIRA, UNIKIDS, **LA AMBULANCIA CIA LO RECOGERA A LAS 2 AM REPORTE E INTERPRETACION DE AYUDAS DIAGNOSTICAS- SE ASEGURARA VIA AEREA EN EL MENOR**".

A las 12:44 am se anota<sup>15</sup>: "PACIENTE QUIEN SE TRASLADO A QUIROFANO A LAS 23+00 PM PARA **INTUBACION OROTRAQUEAL CON ANESTESIOLOGIA**, SE REALIZA INTUBACION OROTRAQUEAL POR PARTE DE ANESTESIOLOGA LINA MELO CON TUBO 6.5, VIA AEREA DIFICIL SANGRADO MODERADO A TRAVES DEL TUBO .SE CONECTA A MAQUINA DE ANESTESIA, PACIENTE ACOPLADO CON ADECUADA EXPANSIBILIDAD TORACICA, FC 112 XMIN TA: 85/45 **PENDIENTE CONSEGUIR AMBULANCIA POR PARTE DE SU EPS, YA FUE ACEPTAOO EN UNIKIDS PEREIRA**".

A la 1:07 am<sup>16</sup>, "REALIZO LLAMADA A LA LINEA DE REFERENCIA DE NUEVA EPS, HABLO CON ANDREA SERVERA QUIEN LLEVA EL CASO DEL PACIENTE, ME INFORMA QUE NO TIENEN PRESTADOR DE AMBULANCIAS Y QUE NO SE PUEDE HACER EL TRASLADO DEL PACIENTE HASTA MAÑANA DESPUES DE LAS 7+00AM".

A las 2:03 am, "PACIENTE CONECTADO A MAQUINA DE ANESTESIA VT: 400, F 14/ MIN, I:E 1:2, P MAX 41 PEEP 6, VE 5.7L/MIN, RECIBE SEVORANE INHALADO, FENTANYL EN INFUSION CONTINUA 0,2MCG/KG, ADECUADA EXPANSIBILIDAD TORACICA, FC 112 X MIN TA: 97/56 SATO21:97 %. AUN EN ESPERA DE REMISION A UCI PEDIATRICA, **EPS AUN NO CONSIGUE AMBULANCIA PARA TRANSPORTE PACIENTE CRITICO CON MASA EN MEDIATINO POSTERIOR DE ETIOLOGIA A DETERMINAR PRONOSTICO RESERVADO**" -sic-.

A las 4:14 am de 19 de abril de 2017. "PACIENTE QUE AL INICIAR EL TURNO MUESTRA GRAN DETERIORO CLINICO, CON DIFICULTAD RESPIRATORIA MARCADA Y DISBALANCE TORACO- ABDOMINAL, SE INICIA TRAMITE DE REMISION A UCI, DESPUES DE SOLICITAR EN REPETIDAS OCASIONES A SU EPS UBICACIÓN DEL PACIENTE, INFORMAN A CAMILA ARANGO QUE ES ACEPTADO EN UNIKIDS, **QUEDA PENDIENTE AMBULANVIA MEDICALISADA, SE LLAMA A SU EPS EN REPETIDAS OCASIONES Y NOS INFORMAN QUE NO TIENEN PRESTADORES DISPONIBLES, MOTIVO POR EL CUAL EL PEDIATRA DE TURNO INDICA INTUBAR AL PACIENTE**, POR SU DIAGNOSTICO SOLICITA QUE LA INTUBACION SEA REALIZADA POR ANESTESIOLOGO DE TURNO, SE LLAMA A LA DOCTORA LINA MELO QUIEN LLEGA A REALIZAR EL PROCEDIMIENTO, SE TRASLADA PACIENTE AL QUIROFANO, VIA AEREA MUY DIFICIL, MULTIPLES INTENTOS, FINALMENTE PACIENTE INTUBADO, SE DESCONECTA A MAQUINA DE ANESTESIA, CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS, SONDA VESICAL, NUEVAMENTE ME COMUNICO CON EPS Y REFIEREN QUE AUN NO TIENEN DISPONIBILIDAD DE AMBULANCIA PARA EL TRASLADO, PACIENTE CONTINUA EN QUIROFANO HASTA QUE EPS SOLUCIONE SITUACION"-sic-.

A las 7:00 am del 19 de abril, "PACIENTE QUEDA EN SALA DE RECUPERACION, INTUBADO, ACOMPAÑADA DE PEDIATRA, EN REGULARES CONDICIONES YA QUE CONTINUA TAQUICARDICO Y DESACOPLADO DEL

<sup>15</sup> Cfr, página 214, ibidem.

<sup>16</sup> Cfr, pagina 216, ibidem.

VENTILADOR, A PESAR DE ESTAR RELAJADO PRESENTA ALGUNAS RESPIRACIONES EXPONTANEAS. SE SOLICITA A LINA CASTAÑO COLABORAR CON A AMBULANCIA PARA EL TRASLADO”-sic-.

A las 8:11 am se deja reporte: “PACIENTE EN MUY MAL ESTADO GENERAL, SEDADO, EN VENTILACION MECANICA CON MAQUINA DE ANESTESIA, HIPOTENSO: PACIENTE CRITICO EN MAL ESTADO GENERAL. ACUDO AL SERVICIO DE RECUPERACION A AYUDAR EN EL MANEJO DE ESTE PACIENTE CRITICO SE DECIDE COLOCAR MAS VOLUMEN 500 DE LACTATO RINGER, INICIAR ADRENALINA POR VENA PERIFERICA, AJUSTAR SEDACION CON MIDAZOLAM Y TOMA DE PARACLINICOS. CON EL VOLUMEN Y LA ADRENALINA MEJORIA GRADUAL DE LA TA, ULTIMA TA 122/57, ESTA TQUICARDIDO FC 156, SAT 100% EN VM POR VOLLUMEN, SE OYEN SIBILANCIAS A LA AUSCULTACION. **PACIENTE QUE ES ENTREGADO AL SERVICIO DE TRANSPORTE MEDICALIZADO LINEA VIDA, SE ENTREGA A A MEDICO PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL, INTUBADO, SEDADO, CON FENTANYL Y MIDAZOLAM, NORMOTENSO Y CON FC 157. SERA TRANSPORTADO A LA CIUDAD DE PEREIRA A CUIDADO INTENSIVO”-sic-.**

A las 9:12 am “08+40 HR LLEGA AMBULANCIA MEDICALIZADA DE LINEA VIDA PARA TRASLADO DE PACIENTE A PEREIRA A UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO, PACIENTE SEDADO, CON TUBO OROTRAQUEAL CONECTADO A JACKSON CON APORTE DE OXIGENO, SONDA NASOGASTRICA A LIBRE DRENAJE CONECTADO A CISTOFLO, ACCESO VENOSOS EN MIEMBR SUPERIOR IZQUIERDO PASANDO GOTEIO DE HARTMAN A 90CC/ HR. POR OTRO ACCES VENOSO INFUSION DE FENTANYL A 4 MCG/ KILO/MIN, INFUSION DE ADRENALINA A 20 CC/ HR, SONDA VEISCAL CONECTADA A CISTOFLO, SE MONITORIZA A ELECTROCARDIOGRA, LLEVA REMISION, REPORTE DE PARACLINICOS, TAC, RAYOS X, ORDENAN INICIAR INFUSION DE MIDAZOLAM 15 MG HASTA 100 CC PASAR 10CC/ HR, PACIENTE TRANQUILO, SEDADO PA 124/82, OXIMETRIA 100%, FC 148X” -sic-.

Se tiene formato de consentimiento informado<sup>17</sup>, donde se indica que la señora Lucelly Vargas dio aval para el tratamiento por “obstrucción de la vía aérea superior”, suscrita por la señalada.

Reporte de Philco Medical<sup>18</sup>, en el cual se concluyó “**TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE TORAX**”. “**MASA EN MEDIASTINO POSTERIOR DE CARACTERÍSTICAS DESCRITAS PROBABLEMENTE EN RELACIÓN CON QUISTE DE DUPLICACIÓN ESOFAGICA, QUISTE NEURONTERICO O TUMOR DE ORIGEN NEURAL SE SUGIERE VALORACIÓN COMPLEMENTARIA MEDIANTE ESTUDIO DE RESONANCIA**” -sic. Examen realizado por solicitud recibida el 18 de abril de 2024, y el resultado salió en igual fecha.

Formato de consentimiento informado de hospitalización del menor<sup>19</sup>.

- Existe pantallazo de noticia Editorial La Patria, con fecha 19 de abril de 2017<sup>20</sup>, que evidencia la declaración de calamidad pública en Manizales, “tras las fuertes lluvias de esta madrugada”. “El saldo oficial es de 17 personas muertas, 7 desaparecidos, cerca de 400 familias evacuadas y por lo menos 10 viviendas afectadas”. Información oficial: “14 personas muertas, 22 desaparecidos, 23 heridos y por lo menos 25 barrio -sic- afectados en distintas

<sup>17</sup> Cfr, página 250, ibidem.

<sup>18</sup> Cfr, página 254, ibidem.

<sup>19</sup> Cfr, página 258, ibidem.

<sup>20</sup> Cfr, página 102, 02CuadernoA, C0JuzgadoAdministrativo, 01PrimerInstancia, C01PrimerInstancia.

zonas de la ciudad”. “75 viviendas colapsadas y 400 desalojadas”. “La Administración Municipal a través del alcalde, Octavio Cardona, dispuso desde las 2:00 am. Toda la logística necesaria para atender de la mejor manera los puntos críticos de la ciudad. En infraestructura vial se afectaron 15 puntos que ya se han rehabilitado paulatinamente”. Noticia indicativa que en la fecha “la ciudad presenta problemas de tráfico” en varias avenidas<sup>21</sup>. “Ante la magnitud de la emergencia, según lo informó la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, En la zona ya se encuentran grupos de búsqueda y rescate de la Policía Nacional, Ponalsar, un pelotón de búsqueda del batallón Cisneros del Ejército, la Cruz Roja Colombiana y los bomberos de Manizales”<sup>22</sup>. El presidente Juan Manuel Santos informó que se desplazaría hasta el lugar de la emergencia, para prestar las ayudas necesarias.

- **Historia Clínica Hospital Departamental Santa Sofía de Caldas**<sup>23</sup>. Da cuenta que el 19 de abril de 2017, siendo las 9:07 de la mañana, ingresa el menor con paro respiratorio, por urgencias, se inician maniobras de reanimación<sup>24</sup>, se emiten fórmulas médicas, así como orden de portátiles sin fluoroscopia e intensificador de imágenes, radiografía de tórax, gases arteriales. Siendo las 9:45 am, conforme los resultados de exámenes médicos, se diagnosticó “TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL MED tipo PRINCIPAL”<sup>25</sup>. Se requirió estudio para aclarar el compromiso, se realiza tomografía computada de tórax, y se concluye que las imágenes sugieren adenopatías retroperitoneales en el paciente, las consideraciones son tumor neural vs linfoma como principales opciones<sup>26</sup>. Se traslada a UCI a las 10:05 am<sup>27</sup>. El 20 de abril de 2017 se ordenó cirugía de tórax<sup>28</sup>, pero fue suspendida ante hallazgo maligno localmente avanzado etapa 4, se ordenó valoración urgente por oncología para radioterapia, considerando posible linfoma vs carcinoma infiltrativo, explicando a la familia<sup>29</sup>. Se definió como plan, valoración urgente por oncología.

El día 21 de abril de 2017 se inició radioterapia de forma urgente, proponen diez sesiones. Cuadro clínico de rápida evolución lo que condiciona posibilidad de síndrome de lisis tumoral posterior a la radioterapia<sup>30</sup>. Pendiente tipificación tumoral y reporte de exámenes de extensión, a partir de la cual se definirá conducta. Se da un traslado a Oncólogos de Occidente, en la misma fecha a las 18:34<sup>31</sup>. El 24 de abril del mismo año, hay reporte de estudio histopatológico que describe neoplasia maligna infiltrante pobremente diferenciado a clasificar mediante estudios complementarios<sup>32</sup>. Los siguientes días sigue en sesiones de radioterapia, con falla respiratoria aguda, neumonía, sepsis de origen pulmonar, en regulares condiciones generales. El 27 de abril se indica que tiene evolución clínica estable, lento hacia la mejoría, sin requerimiento de soporte vasoactivo<sup>33</sup>. Al parecer superada la urgencia oncológica mecánica.

El 28 de abril de 2017, día 10 de instancia<sup>34</sup>, pasa prueba de extubación, por lo cual le retiran TOT, estabilidad respiratoria, sin signos de dificultad respiratoria, estable, tranquilo. Al 29 se anota que la extubación hasta el momento fue bien tolerada, conserva índices de oxigenación, conserva diuresis, no dificultad respiratoria, manejo multimodal, se inicia vía oral<sup>35</sup>. Al 30 de abril continuaba estable<sup>36</sup>. Para el mismo día, se encontró, luego de 11 días de estancia, condiciones estables, continuando radioterapias, y se determinó que podía continuar

<sup>21</sup> Cfr, página 115, ibidem.

<sup>22</sup> Cfr, página 124, ibidem.

<sup>23</sup> Cfr, página 206, 02CuadernoA, C02JuzgadoAdministrativo, 01PrimerInstancia, C01PrimerInstancia.

<sup>24</sup> Cfr, página 215, ibidem.

<sup>25</sup> Cfr, página 212, ibidem.

<sup>26</sup> Cfr, página 213, ibidem.

<sup>27</sup> Cfr, página 14, ibidem.

<sup>28</sup> Cfr, página 247, ibidem.

<sup>29</sup> Cfr, página 248, ibidem.

<sup>30</sup> Cfr, página 7, página 03CuadernoB, C02JuzgadoAdministrativo, 01PrimerInstancia, C01PrimerInstancia.

<sup>31</sup> Cfr, página 11, ibidem.

<sup>32</sup> Cfr, página 57, ibidem.

<sup>33</sup> Cfr, página 113, ibidem.

<sup>34</sup> Cfr 136, página 03CuadernoB, C02JuzgadoAdministrativo, 01PrimerInstancia, C01PrimerInstancia.

<sup>35</sup> Cfr, página 146, ibidem.

<sup>36</sup> Cfr, página 161, ibidem.

manejo en unidad de menor complejidad<sup>37</sup>. Al 2 de mayo el paciente refirió sentirse bien<sup>38</sup> y se ingresa a servicio de pensión procedente de la UCI. Ante la evolución hacia la mejoría, con radioterapias bien toleradas, y la estabilidad hemodinámica, con disminución de riesgo de obstrucción mecánica, se indicó traslado a sala general<sup>39</sup>. Al 4 de mayo se apuntó que se debía determinar de manera urgente el tipo histológico de la lesión para determinar manejo, intervención y pronóstico. El 4 de mayo de 2017 es llevado a cita de oncología en ambulancia, sin complicación. Al 8 de mayo se consideró candidato para cirugía de tórax, pero no se tenía claridad de tipo histológico, por lo que no es conveniente llevar ningún tipo de manejo invasivo. Como plan determinar con asegurador hospitalización en casa asegurando todas las atenciones<sup>40</sup>.

Se trató la neumonía que presentaba, y para el **11 de mayo de 2017, se da egreso** al paciente con las recomendaciones y formulaciones médicas<sup>41</sup>. No obstante, **el 30 de mayo regresa** por urgencias con dificultad para respirar, y se le ordena radiografía de tórax<sup>42</sup>; por el antecedente, se consideró de alto riesgo para realizar falla ventilatoria, por lo que se comenta con cirugía de tórax. Se llevó a hospitalización para estudio y preparación prequirúrgica, considerando como única opción terapéutica la realización de resección de masa, se solicita tac. El 31 de mayo es hospitalizado<sup>43</sup>. El 5 de junio se realizó la cirugía neumonectomía. En procedimiento llevado a cabo en esa fecha se encontró lesión que abraza el esófago de manera circunferencial, por lo cual se le realiza resección de carina y bronquio derecho, paciente sale en shock con norepinefrina a dosis altas, sale con tubo entorchado, ingresa a UCI; al día siguiente se anotó que el menor tenía un shock cardiogénico con falla de predominio derecha más galope ventricular por S3, con compromiso renal hematológico<sup>44</sup>, preocupa alto soporte vasopresor, preocupa fiebre que le produce inestabilidad hemodinámica<sup>45</sup>. Al 6 de junio se complicó el estado del menor, con masa abscedada, pronóstico reservado y alto riesgo de mortalidad<sup>46</sup>. Se le realiza transfusión de plasma fresco congelado, el cual es bien tolerado<sup>47</sup>; el 7 de junio 2027 estaba en terapia de reemplazo renal<sup>48</sup>; tuvo plan de desmonte ventilatorio para llevar a extubación electiva el 8 del mismo mes<sup>49</sup>; nuevamente en shock de origen séptico, hipoxia severa, pronóstico reservado con alto riesgo de fallecer en la hospitalización actual<sup>50</sup>. El 10 de junio presentó falla multiorgánica con compromiso renal, cardiovascular, pulmonar e intestinal, insuficiencia cardiaca congestiva de predominio derecho, injuria renal aguda, cáncer escamocelular mal diferenciado en la vía aérea<sup>51</sup>. Se consideró en estado irreversible de disfunción orgánica por infección, con riesgo de mortalidad en las próximas horas de 100%, explicando ello a la familia<sup>52</sup>. Finalmente, a las 8+15 del día 11 de junio de 2017, el menor Alexander Carvajal presenta bradicardia extrema que progresa rápidamente, sin respuesta a maniobras de reanimación e, infortunadamente, fallece<sup>53</sup>.

8.1. Con el fin de esclarecer si en verdad los signos presentados durante las atenciones en salud brindadas al paciente, podían ser constitutivos de indicios que dieran certeza a los médicos de la existencia de un tumor, como se alega desde los albores de este trámite, se hace necesario compaginar el historial precedente con las deponencias de los extremos y de los galenos traídos a juicio

---

<sup>37</sup> Cfr, página 166, ibidem.

<sup>38</sup> Cfr, página 182, ibidem.

<sup>39</sup> Cfr, página 185, ibidem.

<sup>40</sup> Cfr, página 263, ibidem.

<sup>41</sup> Cfr, página 305, ibidem.

<sup>42</sup> Cfr, página 306, ibidem.

<sup>43</sup> Cfr, página 337, ibidem.

<sup>44</sup> Cfr, página 33, 04CuadernoC, ibidem.

<sup>45</sup> Cfr, página 34, ibidem.

<sup>46</sup> Cfr, página 38, ibidem.

<sup>47</sup> Cfr, página 49, ibidem.

<sup>48</sup> Cfr, página 69, ibidem.

<sup>49</sup> Cfr, página 84, ibidem.

<sup>50</sup> Cfr, página 101, ibidem.

<sup>51</sup> Cfr, página 145, ibidem.

<sup>52</sup> Cfr, página 179, ibidem.

<sup>53</sup> Cfr, página 180, ibidem.

esclarecer a qué conclusiones se podía llegar en conjunto para la definición real del diagnóstico y de ahí su tratamiento, con la necesaria advertencia, eso sí, que en este caso no medió prueba pericial alguna.

La señora Consuelo Carvajal Valencia, tía del joven fallecido, se dio cuenta que el niño presentaba molestias, y su cuñada se puso a llevarlo al médico, las primeras veces lo devolvieron porque no era una urgencia, y a la tercera vez lo recibieron en el hospital porque el niño ya estaba asfixiado, ya no podía respirar. Aseguró que el niño “no presentaba molestias, él era un niño sano, un niño que se veía normal”, pero “ya le empezó, fue con... con una tos, con la tosecita y...y ya a sentirse un poquito como mal. Entonces ahí fue cuando mi cuñada...”, no recuerda la fecha, pero le dieron un diagnóstico de que tenía un tumor en el pulmón. Sólo para el 2017 empezó a tener los síntomas.

Por su parte, la madre del menor, la señora Lucelly Vargas Sanabria, narró que la salud de aquél “era bien, como a todo el niño le daba gripa así, cierto, pero en realidad era bien, normal”; “Él empezó a tener quebrantos de salud cuando tenía 15 años... que empezó con una tos muy fuerte...”. “Él empezó como el 21... él empezó con una gripa y siguió con la gripa y después se le quitó la gripa y le quedó como una asfixia, que fue cuando yo ya lo llevé por urgencias al hospitalito”. Dijo que le duró esa gripa como 8 días, “que ahí fue cuando yo empecé a llevarlo por urgencias por urgencias y no me lo aceptaban, que porque no era una urgencia...”, lo devolvían, entonces le pedía cita prioritaria, se le negaba; entonces esa evolución de la gripa a la tos seca fue como de 15 días, “ahí lo llevé por urgencias al hospitalito, al Hospital Infantil”. Afirmó que la primera vez que lo llevó fue el 14, por urgencias, no pasó del Triage. Que no lo pasaron “porque no era una urgencia, que le pidiera cita prioritaria”, “le toman los signos vitales y todo eso y lo encontraron que dizque que bien, entonces dijeron que no, que eso no era una urgencia, que pidiera cita prioritaria. Entonces yo ya me devolví, entonces pedí una cita prioritaria y me la dieron en Laureles”. En la cita prioritaria le dijeron que solo era una gripa y así se trató, “le mandó unas pastas para una gripa ... Igual no le valió de nada”. Se le preguntó si los síntomas del menor eran de gripa o parecía una enfermedad diferente, a lo que contestó: “ya era como... más diferente porque ya él era como dificultad para respirar; era una... una gripa... entonces volví al otro día y lo llevé por urgencias otra vez al hospitalito infantil”. El médico le indicó que “era una gripa muy fuerte. Él dijo que era una gripa lo que él tenía y entonces le mandó los inhaladores. Igual no le hicieron exámenes ni nada, a él no le hicieron nada y él ya estaba afectado la respiración... Y entonces al otro día, viéndolo yo que estaba todavía tan mal, volví otra vez allá al Hospital Infantil. Entonces yo le dije, vamos, mi amor, que lo tienen que hospitalizar, porque como me lo van a dejar morir sin respiración... entonces yo me fui con él, con todo, para que lo hospitalizaran, entonces el médico le iba a mandar otra vez más medicamento. Yo le...le dije que no, que por favor lo hospitalizara, porque era que él estaba muy mal, que no podía casi respirar...y entonces... eso fue el 17, y entonces, por la noche, ya muy noche, lo hospitalizaron... el 17... entonces ahí fue... ahí fue cuando le empezaron, ya

hospitalizado, le pusieron oxígeno y le pusieron... empezaron a hacer exámenes. Pero él ya estaba más afectado porque todas las veces que me lo devolvieron y yo otra vez pida cita, entonces eso se fue afectándolo más a él. Entonces fue cuando le hicieron exámenes y ya le descubrieron eso, que él tenía esa enfermedad...”.

Explicó que le pusieron oxígeno y le dieron medicamentos para el dolor; que lo intubaron el 18, al día siguiente, y el 19 lo sacaron para Pereira, “y yendo en la ambulancia le dio un palo respiratorio... y entonces lo... lo...les tocó entrarlo por urgencias a Santa Sofía”. Que el menor falleció en Santa Sofía, “ya le habían hecho la cirugía, le hicieron la cirugía y él duró...7 días...”. Las radiografías se las hicieron estando hospitalizado en Santa Sofía. Adujo que el diagnóstico del tumor se lo dieron en el Infantil, “que era delicado lo que él tenía, que lo que él tenía era muy delicado, entonces, que lo tenían que entubar porque ya no tenía respiración, que era muy delicado lo que él tenía me dijo la doctora”.

La señora Blanca Flor Valencia, abuela del difunto, lo único que pudo precisar, para lo que interesa, es que el menor estuvo “enfermo muy poquito tiempo, como por ahí como como dos meses”. Al tiempo, la hermana del adolescente, Juliana Carvajal Vargas, adujo que “mi hermanito siempre fue una persona muy sana, un niño muy sano...y le llegó... un día una gripa, una gripa que se le convirtió en una tos a la cual ya era muy notoria porque ya cuando él respiraba pues le... le sonaba el pecho... y... mi mamá sí lo llevó varias veces por urgencias, yo recuerdo que ella lo llevó varias veces por urgencias. No pasaba el triage y ya hubo una vez que ella sí... lo... ya...ya las últimas noches ella lo veía muy... delicado como para respirar, ya le veía mucha dificultad. Entonces un día ella dijo, no, ya no puedo esperar a que me lo devuelvan de urgencias tengo que ponerme brava o algo para que lo atiendan y le hagan algún examen, porque otra noche como la que pasamos no, ya no más. Entonces y sí precisamente ella se fue. Ese día se llevaron ropa y todo de acá de la casa para que por favor lo dejaran hospitalizado para que le realizaran exámenes, porque él ya no era capaz de respirar tanto que en serio, que si le sonaba el pecho cuando él respiraba... Y...ese día lo dejaron hospitalizado...lo dejaron hospitalizado.... y al otro día, a medianoche, lo entubaron que porque ya no era capaz de respirar... Y ahí ya empezó, como todo el proceso de... de que los médicos dijeron que no, que tocaba entubarlo, que tocaba trasladarlo, que tocaba hacerle una cirugía y nosotros no entendíamos porque, porque si nunca pasó el triage era supuestamente una simple gripa, porque se iba a gravar de un momento para otro, entonces ya...”. Que a él le dio “una gripa, cierto... y le dio luego la tos... y nunca pasó el triage era que no... ella lo llevaba por urgencias y no pasó el triage, es donde lo atienden y ellos y el médico dice, si le dan como... otro nivel de atención y él no pasaba, solamente los médicos suponían de que era una simple gripa... que por el clima entonces ya lo medicaban de que le mandaban recuerdo que le mandaron como inhalador salbutamol y ya... hasta lo último...”. Los médicos les decían “que no era nada grave, que era por la gripa, entonces sí que

le comprara alguna, no sé, mi papá me parece que le compró un remedio para la tos porque ellos no le formularon”.

Relató que su hermano se enfermó como un mes antes, con tos y fue evolucionando cada vez más fuerte. “Bueno, a mi mamá en el Hospital Infantil le le dijeron que él tenía un tumor en la tráquea, ahí no nos habían mencionado nada del pulmón, le dijeron que tenía un tumor en la tráquea y que era algo muy pequeño que con una cirugía se removía...no, no a ella no le dijeron que era de tan grave, que era algo tan impresionante, nunca dijeron que era un cáncer mmm... ya en el Hospital Santa Sofía, el cirujano, después de que le dio el paro, que él fue a dar en el Hospital Santa Sofía y ya nos dimos cuenta que era un cáncer que ya le había hecho metástasis y que le tenía que quitar el pulmón. Fue allá donde nos dimos cuenta”. En Santa Sofía, “nos dijeron todo, lo que él tenía, nos dijeron que que era un cáncer que avanzaba cada minuto, que era muy agresivo”. Afirmó que en el Hospital Santa Sofía le autorizaron 9 radioterapias y se las hicieron todas, y lo “desentubaron que porque estaba evolucionando muy bien”. Y aceptó que “la nueva EPS sí autorizó, pues hasta donde nos... nos informaron la EPS había autorizado las radioterapias”.

Wilmar Carvajal Valencia, padre del menor, sólo anotó que le daban muchas gripas pequeño, pero que no era un niño enfermo, era muy activo; empezó en 2017 con temas como gripales, “con mucha tos, demasiada tos, fuerte, pues sí, como una gripa que le da a uno malestar en todo el cuerpo, síntomas gripales”. Que su esposa lo llevó al médico por urgencias, porque el niño estaba muy atacado, se le dificultaba respirar. Le dijeron “que eso era una gripa, realmente que eso no era una mayor urgencia, simplemente era una gripa. Mi señora en varias veces lo llevó, a que lo atendieran y hubo una de ellas que le dijeron que no era urgencia, que eso no era urgencia”, “le formularon unos inhaladores... y unas pastas, no sé realmente qué pastas eran, no me acuerdo, pero de lo que sí me acuerdo eran unos inhaladores”. Atestiguó que en Santa Sofía fueron muy eficientes, y que todo estaba siendo autorizado por la Nueva EPS.

Todos los interrogados, hasta aquí, afirmaron que nunca les pudieron decir cuánto tiempo pudo haber estado en crecimiento el tumor.

Juan Carlos Gómez, Gerente del Hospital Infantil de la Cruz Roja, explicó que el 17 de abril de 2017, recibió de parte de la IPS Eje Cafetero, entidad que prestaba el servicio de urgencias, al menor afectado; “esa remisión fue aceptada de manera temprana, una vez ingresado al Hospital Infantil, el paciente fue recibido por los pediatras especialistas”. “Se recibió con diagnóstico presuntivo de asma y tuberculosis, fue atendido por los pediatras del Hospital Infantil médicos especializados. Una vez hicieron la evaluación del paciente, solicitaron exámenes paraclínicos y radiología, que fueron realizadas de manera inmediata, teniéndose un diagnóstico en las siguientes 2 horas de una masa grande importante a nivel del mediastino, que es el espacio ubicado llamémoslo de

manera interna entre los espacios de los pulmones, el corazón y tráquea, esa masa obviamente produce desplazamiento de la tráquea, desplazamiento de los bronquios, desplazamiento de las vías respiratorias en general, lo cual seguramente hacía eh... sospechar ese diagnóstico del... del asma con eh... ese diagnóstico de la masa, pues el paciente continuó con su atención, durante esa noche se solicitó igualmente una tomografía, con medio de contraste, la cual no se podría realizar sino hasta el día siguiente, por efecto de que el niño tiene que ser sedado y requiere tener ayuno, el cual no tenía para esa hora, pero con la sola radiografía, como le manifiesto del tórax, se evidenció la masa que se tenía y que era pues supremamente grande y compleja; ello continuó con la hospitalización de manera permanente, con la vigilancia por parte de los especialistas. Con el tratamiento médico que se requería para este caso y se inicia la remisión a una institución que tuviera unidad de cuidado intensivo y que pudiera acabar de realizar los estudios, como le manifiesto para esa época el Hospital Infantil no tenían ni servicio de urgencias, por lo cual las atenciones iniciales que referíamos en algún momento atrás, son... no fueron realizadas por el Hospital Infantil. El Hospital Infantil solo recibe el paciente el día 17, cuando es remitido la IPS Eje cafetero, que es una entidad jurídicamente diferente que tenía asiento dentro de la misma edificación donde tiene sus áreas. El hospital más no dependiente del hospital tampoco se tenía para esa época una unidad de cuidado intensivo, por lo cual fue el paciente remitido adecuada y oportunamente fue buscada de esa unidad de cuidado intensivo por parte de la EPS con dificultades, porque en la región hay pocas unidades de cuidado intensivo. Se logró adquirir un cupo en la unidad de cuidado intensivo de UCI KIDS en Pereira y motivo por el cual el paciente fue remitido ante la necesidad y la descompensación, igualmente tuvo necesidad de ser intubado, y eh...acoplado a una máquina anestesia, como bien lo saben, no tener los ventiladores de la unidad de cuidado intensivo, la máquina de anestesia suplen esa... esa necesidad, se acopla ya al niño para garantizarle su vida para evitarle que fuera a fallecer eh... la remisión igualmente se hace, se entrega al paciente a la entidad eh... que hace el traslado y eh... allí termina la atención por parte del Hospital Infantil”.

Reiteró que la IPS donde se prestó el servicio de urgencia, no tiene relación el hospital, era un área arrendada, “simplemente se trataba de un arrendamiento y ese arrendamiento lo hacía una entidad jurídica diferente que es la IPS Eje cafetero, era un arrendamiento de espacio”.

Además, hizo relatos sobre el funcionamiento del hospital, la gravedad que representan patologías como la que padeció el menor, enfatizando que de parte del centro no hubo demoras en la atención y que, por el contrario, se adelantaron las gestiones pertinentes para materializar la remisión a otro centro, cosa que no es fácil en la región, pero se logró ubicar en la ciudad de Pereira la unidad de cuidado intensivo, que implicaba, también, obtener la ambulancia medicalizada y mientras ello ocurría se tomó la decisión de, hacer una intubación, hacer un acoplamiento a una máquina anestesia para garantizar la oxigenación adecuada del paciente y el poderlo entregar en un momento oportuno y adecuado.

A su turno, el vicepresidente de la Nueva EPS, Alberto Guerrero Jácome, aseguró que no tenía conocimiento de queja alguna de parte de la IPS que prestó los servicios, o de parte de la familia del menor, pues en la revisión de los documentos se evidencian 73 autorizaciones más o menos. Para el 2017, “se le ordenaron, de acuerdo al procedimiento que tiene definido la compañía, las autorizaciones correspondientes de diferente tipo para la atención de... de esa época de también, pues de abril a...a junio a julio, que es donde fallece”. Reafirmó que la Corporación Mi IPS Eje Cafetero, es una institución diferente a la Cruz Roja Colombiana, sede Hospital Infantil Universitario.

De los testimonios traídos al proceso, obra el de la Dra. Sandra Mercedes Carrillo González, pediatra que recibió al menor en el Hospital Infantil. Certificó que lo atendió el 17 de abril de 2017, en horas de la noche, alrededor de las 23:00 horas; “a él lo habían atendido en su sitio de atención de urgencias. Y lo habían remitido con la sospecha de una crisis de asma”. “El niño fue remitido a nuestra institución a través de la urgencia de su EPS para que nosotros iniciáramos el manejo del niño porque no había mejorado con lo que ellos habían hecho en la urgencia de su EPS”. Se le preguntó si varió el diagnóstico con el que venía el adolescente, y explicó que “la familia comentaba que el niño llevaba un mes de tos, congestión, expectoración verdosa y en los últimos 5 días había empeorado y había tenido expectoración con sangre, se le preguntó que si el niño había perdido peso, dijeron que no, que, si había tenido sudoración, dijeron que aparentemente sí, pero llamaba la atención que convivía con un familiar que tenía mucha tos. Entonces, cuando yo hago la valoración clínica y encuentro un niño con tos, con congestión, los signos vitales de él estaban estables, aunque se le vea con dificultad respiratoria y al examen físico se observaba que tenía una sibilancia en el pecho. La sibilancia en el 90% de los casos de los niños corresponden a crisis de asma, pero con el historial de la tos tan larga, la expectoración, la sangre y conviviente con un tosedor en la casa, yo pensé que el niño no tenía una crisis de asma en el momento, sino que el niño se consideró que tenía o una neumonía o muy seguramente una tuberculosis, por lo cual, pues se hospitalizó y se inició el amplio eh... digamos que elementos de exámenes para determinar cuál es la causa de esa tos tan crónica. Y lo que lo habían tratado en su EPS por urgencias no había mejorado. Por eso se ampliaron de inmediatamente los estudios”; “inicialmente le pedí un hemograma, una prueba que se llama proteína C reactiva, que es un marcador cuando hay infección bacteriana sospechando que tuviera una infección pulmonar por una bacteria, se le pidió una prueba que se llama PPD tuberculina, que es una inyección en el antebrazo para determinar si el paciente ha estado expuesto a tuberculosis. Se le tomaron pruebas del esputo verdoso con sangre que presentaba. Eso se llaman unas baciloscopia ahí nos podemos determinar con el examen del esputo, si realmente está el micobacterium, que es el que produce la tuberculosis, y ese mismo esputo se manda al cultivo, ese cultivo se demora un poquito, pero con la baciloscopia se puede determinar inmediatamente si hay tuberculosis, y se le mandó radiografía de tórax, por la persistencia de la tos que no había mejorado con el tratamiento

que habían dado inicialmente en urgencias de su EPS, que era tratamiento para una crisis de asma que no había sido efectivo”.

Mencionó que “a las dos horas que yo comencé ya a recibir los primeros resultados, me di cuenta que, en el examen de sangre, no se observaba infección de tipo bacteriano porque no tenía los leucocitos elevados, no tenía los polimorfos que son células que se elevan cuando hay infección bacteriana, la baciloscopia todavía no se había recogido, pero cuando observé la proteína C reactiva, que es el marcador de infección bacteriana, estaba muy levemente elevado. Normalmente cuando hay una infección bacteriana se eleva mucho y el niño lo tenía casi normal, pero sí, en la radiografía de tórax que yo mandé evidenció que había una imagen en el centro del...del tórax, en la zona localizada, que se llama mediastino ahí se veía como una masa localizada que me llamó la atención. En ese momento pensé que no era una tuberculosis, que el niño tenía alguna otra cosa más. Y sugerí porque como era el turno de la noche. Que se debía hacer una imagen más amplia para determinar esa masa que yo veía en la radiografía a que correspondía”. Que los turnos se cambian en la mañana, entonces cuando llegó su compañera de la mañana, “le comenté que la radiografía se veía una masa y de mutuo acuerdo decidimos a las 7:00 h de la mañana en punto tomar un TAC de tórax. Un TAC de tórax es una imagen mucho más amplia donde se observa dentro de los pulmones y el corazón esa imagen que se observaba anómala en la radiografía y nos daba mucha más claridad del proceso”. “Yo ahí en ese momento yo ya salgo de mi turno, yo entregué al niño con la sospecha de una masa en mediastino y ya recibió, fue mi compañera el turno, pero tengo entendido por la historia que... se evidenció que había una masa de aspecto tumoral localizada en el mediastino”. “A las 7:00 H de la mañana ya teníamos la sospecha de la masa en el tórax, ya sabíamos que no era una tuberculosis. Ya sabíamos que no tenía una neumonía y que muy seguramente por esa masa que tenía en el tórax no tenía una crisis de asma, parecía por la clínica un asma, pero lo que le estaba generando el problema era esa imagen que se veía en el mediastino”.

“¿En ese lapso en el que usted lo trató, o sea entre las 11:00 de la noche y las 7:00 de la mañana qué atención le prestó?” “Inmediatamente le colocamos oxígeno, aunque el niño llegó con una saturación estable porque él estaba saturando un 94%. O sea, que en ese momento de todos modos lo dejamos con oxígeno porque dando el evento lo dejamos con inhalador de salbutamol. El salbutamol es un beta adrenérgico, que lo que ayudó en ese momento es abrir los bronquios porque los tenía cerrados y por eso era que se notaba clínicamente la sibilancia a nivel del pulmón eh...lo dejé con otro inhalador que apoya el salbutamol, que es el bromuro hipatropio que los dos en conjunto ayudan a que los pulmones se abran rápidamente. No consideré esteroides porque él ya había recibido esteroides en la urgencia de su EPS y pues no habían sido satisfactorios y le dejé acetaminofén porque presentaba dolor”. Testificó que los exámenes se tomaron inmediatamente cuando ingresó, y los resultados se tenían más o menos a la 1:30 am – 2:00 am, en ese “lo evalué, anoté todos los exámenes, con lo que le comenté ahorita de que el hemograma estaba normal, la PCR normal eh... la

radiografía que fue la que me llamó la atención y por eso comenté que tocaba ampliar el estudio del TAC, que fue el que se tomó en la mañana cuando se comentó en la entrega de turno”.

La Juzgadora le averiguó si en ese momento era indicado algún otro tratamiento como derivado del resultado, a lo que adujo que “en ese momento no”, “porque como le indiqué, el niño, aunque llegó con signos de dificultad respiratoria, estaba saturando bien, tenía presión normal, frecuencia cardiaca normal y como ya le habían hecho anteriormente en la urgencia de su EPS, el tratamiento con esteroides, con inhaladores y no había mejorado. Tocaba primero investigar la causa real del por qué el niño persistía con la dificultad respiratoria. Entonces, mientras salían los resultados, el...el oxígeno, el calmar el analgésico, el dolor y mantener la vía aérea con los inhaladores mientras teníamos el resultado. Ahora, si usted encuentra en la radiografía una masa, usted lo que tiene que determinar en ese momento es qué es esa masa, qué se está produciendo, de dónde viene, si es del pulmón, si es del corazón, usted no va a tratar una masa solamente por verla. Usted necesita ampliar los estudios con un TAC de tórax, ver que compromiso tiene, si de pronto esa masa está produciendo alguna obstrucción, alguna infiltración, entonces una sola masa en un TAC de tórax uno no puede ejecutarla inmediatamente, tiene que ampliar y ver qué es la masa, qué características tiene y por dónde vamos a entrar para biopsiarla o para hacer lo que se tenga que hacer”.

A nivel médico, explicó, el tratamiento adecuado es: “vemos la masa, determinamos si la masa es dependiente del corazón o del tórax. Si la masa es una masa, tenemos que saber las características, si es benigna, maligna, pues entrar muy seguramente si el paciente está estable, hacerle una broncoscopia para tomar una muestra, si esa masa se mete dentro del bronquio, porque si la masa no se mete dentro del bronquio, nosotros no podemos estudiarla porque no la vemos, no podemos hacer una biopsia, que es sacar un pedazo de la masa para mandar la patología y saber qué característica tiene esa una masa. Entonces, si eso no es así toca meterse entonces por dentro del tórax a tomar una muestra de la masa para sacar tipo de tumores, si es benigno o maligno para ya determinar si es un manejo quirúrgico, si es un manejo a nivel oncológico, si es un manejo ya paliativo, que uno no puede hacerle nada porque la masa esté muy grande y tenga mucho compromiso de muchos órganos, pero eso ya es como dependiendo las características de los resultados, que uno tenga”.

Al indagársele si era posible determinar en cuánto tiempo venía la evolución de la masa en el paciente, aunque “la patología en niños es muy completamente diferente a la patología en adultos”, “por el mismo crecimiento celular de los niños, todos los que son tumoraciones malignas avanzan rápidamente”.

Se le preguntó si el diagnóstico fue oportuno, o si había forma de haberlo realizado de manera previa, y contestó que, “en 4 horas, yo ya tenía el

diagnóstico, que tenía una masa en el mediastino. No tenía con certeza qué era, pero yo pienso que fue demasiado oportuno el diagnóstico. Desde que ingresa al hospital a las 11:00 de la noche y a las 2:30 de la mañana, yo ya tenía un diagnóstico. Fue muy oportuno”.

También se le auscultó si había otro examen que se le haya podido hacer en esa atención, y dijo que “pues es que normalmente los turnos son de 7:00 de la noche a 7 de la mañana. Yo ingreso el paciente a las 11:00 de la noche alrededor de las 11:00 de la noche. Yo en el transcurso de las once a las dos ya tengo un diagnóstico parcial de una masa. Como eran las 2:00 de la mañana, el TAC se tomaba el otro día en la mañana, que era el examen de consecución, y en la mañana misma se tomó el TAC y ya alrededor del mediodía en la tarde ya se tenía conocimiento que el niño tenía una masa tumoral en el mediastino. Entonces yo pienso que lo que se hizo en ese momento, en el tiempo que se estuvo en el Hospital Infantil, se llegó un diagnóstico muy temprano, fue menos de un día”. Además, se le cuestionó si el manejo del diagnóstico requería tiempo, y manifestó que “un manejo multidisciplinario” “porque primero pues entramos los pediatras que hicimos el diagnóstico. Pero frente a eso tiene que entrar el radiólogo, que nos va a leer el TAC y nos va a indicar que... qué tensión tiene la tumoración y qué características radiológicas lo tiene. Tiene que entrar el neumólogo porque el neumólogo es el que va a determinar si se puede meter por broncoscopia para hacer la patología o si tiene que llamar al cirujano de tórax porque el cirujano de tórax, si el neumólogo no puede tomar una broncoscopia, tiene que entrar a nivel de tórax, abrir el tórax y sacar la masa, tiene que entrar en el en... la evolución del paciente, porque ustedes saben que los pacientes evolucionan en cuestión de horas, si aumenta la dificultad respiratoria o eso hay que mandarlo a cuidado intensivo, hay que determinar si se tiene que intubar, etcétera, etcétera”.

Confirmó que al paciente se le brindaron las atenciones médicas que requería, “estando en el Hospital Infantil se le hizo todo lo posible, se le colocaron nuevamente micro nebulizaciones, se le colocó líquidos, se llamó, creo que porque en conjunto como se sabía ya que tenía una masa y no sabíamos que tanta obstrucción de vía aérea estaba comprometiendo porque había empeorado, tengo entendido que se llamó hasta la anestesiólogo y en conjunto con el pediatra lo intubaron y lo sostuvieron mientras se pudo mandar a cuidado intensivo”.

Se le cuestionó por qué se insistió en el mismo tratamiento, o con los mismos inhaladores, explicando que “cuando usted tiene una crisis de broncoespasmo, sea la causa que tenga, usted necesita ser bata dos para mantener la vía aérea despejada. Y ese es el tratamiento que se utiliza para mantener un paciente con un broncoespasmo importante. No es que no se haya saltado otro medicamento ni que tuviéramos otro medicamento, sino si esos son los que utilizamos cuando hay broncoespasmo por encima de esos, no tenemos otros medicamentos para mantener la vía aérea abierta a nivel de la hospitalización”.

Se le indagó si el tumor no implicaba la práctica inmediata de una cirugía para extirparlo, y adujo que no, “usted cuando tiene una masa primero tiene que identificar las características de la masa. Usted no se puede meter de una sacar una masa sin saber la infección, porque usted a veces tiene tumoraciones esas tumoraciones si son muy grandes pueden tener metástasis a otros lados del cuerpo. Entonces antes de usted sacar un tumor, usted tiene que saber si ese tumor está localizado, se puede retirar, el tamaño adquiere para que lo lleve a cirugía o si, todo lo contrario, el tumor es muy grande y filtra órganos, tiene metástasis a distancia, el tratamiento no es quirúrgico en ese caso, primero tiene que estadificar saber si es un tumor benigno maligno, tener una biopsia de la masa listo”.

La Dra. Beatriz Eugenia Amaya, médica pediatra que le recibió el turno a la anterior especialista, contó que “es un paciente que ya para ese momento”, “tiene una masa a nivel de mediastino. Iniciamos pues la monitorización, pero por el compromiso que tiene en ese momento se inicia el compromiso que va afectando básicamente la vía respiratoria...”, “se considera que el paciente necesita un manejo en una unidad de cuidado intensivo y se inicia el trámite de remisión, “porque el hecho de que no contemos con la unidad de cuidado intensivo en la institución en ese momento no limita la atención que como especialistas debemos hacer”, se continúa la estabilización desde el punto de vista respiratorio, y más adelante se considera por la clínica del paciente que requiere asegurar la vida aérea, eso qué quiere decir que requiere intubación para garantizar la atención integral y el cuidado de la vida del paciente. “Por eso me comuniqué con la anestesióloga de turno que es la doctora Lina Melo, que está en ese momento conmigo en el turno y es ella quien realiza la intubación orotraqueal para asegurar la vía aérea y pues garantizar la estabilidad del paciente, se continúa obviamente con el trámite de remisión a la unidad de cuidado intensivo, se hacen pues todas las llamadas y todo lo que se requiere. Estamos pendientes de que obviamente la EPS eh... Nos responda dónde puede ser ubicado ese paciente eh... El paciente queda conectado a la máquina de anestesia porque obviamente, ya con la intubación orotraqueal necesita un soporte ventilatorio y durante toda la noche me encargo de... del cuidado de la vigilancia de ese paciente, pues que ya están en un estado pues crítico en ese momento. Por eso el requerimiento de la UCI. Y acompaño pues todo el manejo durante la noche, hasta que, en la mañana, pues entrego mi turno como corresponde a las 7:00 de la mañana y ya mi compañero pues que continúa a realizar ya el... eh... el trámite, pues de remisión ya se hace efectivo, cuando definitivamente como esta en la historia reportado obtenemos pues ya una respuesta nos dice que el paciente va a ser ubicado en la mañana, etcétera”.

Reveló que tomó la decisión de remitirlo a UCI a las 8:20 pm, en el inicio de su turno, por el compromiso respiratorio del paciente y el riesgo que tenía, inherente a la masa en el mediastino, de hacer una falla respiratoria. “Yo recibo la aceptación por parte de... del médico encargado de la unidad en Pereira y ya

después de ahí empieza todo, o sea el trámite para el traslado estable y seguro del paciente a esa entidad”.

La Falladora le indagó que, sin con ese tumor, si se atiende muy rápido puede cambiar como se desarrolle o las consecuencias, y manifestó que “lo más importante en el paciente es, digamos determinar la etiología, o sea, pero en el momento que él ingresa a la institución, en las condiciones que ingresa, lo fundamental era atender lo urgente. Y que el paciente pudiera estar con vida para realizar las acciones que vienen más allá”. Señaló la trascendencia de la edad del paciente, pues tienen un pronóstico que no es bueno. Y reiteró: “Inicialmente lo que hacemos es la detección, el diagnóstico, tratar lo que en el momento tenga el paciente, sobre todo lo que pueda amenazar su vida para que pueda ya después tener el manejo por oncología, por cirugía, o sea, por las otras especialidades que necesiten intervenir”, entre otras, “Porque los signos y síntomas de esos pacientes al inicio son inespecíficos y se pueden parecer a muchas otras patologías, digamos que, a nosotros, como atención en el hospital lo que nos ayuda es rápidamente a hacer la imagen diagnóstica que nos lleva, pues a hacer el tratamiento”, “la radiografía ayudó mucho”. El compromiso de la masa en la vida del paciente era mucho, “porque digamos la localización y la cercanía con la vía aérea”, porque “podía haber una obstrucción completa de la vía aérea que lo llevara rápidamente una falla ventilatoria y a la muerte”. Apuntó que se hicieron todas las acciones para la remisión y estaban esperando el transporte, del cual ya se tenía reporte por parte de la Nueva EPS que iba por el menor. Consideró que el manejo en la institución fue adecuado a las guías de manejo de pacientes, que son globales, de acuerdo a la sintomatología, se piden unos estudios complementarios.

Enseñó que “los pacientes para ser trasladados a un servicio de cirugía y a la extracción de una masa deben estar estables, porque si no, el compromiso del paciente va a ser mayor y el beneficio va a ser menor. cierto... entonces lo primero que hay que hacer y eso está descrito en todas las guías de manejo, tanto el transporte del paciente como los procedimientos que se le van a hacer al paciente deben ser en un paciente estable y estable tiene que ver con un paciente que tenga su vía aérea asegurado y su estado circulatorio. También para que el procedimiento pues se lleve a cabo de la manera más segura y traiga los mejores resultados para el paciente”. Lo urgente en el paciente era estabilizarlo y evitar pues, su muerte.

Se le examinó si el tiempo de la remisión a la UCI en otra institución ha afectado el pronóstico de la patología tumoral del paciente”, y adujo que “no, el pronóstico es el mismo y el pronóstico del paciente en este momento del traslado a la UCI y no se da para un manejo oncológico, se da para un manejo de la falla ventilatoria que tiene en este momento obviamente secundaria a la masa que tiene, cierto, pero lo que era más importante en ese momento era garantizar y preservar la vida del paciente”. Se le indagó si la atención dada limitó las posibilidades de supervivencia, y apuntó que no, “porque, al contrario, garantizó

en este momento la estabilización del paciente y la posibilidad de tener más adelante el tratamiento para su patología”. Y agregó que “no podíamos tener la opción de no poder intubar el paciente, el paciente tenía que ser intubado de la mejor manera y por el profesional más idóneo que es el anestesiólogo”.

Lina Paola Melo, anestesióloga que intubó al menor. Exteriorizó que se trataba de un paciente cuyo diagnóstico en el momento por una imagen, una tomografía de tórax, se evidenciaba que el paciente tenía una masa de mediastino que estaba comprimiendo tráquea y bronquios fuentes. El paciente había tenido un deterioro progresivo; tenía una gran dificultad para respirar, incluso no toleraba estar acostado. Ante la inminente falla ventilatoria y pérdida de la vía aérea se hizo urgente el acceso mediante la intubación neuro traqueal y por eso se pidió apoyo en el servicio de anestesiología. “Una vez se hizo eso”, se procedió a “sedarlo con una infusión continua de fentanilo y midazolam y lo dejamos conectado al ventilador de la máquina de anestesia”, “para poder controlar su ventilación porque en el momento en el hospital no había disponibilidad de cama en la unidad de cuidado intensivo. No había un ventilador en la unidad de cuidado intensivo disponible para el paciente, por lo cual lo dejamos en el ventilador de la máquina de anestesia y el paciente duró toda la noche, donde le garantizamos una adecuada ventilación donde la garantizamos confort al paciente porque lo mantuvimos sedado durante toda la noche y estuvo bajo el cuidado de una pediatra. Y al otro día, cuando resultó cama en una unidad de cuidado intensivo de Pereira, se entregó el paciente a la ambulancia, al médico de la ambulancia, quien ya siguió con el proceso”; de no haberlo intubado, no hubiera podido respirar. Posiblemente hubiera muerto esa misma noche. “La intubación no le iba a solucionar el problema, la intubación le...le iba a salvar la vida en ese momento, mientras ya podía llegar, pues a una unidad de cuidado intensiva, donde le garantizaran pues su ventilación, mientras el servicio de cirugía de tórax ya determinaba si el tumor era operable o no. El servicio de oncología determinaba qué tipo de tumor y si necesitaba previamente quimioterapia o radioterapia”.

Claudia Andrea Orozco, Auxiliar de Enfermería del Hospital Infantil. Recuerda que “ese día yo recibí un paciente”, se “inició el esquema inmediatamente”, y “al TAC sí tuvo que esperar porque el paciente no cumplía con el ayuno que necesitaba”. Que en su turno no tuvo limitación alguna para hacer alguna actividad, porque todas las órdenes médicas se cumplieron, lo único que se necesitaba era esperar el ayuno para el TAC.

9. De acuerdo con el recuento fáctico, resulta pertinente destacar que, respecto de las primeras atenciones médicas recibidas por el menor, las cuales constituyen uno de los ejes de inconformidad de la parte demandante, únicamente obra en el expediente prueba de la consulta realizada el día 31 de marzo de 2017. En dicha oportunidad, el menor fue valorado por presentar “mucho tos” con una semana de evolución, encontrándose amígdalas inflamadas y eritematosas, así como tos seca. Estos signos clínicos condujeron al profesional tratante a emitir un diagnóstico de amigdalitis aguda no especificada, faringitis aguda no

especificada y pitiriasis alba, ordenándose como tratamiento los siguientes medicamentos: “DIFENHIDRAMINA”, “CLOTRIMAZOL”, “BETAMETASONA”, “ASCORBICO ACIDO”, “NAPROXENO”, “DEXAMETASONA”<sup>54</sup>.

Fuera de esta atención, no se encuentra acreditada en el expediente ninguna otra intervención médica anterior a la del 16 de abril de 2017, a pesar de que la parte actora refiere en su demanda la existencia de múltiples valoraciones previas. En consecuencia, hasta este punto del análisis, no se advierte omisión alguna en la prestación del servicio por parte de la entidad demandada, Nueva EPS, toda vez que no existe soporte probatorio adicional que permita inferir un error en el diagnóstico o en el tratamiento prescrito en esa primera consulta.

Cabe resaltar que, incluso los propios demandantes, en sus declaraciones, reconocen que los síntomas que presentaba el menor en esa fecha eran compatibles con un cuadro gripal. Así las cosas, ninguna de las pruebas aportadas logró desvirtuar la idoneidad del diagnóstico emitido ni la pertinencia del tratamiento indicado, por lo que el argumento de la parte apelante se desvirtúa ante la ausencia de elementos probatorios que lo respalden. En efecto, se trata de una mera apreciación subjetiva de la apoderada judicial, carente de sustento técnico o científico, y que no fue corroborada ni siquiera con una prueba mínima que permitiera inferir la existencia de una falla en el servicio.

10. Hilando, el conjunto de elementos de juicio se logra demostrar la diligencia emprendida por las entidades que conforman el extremo pasivo, puesto que, si bien el paciente consultó en un primer momento el 31 de marzo de 2017, lo cierto es que para ese instante se le brindó la oportuna atención y, con base en los síntomas que presentaba, tuvo un primer diagnóstico, que, como lo indican los médicos que rindieron sus declaraciones, no podía, de entrada, tenerse como un tumor maligno. Aunado, la siguiente atención que se visualiza en el expediente, fue la recibida el 16 de abril de 2017, por parte de la IPS Eje Cafetero<sup>55</sup>, en la que se diagnosticó al menor con “Asma, no especificado”, y una reconsulta al día siguiente, esto es, al 17 de abril, en la que encontró un paciente con cuadro de disnea de varios días de evolución, con atención en el día anterior y mejoría parcial; tos, dolor abdominal, estaba en regulares condiciones generales, con crisis asmática y componente bronquial que no presentaba mejoría, pese a la terapia de inhaladores y esteroidea, por lo que el galeno de turno consideró necesario que fuera manejado en un nivel superior, ordenando remisión para monitoreo y manejo.

Es decir, a pesar de la insistencia de la parte activa en que el menor fue recibido en urgencias del Hospital Infantil, quedó acreditado en el plenario, y ello no fue objeto de debate, que hasta aquí fue atendido por la Corporación mi IPS Cafetero, y que en la segunda oportunidad de consulta, al ver poca mejoría con el tratamiento primigenio, se ordenó de inmediato su remisión al Hospital. En ese

<sup>54</sup> Cfr, página 3, 26RespuestaRequerimienttoHistoriaClinica, 01Principal, 01PrimeralInstancia, C01PrimeralInstancia.

<sup>55</sup> Cfr, página 106, 05CuadernoD, C02JuzgadoAdministrativo, 01PrimeralInstancia, C01PrimeralInstancia.

orden, el mismo 17 de abril de 2017, fue recibido el joven en el Hospital Infantil para clarificar diagnóstico, y ante los hallazgos, se da manejo, inicial, de inhaladores, solicitando estudios de extensión para descartar tuberculosis o neumonía, y se hospitaliza de manera aislada; igualmente, se solicitó radiografía de tórax urgente, cuadro hemático, PCR en esputo, prueba de tuberculina, por parte de la médica pediatra que lo atendió, a las 11:21 pm.

Interconsultas dio respuesta al examen ordenando, encontrando la pediatra Sandra Mercedes Carrillo, una imagen redondeada en región de mediastino; la imagen pulmonar llamó la atención de la especialista y con ello inició antibiótico, se descartó la neumonía y se dispuso determinar la causa, siendo la 1:46 am, es decir, sin duda, se obtuvo el primer resultado principal, en un tiempo casi de dos horas; luego, a raíz de la placa de tórax, se indicó que debía descartarse la masa de mediastino que necesitaba ser estudiada con tomografía contrastada, según reporte de la pediatra Luz Marina Flórez, a las 8:04 am, donde además, se realiza el diagnóstico de tumefacción masa o prominencia localizada en parte no especificada, y tuberculosis del pulmón sin examen bacteriológico.

Del análisis probatorio realizado hasta este punto, se desprende con claridad que el menor fue valorado oportunamente por el Hospital demandado, y que, de manera inmediata a su ingreso y auscultación, recibió atención especializada por parte del equipo de pediatría. Las profesionales intervinientes ordenaron sin dilación la realización de estudios diagnósticos orientados a esclarecer la etiología de los síntomas que presentaba el paciente, tales como tos persistente, sibilancias, dificultad respiratoria y expectoración hemática. En un lapso inferior a tres horas desde su ingreso, se logró identificar la presencia de una masa en el mediastino, hallazgo que permitió emitir el diagnóstico de tumor y, en consecuencia, ordenar de forma inmediata la práctica de una tomografía axial computarizada (TAC) contrastada. Paralelamente, se instauró tratamiento médico dirigido a preservar la vía aérea y salvaguardar la vida del menor, en atención a la prioridad clínica que representaba el compromiso respiratorio agudo, tal como fue expresado por los galenos tratantes. En suma, se evidencia que el paciente recibió atención médica oportuna, integral y conforme a los protocolos clínicos vigentes, orientada a establecer en primera instancia las causas de los síntomas respiratorios que motivaron la consulta, y a garantizar la estabilidad vital del menor frente a un cuadro de obstrucción progresiva de la vía aérea.

Por ende, brota que, a diferencia de la estimación de la apelante, el menor no presentaba síntomas al punto de poder determinar, desde el primer momento de atención, que se trataba de un tumor cancerígeno; es más, los síntomas tan generales e inespecíficos, en un menor de edad en etapa escolar, demostraban tanto a su familia, como a los médicos, en una primera observación, una afección tal vez de tipo viral; es claro que la patología del paciente se fue desarrollando de forma progresiva y rápida, pues en primer momento no concurrían todas, a más que lo visible podía colegir la existencia, como se dio, de enfermedades de tipo

respiratorio.

Lo discurrido halla soporte, primero, en lo dicho por los propios familiares del menor, cuando indicaron que presentaba una gripa, con una tos y asfixia, un resfriado muy fuerte, sin más síntomas; luego, la médica pediatra Sandra Mercedes Carrillo, quien atendió al paciente, indicó que los familiares indicaron que el paciente tenía tos de un mes de evolución, congestión, expectoración verdosa, y en los últimos cinco días había tenido expectoración con sangre, pero además, que convivía con un familiar “que tosía mucho”, de resto sus signos vitales estaban bien, aunque le escuchó unas sibilancias y por eso ordenaron exámenes para determinar la causa de la tos. Explicó que con ello se ordenó examen para descartar una tuberculosis, así como la radiografía del tórax; con los resultados se dio cuenta que el adolescente no tenía infección bacteriana y con la radiografía del tórax evidenció una imagen en el mediastino que se veía como una masa localizada que le llamó la atención, y ahí pensó que no era una tuberculosis, que era otra cosa, por lo que sugirió una imagen más amplia para determinar a que correspondía esa masa. Entonces, también se supo que no tenía una neumonía ni asma y que era la que estaba generando el problema y había que determinar qué era la misma, porque no se podía tratar solamente por verla, había que determinar sus características.

Mírese que, además, explicó que un tumor es muy difícil detectarlo a ciencia cierta, si el paciente no tiene síntomas; en complemento, las patologías tumorales en niños avanzan rápidamente, ejemplificando que “uno puede tener un niño hoy con una gripa y le sangra la nariz y le toma un examen de sangre la próxima semana y encontramos una leucemia”; todo, por el mismo crecimiento celular de los niños, no es de crecimiento lento como en algunos adultos. Sin embargo, resaltó, en cuatro horas, en este caso, ya se tenía un diagnóstico.

En suma, determinó que los signos y síntomas de este tipo de pacientes, al inicio, son inespecíficos, y pueden parecerse a muchas otras patologías, y lo que ayuda es hacer la imagen diagnóstica, como se hizo en este caso, y que mostró la masa. Al unísono, la Dra. Beatriz Eugenia Amaya convalidó que los tumores en adolescentes, no tienen buen pronóstico. Citó que la tos puede estar relacionada con múltiples infecciones respiratorias, como faringitis, rinofaringitis viral, un resfriado común, neumonía, exacerbación de un asma, o si es de más días de evolución en una tuberculosis, o puede ser reflujo, que no es muy común. Declaró que se deben hacer unos diagnósticos diferenciales y descartar patologías, de modo que tienen unas “escalas” para empezar, conforme la sintomatología, y lo primero, por el tiempo de evolución, es descartar las causas infecciosas porque estas tienen un período de evolución menor, y luego se amplían los estudios para despejar las otras causas, que incluyen las tumorales. Es decir, aclaró, se descarta desde lo más común, lo más frecuente, y poco a poco hasta lo menos frecuente, lo cual los obliga a hacer, de manera escalonada, los abordajes, exámenes y diagnósticos. En una palabra, aseguró que no hay forma de visualizar con certeza una patología complicada, cuando los síntomas, como

en este evento, son inespecíficos.

Fueron contestes las declarantes técnicas al apuntar que la tos puede indicar la existencia de muchas patologías y por ende, deben irse descartando los síntomas con la toma de exámenes, que va, de lo más común a los más específico; que en menores, los tumores avanzan mucho más rápido que en personas adultas, y que, determinar, de entrada, la existencia de un tumor, no resulta plausible ante la coexistencia de síntomas tan inespecíficos.

Lo anterior, se conjuga con el relato del Gerente y médico del Hospital Infantil, cuando explicó que un paciente llega y se le hacen diagnósticos presuntivos, sobre los cuales se ordena una serie de exámenes, para llegar a un diagnóstico definitivo, que muchas veces se hace de manera rápida y oportuna, no obstante, en el caso en dos horas ya se tenía un diagnóstico.

En armonía, y ante la inexistencia de pruebas adicionales que descarten las manifestaciones anteriores, mal podría asegurarse que la toma inmediata de muestra de exámenes para auscultar la causa de los síntomas, con la aplicación temporal del salbutamol, como insumo usado desde la atención primigenia, haya influido de manera directa en el desmejoramiento del paciente. La historia clínica, junto con las demás pruebas obrantes en el expediente, evidencian que el diagnóstico del adolescente fue establecido en un lapso inferior a tres horas desde su ingreso al Hospital demandado. No existe prueba alguna que permita concluir que los profesionales tratantes, desde la primera auscultación, hubiesen podido detectar de forma inmediata la presencia del tumor, lo cual resultaría médicamente inverosímil conforme a las reglas de la experiencia y a los protocolos clínicos vigentes, como lo expusieron los expertos en la materia.

Por añadidura, no se allegó al proceso estudio técnico, protocolo médico, ni evidencia científica que demuestre que la continuidad en la administración de medicamentos, mientras se descartaba la patología de base, haya generado consecuencias adversas para el paciente. Esta consideración cobra mayor relevancia tratándose de un menor de edad, con sintomatología inespecífica y generalizada. En consecuencia, no se configura una actuación negligente ni puede establecerse una demora injustificada o error en el diagnóstico por parte del personal médico, lo que excluye la existencia de responsabilidad por parte de la entidad demandada.

Resulta desacertada y alejada de la realidad fáctica la tesis sostenida por la parte apelante, al afirmar que al menor se le continuó el manejo médico bajo un mismo diagnóstico y tratamiento, sin variaciones. Tal afirmación se desvanece frente al acervo probatorio obrante en el expediente, el cual demuestra que, desde el momento en que el paciente fue recibido en el Hospital Infantil, se ordenaron múltiples exámenes diagnósticos con el fin de esclarecer la causa de los síntomas que presentaba. Una vez obtenidos los resultados de dichos estudios, el equipo médico ajustó el tratamiento conforme a los nuevos hallazgos clínicos y a las

necesidades concretas del paciente, evidenciando una actuación diligente, dinámica y acorde con los protocolos médicos, sin que exista evidencia en contrario en el dossier. Estas verificaciones, claras y documentadas, desvirtúan de manera categórica la postura de la apelante y demuestran que no hubo negligencia en el tratamiento, sino un cambio lógico conforme la evolución clínica, que se halla claramente sustentada.

A su turno, es claro que al menor se le tomó, de entrada, la radiografía que mostró el tumor que era el que estaba afectando y obstruyendo la vía respiratoria, lo cual llevó a las pediatras del momento a determinar que el paciente requería ser atendido en una unidad de cuidados intensivos, y realizar una tomografía de contraste para determinar el tipo de tumor, que no pudo ser ejecutada de manera inmediata, puesto que, según las explicaciones médicas, las notas de la HC, la deponencia de la auxiliar, el menor requería ayuno para ello; al tiempo que intubarlo, con el fin de preservarle la vía aérea y así, la vida. En ese orden, no existió demora ni barrera en la orden de remisión a Unikids Pereira, que fue en donde indicaron se iba a recibir el paciente.

Paralelamente, se aprecia que el paciente, antes de las atenciones, no tuvo síntomas adicionales que dieran cuenta inequívoca de la existencia de la masa. Se precisó que tal patología, en niños, evoluciona de manera mucho más rápida que en adultos, pero no se logró determinar en realidad el tiempo de la evolución del tumor, menos así porque los síntomas que venía presentando, aproximadamente un mes atrás de la atención en el Hospital Infantil, eran los típicos de las infecciones virales más comunes, sobre todo, en niños en edad escolar que conviven con virus. Es una patología delicada, compleja, grave, sin buen pronóstico sobre todo por la edad del menor y la ubicación de la masa. Luego, es verdad que las pediatras expusieron que este tipo de diagnóstico avanza de manera acelerada en menores, pero ello, por sí, no resulta indicativo de una falla en la atención, cuando, en conjunto con las versiones en su integridad, el hecho de haberse encontrado la masa uno o días antes, o uno o dos días después, en nada cambiaba el resultado. Así, tal apuntalamiento no puede tomarse de manera aislada con la amplia explicación médica, para acomodar un relato a la teoría carente de sustento planteada por la apelante.

En atención al material probatorio que, en honor a la verdad, solo demuestra una eficiente prestación del servicio de salud del menor, resulta diáfano señalar que las declaraciones de las médicas especialistas en la materia, que incluso fueron quienes atendieron al paciente, no pueden ser derribadas por consideraciones o apreciaciones que resultan subjetivas por parte de la demandante, pues se apoya en algunas publicaciones médicas que no logran, irrefutablemente, derruir el conocimiento cierto, técnico y puntual que tienen los galenos, sobre opiniones o razonamientos personales de la profesional del derecho frente a conceptos médicos. Todo, porque considera la togada, que una tos permanente puede ser signo de cáncer de pulmón, lo cual no se desconoce porque, inclusive, los galenos así lo relataron pero, es claro, no puede ser el

diagnóstico que se emita de entrada, en tanto existen enfermedades comunes, más frecuentes, que también empiezan con tos, siendo el tumor un diagnóstico al que se llega por descarte de las otras enfermedades, no uno que se evidencie de primera mano, y menos sin que medien exámenes especializados que así lo corroboren, como pretende la apoderada de los demandantes, que el menor haya llegado con los síntomas presentados y se le hubiera indicado la presencia de la masa maligna. Escapa incluso a toda lógica este tipo de teoría. Los dichos de la togada, atinente a la falta de realización de exámenes diagnósticos, contrastan por completo con el conjunto verificador.

Siguiendo, resulta improcedente y clínicamente infundado sostener que el diagnóstico y tratamiento médico ordenado al menor fueron erróneos, y que, por tanto, era imperativo convocar una junta médica o comité interinstitucional para esclarecer su situación clínica. Tal afirmación, formulada por la parte apelante, carece de respaldo técnico científico en el expediente, hecho que la torna no solo arriesgada, sino también desprovista de fundamento probatorio. La ausencia de estudios especializados o conceptos médicos que avalen dicha exigencia, impide conferirle validez argumentativa en sede judicial. En efecto, se trata de un señalamiento de alta sensibilidad médica que, al no estar acompañado de evidencia científica que lo sustente, se desdibuja como una apreciación subjetiva, sin capacidad para desvirtuar la actuación diligente del cuerpo médico tratante.

11. Por otro lado, se sopesa el alegato atinente a la supuesta demora en la consecución del servicio de ambulancia, que representa una marcada responsabilidad tanto de la Nueva EPS como obligada a mantener la contratación con un servicio permanente de ambulancias, como del hospital porque, a su juicio, debió gestionar el servicio de manera directa, y que, según sus dichos, influyó en el resultado final, en cuanto cada minuto es primordial en un paciente con la patología hallada.

De cara al punto, se aprecia de la historia clínica que, el menor llegó al hospital siendo aproximadamente las 11:21 pm, el día 17 de abril de 2017; hacía la 1:46 am ya del 18 de abril, se arrió respuesta de Interconsultas y se observó una imagen redondeada en región mediastino, por lo que se requirió, a su vez, TAC de tórax. Se dejó nota médica de haberse hallado masa en mediastino que requería estudio con tomografía contrastada, siendo las 9:09 am; a las 3:06 pm se dejó anotación de estarse a la espera de la toma del TAC, “a la espera de cumplir ayuno”. A las 4:08 pm se lleva el paciente para la toma del TAC de tórax contrastado, y ante el deterioro del paciente por la dificultad respiratoria, con riesgo de falla ventilatoria, se ordena interconsulta a cuidados intensivos, sobre las 7:05 pm. Luego de varios trámites administrativos, a las 9:28 pm se deja nota afirmando que el menor fue aceptado en UniKids de Pereira, y estaba pendiente traslado a cuidado intensivo pediátrico; a las 10:34 se indicó que la ambulancia lo recogería sobre las 2:00 am; a las 12:44 am, el menor tuvo que ser trasladado a quirófano para intubación, y se estaba pendiente de conseguir ambulancia.

A la 1:07 am, se realizó llamada a línea de referencia de la Nueva EPS, quien informó que no tenía prestador de ambulancia y que no se podía hacer el traslado hasta después de las 7:00 am; a las 4:14 am se registra que, de nuevo, se comunican con EPS y refiere que aún no hay disponibilidad de la ambulancia para el traslado, y a las 7:00, se solicitó colaboración la ambulancia. A las 8:11 am se aduce que el paciente es entregado al servicio de transporte medicalizado Línea Vida, para ser transportado hacía la ciudad de Pereira, y a las 9:12 am llega la ambulancia.

Por otro lado, el Gerente del Hospital Infantil explicó que el traslado necesitaba una “ambulancia medicalizada”, “que son muy escasas lamentablemente en toda nuestra región”, y en este caso, una vez llegó, hizo el traslado del menor; estimó que el tiempo, entre las 8:00 pm y las 8:00 am, para llegar la ambulancia, es “normal”, explicando que las unidades de cuidados intensivos pediátricas para esa fecha, eran limitadas, y el Hospital no tenía. Relato que se compagina con el de la Dra. Beatriz Eugenia Amaya, en cuanto aseguró que el transporte para un paciente intubado debe ser en ambulancia medicalizada, que se tenía la autorización por parte de la Nueva EPS y la información de que el traslado sería en la mañana.

Para finalizar, no es menor el registro de la noticia de la Editorial La Patria, con fecha 19 de abril de 2017<sup>56</sup>, que evidencia la declaración de calamidad pública en Manizales, “tras las fuertes lluvias de esta madrugada”, dando cuenta de un hecho notorio en la ciudad que sobrellevó muertes, desapariciones, evacuaciones, viviendas destruidas, cerca de 25 barrios afectados en distintas zonas de la ciudad, afectaciones en infraestructura y de tráfico vial, que, en conjunto es significativo de un caos suscitado por una emergencia.

Luego, claro es que si bien, eventualmente, pudo existir demora en el arribo de la ambulancia, sin que ello implique aceptación de que la hubo, se concluye que, primero, en esa misma noche se presentó una calamidad en la región que, a diferencia de como lo quiere hacer ver la apelante, y según las reglas de la sana crítica, no resultan de poca monta e irrefutablemente pudieron haber incidido en la disponibilidad y movilización de los servicios de emergencia, incluyendo la consecución de ambulancias medicalizadas. En consecuencia, no resulta razonable ni objetivo establecer que el aparente retraso obedeció exclusivamente a una falla atribuible a la entidad demandada, sin considerar el contexto extraordinario en que se desarrollaron los hechos. Ahora, lo que atendía era a la parte actora demostrar, con elementos probatorios idóneos, que esa situación, sin discusión, haya tenido repercusión directa frente al agresivo tumor detectado, su evolución y desenlace; es decir, que de haber llegado en tiempo anterior la ambulancia, esto es, antes de la hora en que recogió al menor, las probabilidades de recuperación fueran mayores, o que esas horas que transcurrieron, eso sí, recibiendo una clara y oportuna atención por parte del

---

<sup>56</sup> Cfr, página 102, 02CuadernoA, C0JuzgadoAdministrativo, 01PrimerInstancia, C01PrimerInstancia.

Hospital Infantil, como se vio, fueron trascendentales para evitar el paro respiratorio que sufrió minutos más tarde mientras era trasladado a la ciudad de Pereira. Sin embargo, no se probó que ese tiempo transcurrido haya sido radical y hubiera restado oportunidades al joven afectado. Al margen de las razones del tiempo que se tomó el transporte medicalizado para arribar al hospital, lo cierto del caso es que no hay medio probatorio que respalde la invocación del extremo activo, referente a que, esa supuesta tardanza, fue determinante en la producción del paro cardio respiratorio. La teoría, al igual que las demás, germina infundada científica y medicamente.

De esta forma, la conjugación de los elementos de convicción conlleva a una conclusión que comulga con la aducida por la Juzgadora, en tanto, sin resquicio de dubitación, el paciente recibió una atención integral, incluso durante su atención en el servicio de urgencias, llevado a cabo ante la IPS Eje Cafetero, y la subsiguiente hospitalización que fue atendida por el Hospital Infantil, donde recibió atención directa de pediatras que, en tiempo oportuno, conforme las patologías, signos y síntomas presentados, ordenaron la realización de exámenes que, en menos de tres horas, determinó el infortunado diagnóstico del adolescente, tal como lo indicaron las profesionales en su relatos, los cuales se encuentran afines con lo plasmado en la historia clínica. En tal sentido, al considerar que la medicina es una ciencia humana, la cual se fundamenta en hallazgos que empiezan a encajarse en diversas sintomatologías y enfermedades, no es dable exigir a los médicos tratantes un comportamiento más allá de la prudencia y cuidado para el auscultamiento de las patologías existentes.

En ese norte, son concluyentes los elementos materiales probatorios para determinar que no existió culpa que pueda ser atribuida a las demandadas, cuando, no está demás decirlo, no está acreditado tampoco demora alguna en la expedición de las órdenes y autorizaciones por parte de la Nueva EPS, puesto que su obrar fue diligente y encaminado a determinar las causas que motivaban la consulta del aquejado, con arreglo a los signos, síntomas y hallazgos que se iban encontrando. La multiplicidad de exámenes y valoraciones practicadas permite inferir que el menor comenzó a manifestar síntomas atribuibles al tumor cuando este ya se encontraba en etapa avanzada, con una sintomatología que, en sus primeras manifestaciones, se asemejaba a la de infecciones respiratorias comunes, las cuales debían ser descartadas en primera instancia. Una vez se identificó la causa de la falla respiratoria, se instauró el tratamiento pertinente, sin que exista prueba alguna que permita concluir que dicho tratamiento fue equivocado, o que existiera una alternativa terapéutica que, de haber sido aplicada, hubiese modificado el curso clínico o brindado una oportunidad distinta de recuperación.

No era exigible a los médicos tratantes que, desde el primer contacto, presumieran la existencia de un tumor maligno, máxime cuando el paciente presentaba una sintomatología inespecífica y pertenecía a un grupo etario en el que este tipo de patologías no son frecuentes. En ese sentido, los síntomas podían

razonablemente confundirse con cuadros respiratorios comunes, y solo mediante estudios diagnósticos especializados, ordenados de manera inmediata, se logró establecer el diagnóstico definitivo, cuyo resultado se obtuvo en un tiempo aproximado de dos horas desde la valoración inicial.

A la sazón, no se evidencia por la Sala la existencia de un nexo de causalidad entre el tiempo en que llegó la ambulancia por el paciente, la evolución de la enfermedad y el fallecimiento del menor, pues no se encuentra prueba indicativa de que tal espacio fuera tardío, conforme las eventualidades ocurridas esa noche en la ciudad, y menos la forma en que ello haya podido incidir en la evolución de la patología, no siendo más que solo apreciaciones de la parte activa, que no logró acreditar a través de una prueba técnica; menos así cuando quedó claro que el menor ya presentaba fallas ventilatorias que hacían delicada, grave y sin mayores posibilidades de recuperación, su afección. Finalmente, ningún elemento probatorio puede dar cuenta que el deterioro del paciente fuera por el diagnóstico obtenido en menos de tres horas, o por el lapso en que llegó la ambulancia por el joven, porque la enfermedad del fallecido fue crítica desde su diagnóstico, inclusive, se realizaron todas las técnicas para preservarle la vida, como era mantener la vía aérea despejada para lograr el paso de la respiración, realizando con ello la intubación, de lo contrario, como lo afirmó la misma anestesióloga que realizó el procedimiento, seguramente el menor hubiera fallecido esa misma noche. Tampoco se saben las implicaciones exactas de haberse detectado el tumor con antelación, o de haber llegado la ambulancia en tiempo distinto.

No existe el nexo causal entre el padecimiento y la actividad médica desplegada, pues los elementos técnicos, historia clínica y versiones de las especialistas pediátricas, la de anestesiología, no evidencian un ligamen determinante de responsabilidad; contrario a ello, toda la prueba, en últimas, apunta a una praxis adecuada, oportuna y eficiente. En resumen, la parte demandante, en este punto, no logró acreditar en debida forma sus alegatos, memorando que es incumbencia de las partes asumir la carga probatoria que les compete en pro de demostrar los supuestos fácticos en los que apoyan sus sustentaciones.

Razonó el extremo activo que no se determinó, de entrada, la existencia del “cáncer de pulmón”, cuando, según publicaciones médicas, la tos que presentaba el joven, que era “permanente”, puede ser signo de tal diagnóstico; empero, primero, es claro que la tos del menor no era permanente, tenía aproximadamente un mes de evolución; segundo, las reglas del sentido común lo advierten, los médicos tratantes han de orientar su conducta no sobre aleatorias suposiciones que puedan surgir en el amplio mundo de la medicina, sino atendiendo las bases técnico científicas que les asistan en función de la sintomatología que se halle en el paciente, de cuyo que el extenso campo de enfermedades existentes y que pueden tener síntomas similares, no da entrada para su búsqueda al tiempo, menos cuando los síntomas eran semejantes a los de

virus respiratorios, frecuentes en menores escolarizados. Así, de las deponencias médicas, se logra extraer que es casi imposible, de primera, establecer la existencia de un tumor, sin la realización de imágenes diagnósticas.

Se concluye la diligencia entonces emprendida por la institución prestadora del servicio de salud accionada, así como de la EPS, de quien no se demostró imposición de barrera administrativa alguna para emitir las órdenes y autorizaciones requeridas, puesto que si bien la activa se duele de unas supuestas atenciones antes del 16 de abril, más exactamente 4, de las que supuestamente fue devuelto el menor, sin mayor auscultación, sólo existe acreditación de una de ellas, esto es, de la del 31 de marzo de 2017, y no alguna otra entre esta fecha y el día 16; aunado a que esas primeras atenciones tampoco fueron realizadas por el Hospital accionado. Allende, es clara la atención integral brindada en su momento al joven, que pudo, en un tiempo que se acredita como oportuno, establecer la causa del diagnóstico que presentaba, con un tratamiento que, según lo probado, resultaba el adecuado. No existe probanza en contrario.

Por ende, refulge diáfano que el paciente no manifestaba una única sintomatología que permitiera a los galenos encuadrarla de manera particular en un tumor, cuando sus síntomas estaban más ligados a enfermedades respiratorias o virales, por cuanto de lo observado en la historia clínica es tangible que las patologías que adoleció se fueron desarrollando de forma progresiva y unas esporádicas.

Si la demanda se estructuró en yerros de diagnosis que trajeron consigo tardanza en la atención médica, no hay una evidencia nítida, contundente e irrefutable que acredite que un mal proceder médico condujo a la agravación de la salud del paciente, cuando, por el contrario, las versiones técnicas y la historia clínica, enrostran que ante los signos presentados se procedió en debida forma sin que pudiera enfilarse el estudio clínico a un “cáncer de pulmón”, por la existencia de síntomas inespecíficos.

En este aspecto, apuntó la Corte Suprema de Justicia, en sentencia SC3272 de 2020 que, se trata en últimas que “la decisión sobre el tratamiento a seguir fuese el correcto. De ahí, el control judicial posterior de esa conducta y decisión no puede partir de la base de los resultados adversos o de la falta de acierto, para concluir que hubo incumplimiento, tardanza, en definitiva culpa. Lo anterior conduciría, ni más ni menos, a coartar la libre iniciativa y el criterio profesional del facultativo, para seleccionar el tratamiento correcto dentro de las opciones ofrecidas por la ciencia, atendidas las calidades del paciente y los recursos disponibles, si el comportamiento se juzga a la luz de los resultados, en cuyo caso el médico estaría impelido a tomar decisiones a la defensiva, inclusive en detrimento de los usuarios del servicio”. Y es que fue categórica la Corte al precisar que, en el examen de la conducta profesional, se deben agregar circunstancias como la experiencia de los galenos, “la complejidad del caso y la eventual existencia de dos o más diagnósticos razonables dados por la evidencia,

todo lo cual llevará al juez a determinar si en ese complejo campo el error de diagnóstico no fue el resultado de una culpa comprobada, sino la lamentable condición del estado del arte médico, todavía en numerosos ámbitos con pronósticos inciertos”.

Traído tal precedente, es claro que en el en el evento pudo influir la existencia de síntomas semejantes a los virales, incluso, porque en cierto punto se evidenció mejoría con el tratamiento inicial de salbutamol, según la historia clínica, además la edad del menor y la etapa en que se hallaba el tumor.

De esta forma, como lo sentó el Órgano de Cierre en materia civil, “el error lo puede cometer cualquier médico, aún el más avezado, el más precavido, el más experimentado. Lo determinante es verificar si esa inacción se debió a inadvertencia o descuido frente a los síntomas y signos que mostraba el paciente, o si, justamente, por la equivocidad de los mismos, o por la vulnerable condición del paciente, la prudencia aconsejaba una intervención quirúrgica tan solo cuando fuere necesario”. Ciertamente es que no hubo negligencia de la parte pasiva en razón a que, realmente, los síntomas no hacían sospechar la presencia de un tumor en una persona tan joven, pues si bien alguno que otro se presentó, eran indefinidos, menos se podía esperar una intervención quirúrgica inmediata, sin conocer las características de la enfermedad. De allí se sigue, no quedó plenamente demostrada la existencia de nexo de causalidad entre la presencia de un hecho generador de errores de diagnóstico, y la muerte, condición necesaria para acceder a lo pretendido.

12. En armonía, es del caso memorar que “La Corte ha resaltado que la decisión de no intervenir de manera inmediata a un paciente, no implica, “inexorablemente, responsabilidad médica, porque la culpa por falta de cuidado y atención solo tiene lugar cuando un profesional se sustrae a hacer cuanto debía observar en la forma y tiempo oportunos”<sup>57</sup>. En acuerdo, y siguiendo las reglas establecidas jurisprudencialmente, se estima que todos los testigos técnicos, entre médicas y una auxiliar, que por demás fueron las que atendieron al paciente, fueron coincidentes y armónicas con la extensa historia clínica, y en ese sentido, no habiendo elementos demostrativos adicionales, pierde completa fuerza la tesis expuesta por la apelante, carente de respaldo, frente a aquellas que, sin duda, emergen como mayor prueba que escuetas estimaciones personales. Fueron entonces sincrónicas al aceptar que un paciente en las condiciones conocidas, con unos síntomas tan inespecíficos, generales, puede presentar otras patologías, conforme incluso con su edad; que para determinar la existencia de un tumor se necesitan exámenes, que fueron realizados, y que se trataba de un padecimiento que evolucionaba de manera rápida en el menor, pero al que, en todo momento, se le brindaron todas las atenciones necesarias en pro, primero, de salvarle la vida, de evitar la falla respiratoria, y con ello la muerte, pues lo importante primero era estabilizarlo, para luego, en un momento ulterior, con la vía área asegurada, tratar con el respectivo especialista, el punto de la masa tumoral. No obstante, la

---

<sup>57</sup> Ver, sentencia SC3272-2020, 7 de septiembre de 2020. M. Ponente Luis Armando Tolosa Villabona.

situación se agravó, por la propia gravedad de la enfermedad y el momento tan rápido en que se dieron las cosas, en un paciente con alta probabilidad de muerte en su estancia hospitalaria.

Aquí, huelga resaltar, si bien la anestesióloga indicó que se tenían que “hacer otras cosas”, el contexto de su relato, distinto al que le quiere endilgar la impugnante, es que, además de la intubación que ella le practicó al menor para salvarle la vida, se debían ejecutar actos médicos adicionales para tratar la patología y la sintomatología que presentaba, cual era la falla ventilatoria, lo que resulta apenas natural; más no se refería, en momento alguno, a que se tuvieran que materializar otras conductas y que no se hayan hecho. Descontextualizar su versión completa, es indefendible.

Precisó también el Alto Tribunal que “tratándose de la actividad médica, entra la posibilidad de incurrir en responsabilidad, por cuanto todos los procedimientos que ejecuta un galeno tienen asociado un eventual riesgo para el paciente de engendrar un daño o secuela, provocando lesión al cuerpo o salud del paciente, el cual es, bien y derecho protegido por ley”. Conceptuó la Corporación que la actividad médica no puede predicarse en abstracto sino en forma concreta, “en el marco del objeto del compromiso o tarea específica que asume el galeno, ante una determinada dolencia para intentar la curación, paliación o mejora del paciente”, pero no de manera hipotética o genérica protección de la vida y la salud. En esta sentencia, se trajo a colación la teoría doctrinaria consistente en que “el especialista que ha asumido el tratamiento del paciente de una afección concreta responde de las omisiones relativas a la misma, no así respecto a otras posibles patologías ajenas a aquella que en el curso del tratamiento pudieran aparecer o descubrirse”<sup>58</sup>. Aclaró que “ello no significa soslayar los errores. Estos pueden ser excusables o inexcusables. En el ámbito de estos últimos, se hallan los groseros, los culposos, los faltos de diligencia y cuidado, y por tanto injustificados, motivo por el cual resultan abiertamente inexcusable y consecuentemente, reparable “in natura” o por “equivalente”, pero íntegramente. Todos los otros resultan excusables”<sup>59</sup>.

En esencia, en cuanto respecta en este caso, la supuesta demora en la realización de exámenes para determinar el diagnóstico, que como se vio en realidad no acaeció, más el tiempo que se tomó la ambulancia para arrimar al hospital, ante la presencia de un diagnóstico tan complejo y de tan rápida evolución, incesante y fulminante, no puede ser germen de responsabilidad. Luego, sin que exista acreditación que conlleve a la absoluta certeza de la existencia en la falla del servicio médico, o de haberse configurado la misma, generó la muerte del paciente, así como tampoco se confirmó un mal diagnóstico por negligencia médica, no podía prosperar la demanda ante la falta de configuración de los elementos que configuran la responsabilidad. Del acervo probatorio, en armonía con el discernimiento de cada uno de ellos, no se logra generar la convicción de la ocurrencia de la responsabilidad endilgada por la parte

<sup>58</sup> GÓMEZ RIVERO, María del Carmen. La Responsabilidad Penal del Médico. Valencia: Tirant Lo Blanch, 2003. P.476.

<sup>59</sup> Ver, sentencia SC3272-2020, 7 de septiembre de 2020. M. Ponente Luis Armando Tolosa Villabona.

demandante, puesto que no se probó la culpabilidad en el presunto hecho dañino, por cuanto la injerencia en la atención, así como la aparente demora en la llegada de la ambulancia, independiente de la razón detrás de ella, no conlleva de por sí al establecimiento de que con ello concurrió negligencia, imprudencia e impericia. No se puede dejar de lado la falta de acreditación en las diligencias de una manera certera que tal lapso, hubiera producido, por sí solo, el desmejoramiento y fallecimiento del paciente; no bastan las suposiciones para arribar a una declaración de tal linaje; es indiscutible que debe mediar un hilo conductor preciso, entre el ejercicio de la primera y el desencadenamiento en la segunda, cuestión que de conformidad con las versiones médicas está descartada.

Al respecto, importa destacar que la H. Corte Suprema de Justicia<sup>60</sup> ha indicado que la pérdida de la oportunidad “constituye una especie de daño independiente, provisto de unas singulares características y que, en últimas, se ve concretado en el desvanecimiento de la posibilidad de obtener una ganancia o de evitar que se produzca un evento, frustración que correlativamente, coloca a quien sufre el menoscabo en la posición de poder demandar la reparación de los perjuicios. Aquella, en sí misma considerada, causa daño a quien se privó o se frustró de ese “chance”, razón por la cual tiene un valor en sí misma, independientemente del hecho futuro, pues la lesión consistente en la desaparición absoluta de una probabilidad objetiva, posee una naturaleza cierta y directa”. “Sus presupuestos axiológicos, para que pueda considerarse como daño indemnizable según la elaboración jurisprudencial de esta Corporación refieren a: (i) Certeza respecto de la existencia de una legítima oportunidad, y aunque la misma envuelva un componente aleatorio, la “chance” diluida debe ser seria, verídica, real y actual; (ii) Imposibilidad concluyente de obtener el provecho o de evitar el detrimento por razón de la supresión definitiva de la oportunidad para conseguir el beneficio, pues si la consolidación del daño dependiera aún del futuro, se trataría de un perjuicio eventual e hipotético, no susceptible del reconocimiento de una indemnización que el porvenir podría convertir en inconveniente; y (iii) La víctima debe encontrarse en una situación potencialmente apta para pretender la consecución del resultado esperado; no es cualquier expectativa o posibilidad la que configura el daño, porque si se trata de oportunidades débiles, lejanas o frágiles, no puede aceptarse que, incluso, de continuar el normal desarrollo de las cosas, su frustración inevitablemente conllevaría en la afectación negativa del patrimonio u otros intereses lícitos. Dicho de otro modo, el afectado tendría que hallarse, para el momento en el cual ocurre el hecho dañino, en un escenario tanto fáctico como jurídicamente idóneo para alcanzar el provecho por el cual propugnaba” (Subraya de la Sala)”.

En esas condiciones, no se liga un nexo de causalidad en la responsabilidad endilgada, por cuanto no quedó probado el error en el diagnóstico y tratamiento, ni que el tiempo en que llegó la ambulancia hubiese repercutido directamente en la evolución y muerte del menor, pues dada la gravedad de la patología y el estadio en que estaba, no es posible establecer el vínculo

---

<sup>60</sup> Ver, SC10261-2014 del 4 de agosto de 2014 (Magistrada Ponente Margarita Cabello Blanco).

correlacional ni la pérdida del chance para una mayor sobrevivencia, pues fue impredecible determinar exactamente que haber encontrado con antelación el tumor o que de haber llegado antes la ambulancia, se hubiera permitido prolongar la vida del paciente, esto es, que existiera una oportunidad seria, verídica, real y actual que se pudiera concretar. A riesgo de redundar, la defensa de la apelante cayó en el vacío de apreciaciones carentes de soporte fáctico para desvirtuar lo probado, en contraste con la contundencia de los medios probatorios que ofrecen a esta Corporación certeza acerca de la inexistencia de culpa por parte la pasiva, y la falta de nexo de causalidad.

13. En conclusión, la Sala convalidará el fallo refutado, por encontrarlo conforme a Derecho, con la subsecuente condena en costas en esta instancia a la parte actora en favor de la parte demandada.

No sobra añadir que es pertinente enfatizar que la Sala para los efectos de lo dispuesto en el artículo 280 del Código General del Proceso no encuentra indicios adicionales deducibles a partir de la conducta procesal de las partes que alteren la conclusión final.

## **VII. DECISIÓN**

Por lo expuesto, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Manizales, en Sala de Decisión Civil-Familia, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

### **FALLA:**

**Primero: CONFIRMAR** la sentencia dictada el 8 de octubre 2024, por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Manizales, dentro del proceso de responsabilidad médica adelantado por los señores Wilmar Carvajal Valencia, Lucelly Vargas Sanabria, Juliana Carvajal Vargas, GGC, Consuelo Carvajal Valencia y herederos indeterminados de la señora Blanca Flor Valencia, (en razón a su fallecimiento en el curso del trámite), en contra del Hospital Infantil Universitario Rafael Henao Toro y la Nueva EPS; trámite dentro del cual se llamó en garantía a Allianz Seguros S.A.

**Segundo: CONDENAR** en costas en esa Sede a la parte recurrente por la improsperidad de la alzada. Las agencias en derecho en esta Sede serán tasadas oportunamente por el Magistrado Sustanciador.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Los Magistrados,

ÁLVARO JOSÉ TREJOS BUENO

**JOSÉ HOOVER CARDONA MONTOYA**

**ELIANA MARÍA TORO DUQUE**  
**(Ausencia Justificada)**

Tribunal Superior del Distrito Judicial de Manizales. Sala Civil-Familia. 17001-31-03-001-2023-00168-02

**Firmado Por:**

**Alvaro Jose Trejos Bueno**  
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional  
Sala 9 Civil Familia  
Tribunal Superior De Manizales - Caldas

**Jose Hoover Cardona Montoya**  
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional  
Sala 5 Civil Familia  
Tribunal Superior De Manizales - Caldas

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: **17f99bfd8935269b91a0c63740b614f337d1a97b898c642762d2f02b7bd7fea9**

Documento generado en 28/08/2025 12:15:15 PM

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