

REPÚBLICA DE COLOMBIA



CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA - SUBSECCIÓN B

Bogotá DC, dos (2) de marzo de dos mil veintidós (2022)

Magistrado ponente: FREDY IBARRA MARTÍNEZ
Expediente: 68001-23-33-000-2012-00021 (50.382)
Demandante: JOSÉ ANTONIO GALEZO NIETO Y OTROS
Demandado: ECOPETROL SA
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA
Asunto: APELACIÓN DE SENTENCIA – FALLA MÉDICA

Síntesis del asunto: la parte demandante alega que el fallecimiento del menor Jórdy Andrés Galezo Acosta fue producto de las fallas en el diagnóstico de la enfermedad que aquejaba la salud de dicho paciente y el consecuente error en el tratamiento que le fue suministrado en la Policlínica de ECOPETROL SA.

La Sala decide el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante (fls. 819 a 828 cdno. ppal.) contra la sentencia de 5 de diciembre de 2013 proferida por el Tribunal Administrativo de Santander (fls. 795 a 810 cdno. ppal.) que resolvió:

“PRIMERO: DENIÉGANSE las pretensiones de la demanda promovida por JOSÉ ANTONIO GALEZO NIETO, MARÍA ROSLADY ACOSTA ARANGO, YON ÉDUIN (sic) GALEZO CÁRDENAS, YENIZ PATRICIA GALEZO ACOSTA, JOSÉ ALFREDO GALEZO ACOSTA y KELLY MARIBEL GALEZO ACOSTA contra ECOPETROL SA, de conformidad con la parte motiva de esta sentencia.

SEGUNDO: CONDÉNASE en costas a los demandantes JOSÉ ANTONIO GALEZO NIETO, MARÍA ROSLADY ACOSTA ARANGO, YON ÉDUIN (sic) GALEZO CÁRDENAS, YENIZ PATRICIA GALEZO ACOSTA, JOSÉ ALFREDO GALEZO ACOSTA y KÉLLY MARIBEL GALEZO ACOSTA, y a favor de ECOPETROL SA y la CLÍNICA SAN JOSÉ SAS, las cuales serán liquidadas por Secretaría una vez ejecutoriada la sentencia.

Para tal efecto FÍJESE por concepto de agencias en derecho la suma equivalente al uno por ciento (1%) del valor de las pretensiones negadas en esta sentencia, conforme lo señalado en la parte considerativa. (...)” (fl. 810 cdno. ppal.).

I. ANTECEDENTES

1. La demanda

El 3 de julio de 2012 los señores José Antonio Galezo Nieto, María Roslady Acosta Arango, Yon Édúin (sic) Galezo Cárdenas, Yéniz Patricia, José Alfredo y Kélly Maribel

Galezo Acosta por intermedio de apoderado judicial presentaron demanda de reparación directa contra la Empresa Colombiana de Petróleos -ECOPETROL- con las siguientes pretensiones:

“PRIMERA: La Empresa Colombiana de Petróleos ECOPETROL SA es administrativamente responsable por fallas del servicio médico prestado por la Policlínica de su propiedad que derivó en la muerte del niño JÓRDY ANDRÉS GALEZO ACOSTA (qepd) ocurrida el día 19 de abril del año 2010, en las horas de la mañana, como consecuencia de las fallas en el diagnóstico de la enfermedad del menor y el consecuente error en el tratamiento que está asociado a la indebida interpretación de los síntomas que presentó el paciente y a la omisión de la práctica de exámenes concluyentes y pertinentes que resultaban indicados para el caso concreto, en este sentido existe falla del servicio pues no se agotaron los recursos científicos y técnicos al alcance para determinar con precisión cuál era la enfermedad que sufría JÓRDY ANDRÉS GALEZO ACOSTA.

SEGUNDA: Como consecuencia de la anterior declaración condénese a la Empresa Colombiana de Petróleos ECOPETROL SA a pagar a título de indemnización de perjuicios morales subjetivos, las sumas de dinero que equivalgan en la fecha de esta sentencia, las siguientes sumas:

2.1 Que se pague o cancele al señor JOSÉ ANTONIO GALEZO NIETO, en su condición de padre de la víctima, por concepto de daños morales, la suma de CIEN SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES (100 SMLMV).

2.2 Que se pague o cancele a la señora MARÍA ROSLADY ACOSTA ARANGO, en su condición de madre de la víctima, por concepto de daños morales la suma de CIEN SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES (100 SMLMV).

2.3 Que se pague o cancele al señor YON ÉDUIN (sic) GALEZO CÁRDENAS, en su condición de hermano de la víctima, por concepto de daños morales la suma de CIEN SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES (100 SMLMV).

2.4 Que se pague o cancele al señor JOSÉ ALFREDO GALEZO ACOSTA, en su calidad de hermano de la víctima, por concepto de daños morales la suma de CIEN SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES (100 SMLMV).

2.5 Que se pague o cancele a la señora YENIZ PATRICIA GALEZO ACOSTA, en su condición de hermana de la víctima, por concepto de daños morales, la suma de CIEN SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES (100 SMLMV).

2.6 Que se pague o cancele a la señora KÉLLY MARIBEL GALEZO ACOSTA, en su condición de hermana de la víctima, por concepto de daños morales la suma de CIEN SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES (100 SMLMV).

TERCERA: Condénese a la Empresa Colombiana de Petróleos ECOPETROL SA a pagar a título de indemnización de daños y perjuicios patrimoniales (lucro cesante y daño emergente) a los señores JOSÉ ANTONIO GALEZO NIETO y MARY ROSLADY ACOSTA ARANGO en cuantía que se demostrará en el proceso y actualizándolos o compensándolos con el índice de desvalorización que sufra la moneda, entre el día de la muerte del niño JÓRDY ANDRÉS

GALEZO ACOSTA (qepd) y la fecha de pago, y aplicando las fórmulas de la matemática financiera, las siguientes sumas:

3.1 DAÑO EMERGENTE: Se cuantifica el valor de los honorarios de abogado como gastos de exequias y transporte y estadía de los familiares a (sic) la ciudad de Bucaramanga, y traslado del cuerpo del menor a la ciudad de Barrancabermeja, gastos erogados por los padres de la víctima; dicha suma se estima de conformidad al (sic) artículo 211 del Código de Procedimiento Civil, bajo la gravedad del juramento en DIEZ MILLONES DE PESOS M/CTE (\$10'000.000,00).

3.2 LUCRO CESANTE: En el caso concreto de muerte de niños se presume de manera razonable que entrarían al mercado laboral y por ello procede la indemnización por pérdida de ingresos pese a la ausencia de material probatorio que permita determinar la actividad laboral que hubiesen realizado por lo cual se utiliza el salario mínimo legal del país.

Conforme a las posiciones sostenidas por la jurisprudencia respecto a la indemnización por lucro cesante o pérdida de ingresos, específicamente en los casos de niños y niñas, se encuentra razonable presumir que los mismos se incorporarían al mercado laboral a su mayoría de edad. Lo cual hace a sus familiares beneficiarios de este rubro de la indemnización, como derechohabientes.

En cada caso corresponde probar cuál sería el ingreso que recibiría y los fundamentos probatorios a considerar varían, desde considerar el grado de escolaridad, la posición social, el aporte familiar, etc. pero incluso, aún en el caso que no sea posible determinar a qué labor se dedicaría el niño en su edad adulta, es válido presumir que al menos recibía un salario mínimo mensual y con base en ellos se fija el monto de la indemnización. Estas presunciones son plenamente válidas tanto en derecho interno como en derecho internacional.

Como ingreso de la víctima se determina el salario mínimo legal mensual vigente QUINIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE (\$566.700,00) más un incremento en el 25% por concepto de prestaciones sociales, es decir, la suma de SETECIENTOS OCHO MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE (\$708.375,00). El periodo de liquidación del lucro cesante se extiende desde los 18 años de edad en que se presume su ingreso del salario mínimo legal mensual vigente hasta su expectativa de vida (742,8 meses). (...).

TOTAL LUCRO CESANTE: MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS VEINTIÚN PESOS M/CTE (\$1.439'978.421,00). (...)" (fls. 3 a 5 cdno. 1 – mayúsculas fijas del original).

2. Hechos

Como fundamento fáctico la parte actora expuso, en síntesis, lo siguiente:

1) El 13 de abril de 2010 el menor Jórdy Andrés Galezo Acosta, de 17 años de edad, ingresó a la sede de urgencias de la Policlínica¹ de la Empresa Colombiana de Petróleos -ECOPETROL- en la ciudad de Barrancabermeja; la madre del paciente manifestó que este presentaba fiebre recurrente, cefalea, dolor retrocular, desaliento, falta de apetito y

¹ Clínica San José de la ciudad de Barrancabermeja.

manchas rojas en la espalda; el médico tratante diagnosticó que el menor padecía un síndrome viral, razón por la cual le prescribió acetaminofén, diclofenaco y tratamiento ambulatorio por dos (2) días.

2) El 15 de abril de 2010 el paciente reingresó a la mencionada policlínica; en esta ocasión le fueron practicados exámenes de sangre, le prescribieron medicamentos, fue dado de alta y quedó al pendiente de otros exámenes de laboratorio clínico.

3) El 16 de abril de 2010 el paciente ingresó nuevamente al referido centro médico para la realización de los exámenes que hacían falta cuyos resultados reflejaron una disminución del recuento plaquetario; el personal médico le prescribió acetaminofén y suero oral y, luego, fue dado de alta.

4) El 17 de abril de 2010 los padres del menor lo llevaron una vez más a la mencionada policlínica para la realización de nuevos exámenes; el resultado de una ecografía evidenció la presencia de líquido en el hígado del paciente, por lo que fue hospitalizado.

5) El 18 de abril de 2010 el médico internista manifestó que “*aparentemente*” el menor padecía dengue hemorrágico; ante el complicado estado del paciente, el personal médico informó que debía remitirse a la ciudad de Bucaramanga y, además, que se requería cupo en una unidad de cuidados intensivos.

7) El 19 de abril de 2010, a las 12:00 horas, el menor fue remitido a la ciudad de Bucaramanga, sin embargo, no ingresó de manera inmediata a la unidad de cuidados intensivos; cuando finalmente pudo ingresar el paciente tenía tez morada, el médico que lo recibió advirtió que lo remitieron demasiado tarde y, en la mañana de ese día falleció.

8) La entidad demandada incurrió en una falla del servicio porque omitió “*la práctica de exámenes de laboratorio específicos a fin de establecer si el paciente padeció o no dengue hemorrágico y, por consiguiente, ordenar su hospitalización y el tratamiento adecuado para el mismo*” (fl. 8 cdno. 1), de igual manera porque:

“De conformidad con lo anterior, y de acuerdo con el acta de reunión de la Unidad de Análisis de Mortalidad por Dengue no. 001 de la Secretaría Local de Salud de Barrancabermeja (programa de enfermedades de transmisión vectorial), se constata que en los primeros días de evolución del dengue hemorrágico que padeció el menor GALEZO ACOSTA (referido a los días 13 al 17 de abril de 2010), en su estado físico se presentó toda la sintomatología que según la Guía de Atención para Dengue Hemorrágico del Instituto Nacional de Salud que corresponden a dicha enfermedad, entre los cuales, se resalta:

“abdomen blando depresible doloroso a la palpación de mesogastrio, fiebre del dengue, vómitos, no tolera alimentos, persistencia de picos febriles, por los cuales requería como medida terapéutica, siguiendo los lineamientos del mencionado instructivo del INS, no el tratamiento ambulatorio que efectivamente recibió (acetaminofén, diclofenaco y suero oral), sino la hospitalización inmediata para una estrecha observación y tratamiento médico, de suerte que al no dispensarse con suma prontitud y eficacia, conllevó inexorablemente al desenlace fatal que se reprocha a la accionada” (fl. 8 cdno. 1 – negrillas de la Sala).

3. Trámite de primera instancia

1) Mediante auto de 28 de agosto de 2012 el Tribunal Administrativo de Santander admitió la demanda (fl. 177 cdno. 1) el cual fue notificado al hospital demandado, al Procurador Judicial 17 para Asuntos Administrativos y a la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado (fl. 179 cdno. 1).

2) La Empresa Colombiana de Petróleos -ECOPETROL- se opuso a las súplicas de la demanda por estimar que al paciente se le brindaron todas las condiciones de atención dispuestas en la Guía de Atención Clínica Integral del Paciente con Dengue elaborada por el Ministerio de Protección Social (2010); propuso las excepciones de: *i)* falta de legitimación en la causa por pasiva, debido a que no existe certeza de que tal entidad sea la llamada a responder por el daño reclamado; *ii)* hecho exclusivo de un tercero, toda vez que *“el hecho repudiado fue ejecutado por un tercero (...) la Clínica San José”* (fls. 197 a 215 cdno. 1).

3) La parte demandada llamó en garantía a la Clínica San José Ltda con fundamento en el contrato de prestación de servicios no. 5203677 cuyo objeto consistía en la *“prestación integral de servicios de salud del primer nivel de atención a los beneficiarios de ECOPETROL SA en la ciudad de Barrancabermeja y el Centro, Santander, desde el 1º de noviembre de 2007 hasta el 31 de octubre de 2009”* (fls. 286 a 291 cdno. 1); el 12 de febrero de 2013 el tribunal de primera instancia admitió el llamamiento en garantía (fls. 469 a 471 cdno. 1); la llamada en garantía se opuso a las súplicas de la demanda y propuso las excepciones de *i)* ausencia de culpa, porque el daño reclamado no se dio con ocasión de negligencia ni tampoco por la impericia o imprudencia de dicha institución médica; *ii)* el empleo de acciones y conductas necesarias para lograr el restablecimiento de la salud del paciente y; *iii)* el cumplimiento de las obligaciones contenidas en el contrato de prestación de servicios suscrito con ECOPETROL (fls. 11 a 19 cdno. de llamamiento en garantía).

4) El 22 de mayo de 2013 el Tribunal Administrativo de Santander celebró la audiencia inicial en la cual se ordenó, entre otras cosas, el decreto de una serie de pruebas (fls. 477 a 486 cdno. 2).

5) Vencido el período probatorio, el 15 de octubre de 2013 se corrió traslado por el término de diez (10) días para que las partes presentaran alegatos de conclusión y el Ministerio Público rindiera concepto (fl. 732 cdno. 2); las partes y la llamada en garantía reiteraron los argumentos expuestos en el trámite de primera instancia (fls. 734 a 738, 773 a 788 cdno. 1).

6) El Ministerio Público pidió que se accediera a las pretensiones de la demanda porque a partir de las pruebas recaudadas se pudo establecer que la atención médica suministrada al menor no fue la adecuada ni acorde con la sintomatología que este presentaba, a lo cual agregó la siguiente argumentación:

“Siempre que asistió para que se le diera la asistencia médica correspondiente fue tratado con medicamentos genéricos febriles, asunto que se puede deducir fácilmente de las versiones de los médicos que lo evaluaron, como el de la historia clínica. La sintomatología que presentaba el menor se fue a diario agravando, situación que los galenos encargados no apreciaron y no le dieron un tratamiento que correspondiera a un diagnóstico preciso, si no más bien al de una virosis corriente” (fls. 789 a 793 cdno. 2 – negrillas de la Sala).

4. La sentencia de primera instancia

El 2 de diciembre de 2013 el Tribunal Administrativo de Santander denegó las súplicas de la demanda (fls. 795 a 810 cdno. ppal.). Los fundamentos de la decisión fueron los siguientes:

1) La entidad demandada no incurrió en omisión durante la atención suministrada al paciente toda vez que sus actuaciones se ajustaron a los protocolos médicos existentes, adicionalmente, porque se le brindó tratamiento ambulatorio cuando resultaba pertinente y se hicieron las recomendaciones de alerta al menor de edad para que en caso de que su estado de salud no mejorara o presentara sangrado acudiera de manera inmediata al centro clínico; además, una vez se detectó el descenso abrupto del recuento de plaquetas se ordenó la hospitalización del paciente para su permanente observación y tratamiento.

2) No se demostró error alguno en el diagnóstico de Jórdy Andrés Galezo Acosta pues, si bien el dengue se encuentra catalogado como una enfermedad con sintomatología

similar a la de otras patologías, lo cierto es que los signos tempranos no ameritaban una hospitalización inmediata, aunado a ello, advirtió que aun cuando el perito de medicina legal adujo que existió un retraso en el registro del diagnóstico, ello no implicaba que se hubiera dado al paciente un tratamiento inadecuado que permitiera un deterioro rápido de su salud y posteriormente su fallecimiento.

5. El recurso de apelación

La parte demandante sostuvo que al paciente no se le administró el tratamiento que, de conformidad con los protocolos médicos a seguir en casos de dengue, era necesario para monitorear adecuadamente la evolución de su enfermedad y, de esta manera, reducir el riesgo de muerte.

Sostuvo que en este asunto debía aplicarse la teoría del *res ipsa loquitur* por ser el dengue una enfermedad con una reducida tasa de mortalidad, la muerte del paciente constituye un daño que no guarda proporción con la patología que lo llevó a acudir al médico (dengue clásico que evolucionó en dengue hemorrágico).

Señaló que la demora en el diagnóstico y en la obtención de un cupo en una unidad de cuidados intensivos ocasionó que el paciente perdiera la oportunidad de salvar su vida.

6. Actuación en segunda instancia

Admitido el recurso (fl. 840 cdno. ppal.), mediante proveído del 30 de enero de 2015 se corrió traslado para alegar de conclusión y se dispuso surtir el trámite previsto en el numeral 4º del artículo 247 del CPACA si el Ministerio Público llegara a solicitarlo (fl. 842 cdno. ppal.); la Empresa Colombiana de Petróleos -ECOPETROL- reiteró los argumentos expuestos a lo largo del proceso (fls. 843 a 846 cdno. ppal.); la parte actora, la llamada en garantía y el Ministerio Público guardaron silencio.

II. CONSIDERACIONES DE LA SALA

Cumplidos los trámites propios del proceso, sin que exista causal alguna de nulidad que invalide lo actuado procede la Sala a resolver el asunto sometido a consideración con el siguiente derrotero: 1) objeto de la controversia y decisión a adoptar, 2) análisis de la impugnación, 3) indemnización de perjuicios y; 4) condena en costas.

1. Objeto de la controversia y decisión a adoptar

Presentada la demanda oportunamente² corresponde a la Sala determinar si en este caso la Empresa Colombiana de Petróleos -ECOPETROL- es patrimonialmente responsable del fallecimiento del menor Jórdy Andrés Galezo Acosta por una falla en el diagnóstico y la indebida interpretación de los síntomas que aquejaban la salud del mencionado paciente.

La sentencia de primera instancia negó la responsabilidad de la entidad demandada porque encontró probado que la atención médica suministrada al paciente fue adecuada y oportuna, adicionalmente, concluyó que si bien la sospecha de dengue no se registró dentro de los tres primeros días, lo cierto es que el tratamiento brindado y los exámenes practicados estuvieron acordes con los síntomas de esta patología.

Esta Subsección revocará la sentencia apelada porque en el expediente reposan elementos de acreditación que dan cuenta de que el proceder de la institución médica en el caso clínico del paciente aludido estuvo marcado por una serie de irregularidades que, sin lugar a dudas, propiciaron el empeoramiento del estado de salud del menor y su posterior fallecimiento.

2. Análisis de la impugnación

El artículo 90 de la Constitución Política contiene el fundamento normativo de la responsabilidad patrimonial del Estado, por lo tanto, a continuación esta Subsección analizará si se acreditaron los presupuestos para que opere aquella.

2.1 El daño antijurídico

El daño antijurídico reclamado en la demanda se encuentra demostrado dado que el menor Jórdy Andrés Galezo Acosta falleció el 19 de abril de 2010 según se desprende del registro civil de defunción (fl. 53 cdno. 1).

² El fallecimiento del menor Jórdy Andrés Galezo Acosta ocurrió el 19 de abril de 2010 (fl. 53 cdno. 1), por lo que el término para presentar la demanda de reparación directa inició a correr desde el 20 de abril de 2010 y fenecía en principio el 20 de abril de 2012; no obstante, debe advertirse que el 16 de abril de 2012 la parte demandante presentó solicitud de conciliación extrajudicial y el 26 de junio de 2012 se declaró fallida la audiencia respectiva, por lo tanto se tiene que el plazo de caducidad estuvo suspendido por cuatro días y, en esa medida, dicho término se extendió hasta el 3 de julio de 2012, fecha en la cual se interpuso la demanda.

2.2 La imputación

La parte actora alegó que el fallecimiento de Jórdy Andrés Galezo Acosta resulta atribuible a la Empresa Colombiana de Petróleos -ECOPETROL- por el hecho de omitir la práctica de exámenes de laboratorio específicos con el fin de establecer si el paciente *“padecía o no dengue hemorrágico y, por consiguiente, ordenar su hospitalización y el tratamiento adecuado para el mismo”* (fl. 8 cdno. 1).

Al respecto, las pruebas allegadas al proceso dan cuenta de lo siguiente:

a) El 23 de octubre de 2007 la Empresa Colombiana de Petróleos -ECOPETROL- y la Clínica San José Ltda celebraron el contrato no. RSM-07-5202677 cuyo objeto fue la prestación integral de servicios de salud del primer nivel de atención a los beneficiarios de la empresa aludida, en Barrancabermeja (Santander) y el Centro (Santander), desde el 1º de noviembre de 2007 hasta el 31 de octubre de 2009 (fls. 26 a 39 cdno. de llamamiento en garantía).

b) El 28 de octubre de 2009 las citadas personas jurídicas suscribieron un contrato adicional en cuya virtud se amplió el objeto del contrato así:

*“PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN A LOS BENEFICIARIOS DE ECOPETROL SA, EN LA CIUDAD DE BARRANCABERMEJA Y EL CENTRO, SANTANDER, DESDE EL 1º DE NOVIEMBRE DE 2007 HASTA EL 31 DE OCTUBRE DE 2009, Y DESDE **NOVIEMBRE DE 2009 HASTA AGOSTO DE 2010**”* (fl. 33 cdno. de llamamiento en garantía – mayúsculas sostenidas del original - negrillas de la Sala).

c) El 13 de abril de 2010, a las 18:48 horas, el menor Jórdy Andrés Galezo Acosta³ ingresó a la Policlínica de la ciudad de Barrancabermeja con estos síntomas: **“cefalea palpitante, fiebre, osteomialgias, ardor en los ojos, inapeten[cia], mucosa oral semiseca. (...). Cefalea con fiebre desde hace 24 horas”** (fl. 228 reverso cdno. 1 – resalta la Sala); el médico tratante le diagnosticó al paciente *“síndrome viral”* y prescribió el siguiente tratamiento: *“1. Diclofenaco x 75 mg no. 1, 2. Acetaminofén x 500 mg no. 20, 3. Rehidratación oral no. 1”* (fl. 228 cdno. 1).

³ En calidad de beneficiario de ECOPETROL.

d) El 15 de abril de 2010, a las 12:42 horas, el paciente reingresó con **“fiebre, malestar general, alergia en todo el cuerpo, pero más en la cara, diarrea líquida, vómito, dolor en ojos, espalda, sed, labios secos”** (fl. 227 cdno. 1 – negrillas adicionales); el personal médico realizó al paciente un examen físico que arrojó este resultado:

“Peso: 62 kilos

Tensión arterial sistólica: 100

Tensión arterial diastólica: 70

Pulso: 140

Frecuencia respiratoria: 20

Temperatura: 38.5°C

Prueba de torniquete derecho negativa⁴.

Inspección general: consciente, adinámico, quejumbroso.

Cabeza: normocéfalo, pupilas reactivas a la luz, mucosa oral seca. Cuello: móvil, sin adenopatías, tórax: simétrico y expansible.

Cardiovascular: ruidos cardíacos taquicárdicos, sin soplos, pulmones ventilados, no agregados.

Abdomen: peristalsis positiva. No masas. NO megalias, despesible, blando.

Miembros inferiores: eutróficas, simétricas sin edemas.

Piel y anexos: rash cutáneo generalizado” (fl. 227 reverso cdno. 1 – negrillas adicionales)

Luego del mencionado examen físico, el médico tratante le diagnosticó al paciente **“fiebre, no especificada”** (fl. 227 reverso cdno. 1) y ordenó la práctica del examen de hemograma I (hemoglobina, hematocrito y leucograma) y prescribió los siguientes medicamentos:

“1. Dipirona Carlón SA ampolla 2g/5ml amp. (Dipirona). Aplicar EV diluída.

2. Metoclopramida Carlón SA ampolla 10 mg (metoclopramida). Aplicar EV diluída.

OBSERVACIONES

1. LACTATO DE RINGER 1500 cc a chorro continuar 150 cc hora.

2. Medios físicos.

3. Control de signos vitales. Avisar cambios.

4. Control con resultados” (fl. 227 reverso cdno. 1 – negrillas adicionales).

A las 18:00 horas el resultado de los exámenes de laboratorio dio cuenta de una **“disminución del recuento de plaquetas y uroanálisis normal”**; adicionalmente, se ordenó *i)* la salida del paciente, *ii)* control de hemograma para el día siguiente, *iii)* suministro de una tableta de acetaminofén cada seis horas y, *iv)* suero oral a tolerancia (fl. 227 reverso cdno. 1).

⁴ Según la Guía para la Atención Clínica Integral del Paciente con Dengue elaborada por el Ministerio de Protección Social (2010) la prueba de torniquete *“permite evaluar la fragilidad capilar y orienta el diagnóstico del paciente con dengue, pero no define su severidad, esta deberá ser realizada obligatoriamente en todos los casos probables de dengue durante el examen físico. Los pacientes con dengue frecuentemente tienen prueba de torniquete es positiva pero NO hace diagnóstico de dengue grave y si es negativa no descarta la probabilidad de dengue”*.

e) El 16 de abril de 2010, a las 9:15 horas, el paciente ingresó a la Policlínica sin acompañante para la lectura de los exámenes paraclínicos en su cuarto día de evolución de la enfermedad; en dicha oportunidad el menor negó manifestaciones hemorrágicas (fl. 227 cdno. 1); los resultados del hemograma dieron cuenta de lo siguiente: “leucocitos 4740, neutrófilos 52%, linfocitos 48%, **plaquetas 118000 HB**, 16.1 HTO 45g”; de igual forma, el paciente estaba “consciente, orientado, **afebril**, hidratado, tolera poco vía oral, diuresis + deposiciones + Ta100/70, FC 78 x ruidos cardíacos rítmicos, pulmones ventilados, abdomen blando depresible no doloroso, peristépicos febriles, hemodinámicamente estable”; luego, se ordenó: i) salida del paciente, ii) control de hemograma para el día siguiente, iii) reposo absoluto y, iv) la ingesta de una tableta de acetaminofén cada seis horas (fl. 227 cdno. 1).

f) El 17 de abril de 2010, a las 7:26 horas, el paciente reingresó a la citada Policlínica para recibir los resultados de los exámenes de laboratorio clínico que dieron cuenta de la siguiente información:

“Leucos: 5,38, Neutros: 51, Linfos: 42, MONO: 7, Grojos: 6,51 Hb 17 Hto 50, VCM:77, RCTO de plaquetas 24, **RECUESTO PLAQUETARIO CON DISMINUCIÓN ABRUPTA Y HEMOCONCENTRACIÓN, PACIENTE QUE REFIERE VÓMITOS DESDE HACE 3 HORAS, NO TOLERA ALIMENTO, NO REPRESENTA MANIFESTACIONES HEMORRÁGICAS COMO SANGRADO GINGIVAL, PETEQUIAS Y/O POR DEPOSICIONES, PRESENTA FIEBRE , CEFALEA, ASTENIA, ADINAMIA OSTEOMIALGIAS QUE REAPARECIERON EL DÍA DE HOY**” (fl. 228 reverso cdno. 1 -mayúsculas del original – negrillas de la Sala).

En esta oportunidad, el personal médico le diagnosticó al paciente “**fiebre del dengue (dengue clásico)**” (fl. 28 reverso cdno. 1) y, en consecuencia, ordenó su hospitalización y la prescripción de los siguientes medicamentos:

“1. Metoclopramida ampolla x 10 mg aplicar vía IV diluída y lenta.

2. Dipirona ampolla x 2 gr/5ml aplicar 1 EV diluída y lenta.

Observaciones:

1. Lactato de Ringer 1200 cc a chorro continuar 100 cc/hora.

2. Aislamiento vectorial.

3. Serología para dengue.

4. Bilirrubinas.

5. SGot, Sgpt, Fosfatasa.

6. Uroanálisis.

7. Ss Ecografía abdominal total.

8. Hospitalizar en tercer piso medicina interna.

9. Se diligencia ficha para dengue.

10. Vigilar por sangrado” (fl. 226 cdno. 1 – negrillas de la Sala).

A las 9:20 horas el paciente ingresa en silla de ruedas al servicio de medicina interna procedente del área de urgencias, en estado consciente y orientado, con distensión abdominal leve, leves petequias en miembros superiores, náuseas, leve dolor epigástrico y abdominal (fl. 225 cdno. 1).

A las 13:50 horas el paciente permanecía acostado en su habitación, consciente, orientado, con aislamiento vectorial y líquidos endovenosos Lactato Ringer a 83 cc por hora (fl. 225 cdno. 1).

A las 23:15 horas la madre del paciente informó que este había vomitado sangre (fl. 224 cdno. 1).

g) El 18 de abril de 2010, la Policlínica gestionó la remisión del paciente a la Fundación Cardiovascular y ordenó el procedimiento de transfusión de sangre al paciente (fl. 224 reverso cdno. 1).

A las 8:30 horas se terminan los líquidos endovenosos y se continúa con SSN 0,9% 500 cc + katrol a 150 cc/hora (fl. 223 reverso cdno. 1).

A las 13:50 horas el paciente presentó dolor en brazo derecho, epigastralgia, equimosis en ambos brazos y vómito en dos oportunidades durante la mañana (fl. 223 reverso cdno. 1).

A las 15:30 horas el médico internista Alberto Durant ordenó remisión del paciente a una institución de tercer nivel en la ciudad de Bucaramanga (fl. 223 reverso cdno. 1).

A las 17 20 horas el personal médico indicó que *“en vista de no conseguir remisión del paciente, se comenta con el Dr. Durant (medicina interna) y el Dr. Guillermo Rangel (cardiólogo) acerca de la recomendación de monitoreo hemodinámico del paciente con dengue grave, por lo que [se] decid[e] trasladarlo a la unidad de cuidados intermedios para hospitalización en UCI y manejo mientras se contempla nuevamente la remisión a Bucaramanga”* (fl. 220 cdno. 1 – negrillas de la Sala).

A las 17:30 horas el paciente fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intermedios con líquidos endovenosos en vena periférica de miembro superior derecho (fl. 223 cdno. 1).

A las 18:30 horas el paciente presentaba diagnóstico de dengue grave con compromiso del hígado, *“con estabilidad hemodinámica pero con signos de hemoconcentración y dolor abdominal”* (fl. 220 cdno. 1).

A las 20:00 horas el servicio de cardiología elaboró este reporte sobre el estado de salud del paciente:

“Paciente de 17 años, con historia de dengue hemorrágico de + ó – 5 días de evolución, quien presentó complicación con hepatitis por dengue, derrame pleural derecho, vómito intenso y signos leves de deshidratación, motivo por el cual deciden remitir a tercer nivel para manejo en unidad de cuidados intensivos, pero no se consiguió cama por lo cual es remitido a este servicio para monitoreo hemodinámico” (fl. 219 cdno. 1 – negrillas de la Sala).

A las 20:40 horas se dejó la siguiente anotación en la historia clínica:

*“1. Nada vía oral.
2. SSN 0,9% 2500cc en 24 horas.
3. Plasma fresco congelado a 1000 cc.
4. Oxígeno por cánula a 3 litros/minuto.
5. Ranitidina 50 mg. EV cada 8 horas.
6. Morfina 2 mg EV en caso de dolor.
7. Suspende ciprofloxacina y metronidazol.
8. SS: hemocultivos no. 3 // urocultivo.
9. SS: cuadro hemático, bun, creatinina, amilasemia, electrolitos, pruebas de coagulación 12:00 pm medianoche y control paraclínico 6:00 am (19 de abril).
10. Clonazepan 3 gotas vo ahora”* (fl. 223 cdno. 1).

A las 23:30 horas al paciente le fue practicado un examen físico con ocasión del traslado a la Fundación Cardiovascular de Colombia; el diagnóstico para ese momento consistió en ***“dengue grave, hospitalización + UCI”*** (fl. 221 reverso cdno. 1 – negrillas de la Sala).

h) El 19 de abril de 2010, a las 00:10 horas, el paciente fue trasladado a la Fundación Cardiovascular de Colombia en la ciudad de Floridablanca (fl. 222 cdno. 1).

i) A las 2:30 horas el paciente ingresa al servicio de urgencias de la referida institución médica; el menor solicitó ir al baño y cuando estaba próximo a llegar presentó ***“lipotimia y signos de choque”***; luego, fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos en donde ***“le prestaron todas las atenciones, realizan reanimación y fallece a las 9:45 am”*** (fl. 554 cdno. 2).

En esa misma fecha el Hospital Universitario de Santander ESE practicó la autopsia al cadáver de Jórdy Andrés Galezo Acosta que arrojó la siguiente información:

“6. DIAGNÓSTICO

HOMBRE ADULTO JOVEN CON SÍNDROME FEBRIL, TROMBOCITOPENICO AGUDO, DE ETIOLOGÍA INFECCIOSA VIRAL, QUIEN FALLECE A CONSECUENCIA DE FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE. EN LA AUTOPSIA SE ENCUENTRA:

1. MÚLTIPLES PETEQUIAS EN TÓRAX, ABDOMEN Y EXTREMIDADES.
2. HIDROTÓRAX BILATERAL (200 cc EN CADA HEMITÓRAX).
3. TROMBOCITOPENIA (PLAQUETAS 54.000 x mm³).
4. HIDROPERICARDIO (30 cc).
5. ASCITIS (1000 cc).
6. HEPATITIS CON ACTIVIDAD NECROINFLAMATORIA.
7. NECROSIS TUBULAR AGUDA.
8. EDEMA PULMONAR.
9. NEUMONITIS INTERSTICIAL.
10. PERICARDITIS Y MIOCARDITIS LINFOCITARIA.
11. GASTRITIS EROSIVA AGUDA.
12. HIPERPLASIA LINFOIDE DE PATRÓN FOLICULAR.
13. MENINGITIS LINFOCITARIA.
14. EDEMA CEREBRAL.
15. CONGESTIÓN VISCERAL GENERALIZADA.

7. ANÁLISIS-CORRELACIÓN Y CONCLUSIÓN

TENIENDO EN CUENTA LOS DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA Y CORRELACIONANDO ESTOS CON LOS HALLAZGOS DEL EXAMEN MACROSCÓPICO EXTERNO E INTERNO DEL CUERPO Y DEL EXAMEN HISTOPATOLÓGICO, SE CONCLUYE QUE SE TRATA DE UN HOMBRE DE 16 AÑOS CON SÍNDROME FEBRIL TROMBOCITOPÉNICO AGUDO, QUIEN FALLECE A CONSECUENCIA DE FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE SECUNDARIA A INFECCIÓN VIRAL SISTÉMICA.

DE LOS AGENTES VIRALES CONOCIDOS Y AISLADOS EN NUESTRO MEDIO, ES EL VIRUS DENGUE, EL ÚNICO CON CAPACIDAD DE CAUSAR LAS LESIONES INFLAMATORIAS OBSERVADAS, EN LA MAYORÍA DE LOS ÓRGANOS (PERICARDITIS, HEPATITIS, MENINGITIS LINFOCITARIA Y GASTRITIS) Y PROVOCAR ADEMÁS ALTERACIONES SISTÉMICAS, YA QUE SU PRINCIPAL ATENCIÓN DEL MISMO CON LIBERACIÓN DE DIVERSAS SUSTANCIAS MEDIADORAS DE LA RESPUESTA INFLAMATORIA AGUDA, CON AUMENTO DE LA PERMEABILIDAD VASCULAR, SITUACIÓN QUE FAVORECE LA APARICIÓN DE COLECCIONES LÍQUIDAS EN LAS DIVERSAS CAVIDADES CORPORALES. POR OTRA PARTE EL AGENTE VIRAL MENCIONADO, AL PROVOCAR TROMBOCITOPENIA EXPLICA LAS HEMORRAGIAS PRESENTES EN LA PIEL” (fls. 106 a 111 cdno. 1 – mayúsculas fijas del original - negrillas de la Sala).

j) El 16 de agosto de 2013 el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses rindió un informe pericial de clínica forense que tuvo por finalidad determinar, entre otros aspectos, “si la atención que se le brindó a JÓRDY ANDRÉS GALEZO ACOSTA fue la

adecuada frente a la patología por la cual falleció” (fl. 1cdno. de pruebas); en esta prueba se indicó lo siguiente:

“7. DESCRIPCIÓN DEL MANEJO ESPERADO PARA EL CASO SEGÚN LAS CIRCUNSTANCIAS ESPECÍFICAS DE TIEMPO, MODO Y LUGAR

Por ser el dengue una enfermedad viral aguda muy dinámica y tener varias etapas clínicas, la guía indica que por ser enfermedad epidemiológicamente frecuente se debe sospechar y al no conocer si va a evolucionar hacia las complicaciones es necesario que el médico realice seguimiento en forma diaria, así como los diagnósticos diferenciales respectivos.

Los síntomas iniciales referidos por el menor masculino de 16 años, con antecedentes personales médicos negativos para comorbilidades y quien acude al servicio de urgencias en las primeras atenciones con cefalea, dolor retrocular, mialgia y fiebre sugerían el cuadro conocido como dengue sin signos de alarma que no fue registrado en los diagnósticos iniciales de atención por el servicio de urgencias del 13/04/2010 a las 18:48 donde además formulan aines intramuscular que según las guías dice: “los antiinflamatorios, no esteroides (aines) están contraindicados en paciente con dengue. No se debe utilizar ningún medicamento por vía intramuscular. La Diprofona debe ser considerada para manejo exclusivo de segundo y tercer nivel”, no se debe administrar intramuscular (sic) y cuando se utilice se debe informar riesgos”.

A partir de la sospecha diagnóstica de la enfermedad se debe realizar el seguimiento cada 48 horas en buscas (sic) de signos de alarma.

En la atención registra control del paciente antes de las 48 horas (15/04/2010 a las 12:42 horas) sin hacer análisis de los hallazgos, ni sospecha diagnóstica de dengue con signos de alarma, sin embargo hace reposición hídrica ante signos clínicos de deshidratación y revaloración a las 6 horas sin dar la continuidad al tratamiento descrito en pacientes con signos de alarma como es “después repetir el hematocrito cada 6 horas, administrar la cantidad mínima necesaria para mantener la adecuada perfusión y una diuresis adecuada”.

Es decir se hace manejo intravenoso como paciente con signos de alarma pero deja la evolución a 6 horas sin controles de hemograma, según la guía, registrando únicamente el hemograma inicial a la atención prehidratación que muestra valores de plaquetas en 111.000 (por debajo del normal permitido de 150.000) y da egreso para manejo ambulatorio con hidratación oral (no se encuentra registro de signos vitales ni nuevo examen físico).

Casi 20 horas después del último control por urgencias es visto el 16/04/2010 a las 9:15 en el mismo servicio con registro incompleto en la historia de impresión diagnóstica, no revisión de ficha de seguimiento a paciente ambulatorio con dengue, no análisis del caso y si (sic) registro de recomendaciones para paciente ambulatorio con control al día siguiente con resultados.

Estando en el 4-5 día de síntomas (17/04/2010 a las 07:26) es valorado, registran laboratorio de plaquetas 24mil (descenso de plaquetas por debajo de 100mil/ul es considerado signo de alarma) se hace diagnóstico de dengue clásico iniciando tratamiento como paciente de grupo B “pacientes con cualquiera de las siguientes manifestaciones: signos de alarma... que deben ser hospitalizados para una estrecha observación y tratamiento médico” a partir de ese momento recibe las valoraciones y se

ajusta impresión diagnóstica con estratificación de acuerdo a los hallazgos de paraclínicos efectuados el mismo 17/04/10 a las 15 horas.

Enfermería realiza monitoreo de signos vitales desde el 17/04/2010 desde las 09:00 horas con intervalos de 4 y 8 horas (9, 13, 21 horas) “pacientes del grupo B se les debe monitorear constantemente de 1-4 horas, signos vitales”.

El 17/04/2010 a las 23:15 el paciente presenta vómito con sangre (signo considerado en combinación con plaquetas entre 24 y 40 mil como signos de dengue grave) que luego en valoración de especialista el 18/04/10 a las 15:30 se estratifica el diagnóstico a dengue grave con criterio de remisión a nivel III unidad de cuidados intensivos “grupo C: pacientes que requieren tratamiento de emergencia y cuidados intensivos” y ante dificultad para la remisión realizan tratamiento desde la unidad de cuidados intermedios.

El traslado del paciente y tras varios procesos administrativos de envíos de fax ocurre 12 horas luego de la estratificación por especialista y 28 horas del episodio de vómito con sangre registrado el 17/04/2010.

8. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

De lo anteriormente descrito y teniendo en cuenta los registros médicos, análisis y conclusiones de comités institucionales así como la necropsia clínica tenemos que: se encontró demora en el registro de impresión diagnóstica de la sospecha diagnóstica de dengue y no se establecieron otros diagnósticos diferenciales, sin embargo los esquemas de tratamientos propuestos se ajustaron a la estratificación de la guía según los hallazgos clínicos descritos en las historias médicas.

Se encontraron registros de enfermería de toma de signos vitales con espacios prolongados el 17/04/10 con tomas a las 0-4-8 horas estando en manejo intrahospitalario como grupo B.

Se encontraron únicamente dos reportes de laboratorio de hemograma entre las fechas del 17 al 18 de abril de 2010, La guía dice: a los pacientes del grupo B se les debe hacer seguimiento estricto y monitorear (1-4 horas) signos de alarma hasta que pase la etapa crítica, hematocrito (12 horas), gasto urinario (4-6 horas).

Se encontró que la última estratificación del paciente a dengue grave con compromiso hepático donde ameritaba atención por cuidados intensivos y la llegada de este servicio en la ciudad de Floridablanca fue de cerca de 12 horas.

Que según la guía la mortalidad por dengue es evitable en el 98% de los casos.

Que prevenir el choque o tratarlo precoz y efectivamente significa prevenir las demás complicaciones del dengue y evitar la muerte.

9. CONCLUSIÓN

Que el menor masculino fallece por infección viral aguda tipo dengue que se complicó con coagulación intravascular diseminada y falla multiorgánica por choque prolongado” (fls. 1 a 8 cdno. de pruebas – negrillas adicionales).

El referido dictamen pericial es una prueba especialmente relevante que no fue objeto de tacha ni tampoco fue desvirtuado en el proceso.

k) De manera complementaria, en este proceso obra la Guía de Atención Clínica Integral del Paciente con Dengue elaborada por el Ministerio de la Protección Social (2010) de la cual se destaca la siguiente información:

“2.2 Etapas clínicas de la enfermedad

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

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

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

- *Etapla febril; la única para la inmensa mayoría de los enfermos.*
- *Etapla crítica.*
- *Etapla de recuperación (Figura 1).*

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

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

En dengue el primer día afebril es el día de mayor riesgo donde pueden presentarse las complicaciones.

2.3 Cuadro clínico

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

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

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

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

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

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

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

El recuento plaquetario muestra un descenso progresivo hasta llegar a las cifras más bajas durante el día del choque para después ascender rápidamente y normalizarse en pocos días. El choque se presenta con una frecuencia 4 ó 5 veces mayor en el momento de la caída de la fiebre o en las primeras 24 horas de la desaparición de esta; que durante la etapa febril.

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

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

2.4 COMPLICACIONES Y FORMAS GRAVES E INUSUALES DE DENGUE

2.4.1 Choque por dengue

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

choque o tratarlo precoz y efectivamente significa prevenir las demás complicaciones del dengue y evitar la muerte. En los enfermos con dengue es frecuente que exista alguna alteración hepática generalmente recuperable. También pueden existir alteraciones miocárdicas particularmente en adultos, con poca expresión electrocardiográfica. Con menor frecuencia se observan alteraciones renales y neurológicas. (...).

3. Atención del paciente con dengue

El abordaje del paciente con diagnóstico probable de dengue tiene como objetivo identificar la fase clínica de la enfermedad en la que se encuentra el paciente. (...).

Tabla 1. Signos de alarma de dengue

1. Dolor abdominal intenso y continuo

2. Vómitos persistentes

3. Hipotensión postural / lipotimias

4. Hepatomegalia dolorosa

5. Hemorragias importantes: melenas

6. Somnolencia o irritabilidad

7. Disminución de la diuresis

8. Disminución repentina de la temperatura / hipotermia

9. Aumento del hematocrito

10. Caída abrupta de plaquetas

11. Acumulación de líquidos: ascitis, edema, derrame pleural

Tabla 2. Signos de choque

1. Hipotensión arterial

2. Presión arterial convergente

3. Extremidades frías, cianosis

4. Pulso rápido y fino

5. Llenado capilar lento

4. Tratamiento (...).

El manejo adecuado de los pacientes depende del reconocimiento precoz de los signos de alarma, el continuo monitoreo y reestratificación de los casos y el inicio oportuno de la reposición hídrica. Por lo que es importante la revisión de la historia clínica acompañada de un examen físico completo, de la reevaluación del paciente con un registro adecuado en la historia clínica incluyendo los datos mencionados previamente.

Los signos de alarma y el empeoramiento del cuadro clínico ocurren en la fase de remisión de la fiebre o fase de defervescencia.

Todo paciente febril debe ser interrogado con pensamiento clínico y epidemiológico (residente o procede de área endémica de dengue), se debe precisar el día que iniciaron los síntomas (primer día de fiebre), con esto el médico tratante debe hacerse 3 preguntas básicas que orientarán a estratificar y a definir el tratamiento a instaurar en cada paciente.

1. ¿Tiene dengue?

2. ¿Tiene alguna comorbilidad o signos de alarma? **EMBARAZO, VIH.**

3. ¿Está en choque? **TIENE ALGUNA COMPLICACIÓN**

Las respuestas a esas preguntas permiten clasificar al paciente en uno de tres grupos (A, B o C) y decidir conductas:

- **Grupo A: Tratamiento ambulatorio (sintomático e hidratación) con indicaciones, signos de alarma y control el primer día sin fiebre.**
- **Grupo B: Hospitalización para una estrecha observación y tratamiento médico.**
- **Grupo C: Tratamiento intensivo urgente.**

4.1 Grupo A: Pacientes que pueden ser manejados ambulatoriamente

Nivel de atención: **PRIMER NIVEL**

Definición: Fiebre de 2 a 7 días (caso probable de dengue), no hay hemorragia, deshidratación, signos de alarma o choque.

Son pacientes que pueden tolerar volúmenes adecuados de líquido por vía oral, mantienen buena diuresis, no tienen signos de alarma, particularmente durante la defervescencia (transición de la etapa febril a la etapa afebril).

El paciente ambulatorio debe ser valorado cada 48 horas en busca de signos de alarma hasta que se encuentren fuera del periodo crítico (al menos dos días después de la caída de la fiebre).

*Se debe orientar al paciente y a los familiares acerca del reposo en cama, la ingesta de líquidos en abundante cantidad (2 litros o más para adultos o lo correspondiente a niños), puede ser leche, sopas o jugos de frutas. El agua sola no es suficiente para reponer las pérdidas de electrolitos asociadas a sudoración, vómitos u otras pérdidas, además se debe hacer énfasis respecto a los signos de alarma, particularmente en el momento de la caída de la fiebre; los cuales deben ser vigilados para acudir urgentemente a un servicio de salud. **Los signos de alarma son: dolor abdominal intenso y continuo, vómitos frecuentes, somnolencia o irritabilidad así como el sangrado de mucosas, incluido el sangrado excesivo durante el periodo menstrual.***

Para aliviar los síntomas generales (mialgias, artralgias, cefalea, etc.) y para controlar la fiebre se debe administrar acetaminofén (nunca más de 4g por día para adultos y a la dosis de 10-15 mg/kg de peso en niños), así como la utilización de medios físicos, hasta que descienda la fiebre.

*Los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y los salicilatos (aspirina) están contraindicados en pacientes con dengue. No se debe utilizar ningún medicamento por vía intramuscular. **La dipirona debe ser considerada para manejo exclusivo de segundo y tercer nivel, no se debe administrar intramuscular, ni en paciente pediátrico, y cuando se utilice se debe informar riesgos.***

Seguimiento: A los pacientes del grupo A se les debe hacer un seguimiento estricto, se debe realizar una valoración el día de la defervescencia (primer día sin fiebre) y posteriormente evaluación diaria hasta que pase el periodo crítico (48 horas después de la caída de la fiebre), donde se tiene que evaluar el recuento de plaquetas, hematocrito y aparición de signos de alarma.

4.2 Grupo B: Pacientes que deben ser hospitalizados para una estrecha observación y tratamiento médico

Nivel de atención: **SEGUNDO NIVEL**

Son los pacientes con cualquiera de las siguientes manifestaciones:

- **Signos de alarma.**
- *Pacientes con enfermedades crónicas como: hipertensión arterial, diabetes mellitus, asma, enfermedades hematológicas o renales crónicas, enfermedades del sistema cardiovascular, enfermedad péptica o enfermedad autoinmune.*
- *Niños menores de 5 años.*
- *Pacientes embarazadas.*
- *Pacientes mayores de 65 años*
- *Paciente con riesgo social (pacientes que vivan solos, difícil acceso a un servicio de salud, pobreza extrema y otros).*

Tratamiento en paciente CON signos de alarma

Iniciar reposición de líquidos por vía intravenosa (IV) utilizando soluciones cristaloides como Lactato de Ringer u otra solución. Comenzar por 10 ml/kg/hora y posteriormente mantener la dosis o disminuirla de acuerdo a la respuesta clínica del paciente. Es importante monitorear el estado hemodinámico del paciente permanentemente teniendo en cuenta que el dengue es una enfermedad dinámica. Se debe tomar una muestra para hematocrito antes de iniciar la reposición de líquidos por vía intravenosa (IV) y después repetir el hematocrito periódicamente (cada 12 a 24 horas). administrar la cantidad mínima necesaria para mantener la adecuada perfusión y una diuresis adecuada.

Habitualmente se necesita continuar esta administración de líquidos por vía IV durante 48 horas. Si hay empeoramiento clínico o elevación del hematocrito, aumentar la dosis de cristaloides IV a 10 ml/kg/peso/hora hasta la estabilización del paciente o hasta su remisión a una unidad de cuidados intensivos (UCI). (...).

Seguimiento: A los pacientes del grupo B se les debe hacer un seguimiento estricto y monitorear signos de alarma hasta que pase la fase crítica, balance de líquidos. Se debe monitorear constantemente (1-4 horas). Signos vitales (tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, PAM), perfusión periférica, gasto urinario (4-6 horas), hematocrito (12 horas), función de otros órganos (función renal, hepática). (...).

4.3 Grupo C: Pacientes que requieren tratamiento de emergencia y cuidados intensivos porque tienen dengue grave

Nivel de atención: TERCER NIVEL (...).

Seguimiento: A los pacientes del grupo C se les debe hacer un seguimiento estricto y monitorear signos de alarma hasta que pase la fase crítica, balance de líquidos. Se debe monitorear constantemente cada hora. Signos vitales (tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, PAM), perfusión periférica, gasto urinario (4-6 horas), hematocrito (cada 12 horas), función de otros órganos (función renal, hepática).

Laboratorios a realizar en pacientes del grupo C: IgM dengue o aislamiento viral OBLIGATORIO. Hematocrito, hemoglobina, plaquetas, leucograma y otros de acuerdo a necesidad, gases arteriales, electrolitos, transaminasas, albúmina, Rx tórax, ecoabdominal, electrocardiograma, ecocardiograma, pruebas de función renal, en pacientes con sospecha de encefalitis,

convulsiones o signos de focalización, se debe tomar TAC de cráneo simple. (...)” (fls. 35 a 60 cdno. de pruebas – mayúsculas del original – negrillas de la Sala).

l) El 30 de abril de 2010 la Secretaría Local de Salud de Barrancabermeja celebró una reunión para analizar específicamente la mortalidad por dengue del menor Yórdy Andrés Galezo Acosta; en la que participaron profesionales en representación de la policlínica que atendió al menor fallecido y de la citada secretaría; el Acta no. 001 da cuenta de la siguiente información relevante:

“Discusión y análisis

Se realizó análisis con los profesionales representantes de la policlínica y la Secretaría Local de Salud, así:

Se discute el uso de la dipirona por parte de la Dra. Esmeralda Otero, quien manifiesta que el uso de la Dipirona debe hacerse IV y no IM y la Dra. Martha Arismendi mencionada que el Dr. Luis Ángel Villar tiene un artículo en el cual menciona que esta afecta el cuadro clínico de pacientes con dengue. Sin embargo se aclara que la guía de manejo de dengue del Instituto Nacional de Salud del Ministerio de la Protección Social actualizada, vigente actualmente, incluye el uso de la Dipirona en instituciones de segundo y tercer nivel atendiendo al estado clínico del paciente. (...).

La Dra. Martha Arismendi Informa que la notificación del caso no se realizó oportunamente. La Dra. Ana Isabel Marín Múnera informa que se va a implementar una ficha para asegurar la notificación oportuna de casos. (...)” (fls. 117 a 125 cdno. de pruebas – negrillas adicionales).

m) Durante la audiencia de pruebas los médicos de la Clínica San José, Jean Paul Reyes de Rex y Gina Gélvez Ruiz rindieron testimonio; el doctor Jean Paul Reyes de Rex manifestó lo siguiente:

“Se trata de un paciente que llega al servicio de urgencias, que presenta una sintomatología, dolor de cabeza, en los ojos y debilidad. Se le hizo una remisión de líquidos y refiere que con el procedimiento realizado se siente bien. Manifiesta que realizado el examen se diagnostica un problema viral. Al día siguiente es atendido por otro médico, le hace reposición de la enfermedad que presenta, se le da acetaminofén. Lo cita al día siguiente para recuento plaquetario. Al tercer día es atendido nuevamente por el Dr. JEAN PAUL REYES, se lleva a cabo nuevamente examen que representa una disminución considerable de recuento de plaquetas. Se lleva a cabo otro tipo de procedimientos, todo para ver el balance y se ordena hospitalizar, señala que lo anterior fue el sábado en la mañana, donde se da la orden de hospitalizar. Se da manejo de líquidos y tratamiento para la sintomatología. (...). El apoderado de la parte demandada ECOPETROL SAS interroga al testigo sobre cuál es la diferencia entre el tratamiento prescrito al paciente frente al tratamiento que debía darse, a lo que a lo que contesta el testigo, que siempre hubo sospecha de la enfermedad del dengue, y por ello se trató como enfermedad viral; suero oral y acetaminofén, pero aclara que no hay diferencia entre el dengue normal y el hemorrágico. Lo anterior, debe ser constatado con una prueba que dura 15 días y por lo cual se va atendiendo para la sintomatología presentada” (fls. 664 a 667 cdno. 2 – negrillas adicionales).

Por su parte, la doctora Gina Malelly Gélvez Ruiz expresó lo siguiente:

“Sírvasse hacer un relato pormenorizado de lo que le conste con relación a los hechos de la demanda. CONTESTÓ: Refiere la testigo que exactamente no recuerda, por ser un paciente de hace varios años, paciente que hizo ingreso al servicio de urgencias y siempre se le prestó la atención médica. Agrega que en la consulta que tuvo con el paciente, señala que es menor de edad, por una patología de un proceso viral, ingresa solo a la consulta, se le hizo las preguntas de cómo va la evolución, hemodinámicamente estable, refiere que no hay una sintomatología como tal de dengue. Refiere que se llevó a cabo un protocolo, con controles diarios. Se le interroga al testigo días (sic) en los que fue atendido el paciente, a lo que contesta que una sola consulta con ella, no recuerda exactamente si fue el segundo o tercer día. Agrega que leyó laboratorios y que estaba dentro de los límites normales, se da salida del paciente y recomendaciones. (...)” (fls. 667 a 669 cdno. 2).

En ese contexto probatorio, se advierte que en el proceso reposa una prueba especialmente relevante como lo es el informe pericial de clínica forense elaborado por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses que aun cuando concluyó que *“los esquemas de tratamiento propuestos se ajustaron a la estratificación de la guía según los hallazgos clínicos descritos en las historias médicas”*, lo cierto es que dicho medio de acreditación también puso de presente una serie de omisiones y/o irregularidades que llevaron a que la salud del paciente se agravara y, posteriormente, falleciera, tal como se destaca a continuación:

- i) El registro de la impresión diagnóstica de la sospecha de dengue fue demorado.
- ii) La toma de signos vitales al paciente se llevó a cabo con espacios prolongados de tiempo.
- iii) La entidad demandada no estableció diagnósticos diferenciales.
- iv) El ingreso del paciente a una unidad de cuidados intensivos se dio luego de 12 horas de haber sido diagnosticado con dengue grave y 28 horas después de haber vomitado sangre; de igual forma, la prueba pericial aludida determinó que la prevención del choque y su tratamiento precoz previene las demás complicaciones del dengue y evita fallecimientos.
- v) Al paciente se le inyectó una ampolla de Dipirona, medicamento que, según la Guía de Atención Clínica Integral del Paciente con Dengue elaborada por el Ministerio de la

Protección Social (2010), no debía administrarse en paciente pediátrico⁵ y, como si fuera poco, su aplicación debía considerarse para el manejo exclusivo de segundo y tercer nivel.

vi) La muerte en los casos de dengue es evitable en un 98% siempre y cuando se efectúe un diagnóstico temprano, lo cual no ocurrió en este asunto, tal como se indicó en el dictamen pericial.

Así las cosas, para esta Sala no hay asomo de duda de que la actuación de la institución médica no fue diligente pues existen suficientes elementos que permiten concluir que su proceder no fue juicioso y, por ende, estuvo marcado por las irregularidades antes anotadas que, sin lugar a dudas, propiciaron el empeoramiento del estado de salud del menor y su posterior deceso, dicha circunstancia evidencia la configuración de una falla en el servicio médico brindado al menor Jórdy Andrés Galezo Acosta.

Por último, la parte demandante en el recurso de apelación señaló que en el asunto de la referencia se configuró una pérdida de oportunidad de sobrevida del paciente por cuanto la entidad demandada no detectó de manera oportuna el diagnóstico de dengue hemorrágico; al respecto, se advierte que la referida afirmación constituye un argumento nuevo que no fue debatido en sede de primera instancia, razón por la cual la Sala no se pronunciará sobre este.

De conformidad con las anteriores razones, esta Subsección revocará la decisión apelada y, en su lugar, declarará la responsabilidad patrimonial extracontractual de la Empresa Colombiana de Petróleos por el fallecimiento del menor Jórdy Andrés Galezo Acosta.

⁵ Según la Sociedad Colombiana de Pediatría, la edad límite de finalización de la atención médica por los pediatras e inicio de la atención médica por los médicos internistas es de 18 años de edad; consultar en: <https://scp.com.co/notas-destacadas/los-18-anos-de-edad-sera-el-limite-y-finalizacion-de-la-atencion-medica-por-los-pediatras-e-inicio-de-la-atencion-medica-por-los-medicos-internistas/>.

3. Indemnización de perjuicios

3.1 Perjuicios morales

Respecto de la cuantificación del perjuicio moral en sentencia de unificación de la Sala Plena de la Sección Tercera de esta Corporación⁶ se determinaron los lineamientos para la tasación de tales perjuicios para casos de muerte, para cuyo efecto se diseñaron cinco niveles de cercanía afectiva entre la víctima directa y aquellos que acuden a la justicia en calidad de perjudicados o víctimas indirectas.

En este asunto, se reconocerán los siguientes montos de dinero:

Demandante	Condena
JOSÉ ANTONIO GALEZO NIETO ⁷ (padre)	100 SMMLV
MARÍA ROSLADY ACOSTA ARANGO (madre) ⁸	100 SMMLV
YON ÉDUIN GALEZO CÁRDENA (hermano) ⁹	50 SMMLV
JOSÉ ALFREDO GALEZO ACOSTA (hermano) ¹⁰	50 SMMLV
YENIZ PATRICIA GALEZO ACOSTA (hermana) ¹¹	50 SMMLV
KÉLLY MARIBEL GALEZO ACOSTA (hermana) ¹²	50 SMMLV

3.2 Perjuicios materiales

3.2.1 Daño emergente

La parte demandante solicitó, a título de daño emergente, lo que tuvo que cancelar por concepto de honorarios profesionales de abogado, gastos de exequias, transporte y estadía de los familiares de la víctima en la ciudad de Bucaramanga y traslado del cuerpo del menor a la ciudad de Barrancabermeja; al respecto, la Sala deniega dicho reconocimiento debido a que en el expediente no obra prueba alguna que dé cuenta de tales erogaciones.

⁶ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 28 de agosto del 2014, expediente no. 26251, MP Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

⁷ Registro civil de nacimiento de Jórdy Andrés Galezo Acosta, en el cual consta que su padre es el señor José Antonio Galezo Nieto (fl. 171 cdno. 1).

⁸ Registro civil de nacimiento de Jórdy Andrés Galezo Acosta, en el cual consta que su madre es la señora María Roslady Acosta Arango (fl. 171 cdno. 1).

⁹ Registro civil de nacimiento de Yon Édúin Galezo Acosta (fl. 144 cdno. 1).

¹⁰ Registro civil de nacimiento de José Alfredo Galezo Acosta (fl. 170 cdno. 1).

¹¹ Registro civil de nacimiento de Yeniz Patricia Galezo Acosta (fl. 145 cdno. 1).

¹² Registro civil de nacimiento de Kéllly Maribel Galezo Acosta (fl. 146 cdno. 1).

3.2.2 Lucro cesante

La parte actora reclamó indemnización por concepto de lucro cesante en favor de los padres de la víctima directa, representada por la ayuda económica que habrían recibido de su hijo una vez cumpliera la mayoría de edad; para la fecha en que Jórdy Andrés Galezo Acosta falleció tenía 17 años de edad, por lo que resulta pertinente traer a colación lo que la jurisprudencia de la Corporación ha dicho acerca de indemnizar el lucro cesante cuando se trata de menores de edad:

“Al respecto vale la pena precisar que la jurisprudencia ha sido pacífica en sostener que en tratándose de la muerte de un menor de edad no hay lugar a reconocer el lucro cesante por unos hipotéticos ingresos del menor, dado que estos son eventuales, a menos que se acredite con grado de certeza la obtención futura de estos ingresos y también que en estos casos están sometidos a la doble eventualidad de que el menor hubiera podido llegar a percibir ingresos y que los destinara a ayudar a sus padres”¹³.

De conformidad con el anterior pronunciamiento jurisprudencial, el reconocimiento de una indemnización del lucro cesante cuando se trata de menores de edad que hubiesen podido sostener o ayudar económicamente a otros está supeditado a que exista prueba de que tales menores iban a percibir, con grado de certeza, unos ingresos a partir de su mayoría de edad, de lo contrario, **se trata de una situación hipotética y eventual no susceptible de ser indemnizada.**

Por consiguiente, como en el expediente no existen elementos de acreditación que prueben que la víctima percibiría ingresos a partir de su mayoría de edad y que ayudaría a sus padres, se impone negar esta pretensión, por inexistencia del perjuicio.

4. Responsabilidad de la llamada en garantía

Para efectos de analizar este otro punto de la controversia, es relevante poner de presente que, el contrato no. RSM-07-5202677 suscrito entre ECOPETROL y la Clínica San José contempló las siguientes obligaciones a cargo del contratista:

“2. Asegurar la prestación del servicio en las condiciones de calidad exigidas en el contrato y/o la normatividad aplicable al contrato enunciada en la reglamentación del Sistema de Garantía de Calidad en Salud (Decreto 1011 de 2006 y las normas que lo modifiquen). Los servicios pactados en este contrato deberán prestarse de manera oportuna y esmerada en correspondencia con las necesidades del paciente con un alto nivel de idoneidad científica, ética y humana. (...).

¹³ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C, sentencia de 5 de julio de 2012, expediente 23.643, MP Olga Mérida Valle de De La Hoz.

5) *Aplicar los mecanismos de control requeridos para lograr calidad, eficiencia, eficacia y economía en su gestión. **Así mismo deberá garantizar la solicitud y realización de los paraclínicos, interconsultas, referencias y remisiones con la suficiencia técnico-científica disponible en la localidad para tal fin y con el soporte que la evidencia científica vigente así lo indique, en caso contrario se considerará que existe un incumplimiento a las condiciones del contrato. (...).***

7) *Todas las demás obligaciones inherentes a la prestación integral y con calidad de los servicios médicos de consulta ambulatoria programada, consulta externa prioritaria (atención de urgencias no críticas); atención de urgencias, enfermería y actividades de promoción y prevención. (...).*

8. GARANTÍAS Y SEGUROS

EL CONTRATISTA dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la suscripción de este contrato deberá constituir por su cuenta, ante una compañía de seguros legalmente autorizada para funcionar en Colombia y entregar a ECOPETROL:

(...).

3. Un seguro de responsabilidad civil profesional o médica para profesionales de la salud por un valor asegurado hasta de TRESCIENTOS CINCUENTA MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS (\$350'450,000,00) por cada evento Por cualquier integrante del equipo de trabajo dentro de la vigencia del contrato, hasta un valor total asegurado de MIL CINCUENTA Y UN MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS (\$1,051'350,000,00), Con una vigencia igual a la del contrato. ECOPETROL debe figurar como asegurado adicional (además del asegurado principal) y beneficiario adicional (además de terceros afectados)" (fls. 308 a 309, 316 a 317 cdno. 1 – mayúsculas del original – negrillas adicionales).

De la lectura del clausulado antes transcrito, se observa que la Clínica San José, en su calidad de contratista, tenía la obligación de asegurar la prestación del servicio de salud a los usuarios de Ecopetrol de manera oportuna, esmerada y en condiciones de calidad y, como si fuera poco, dicha atención debía ser idónea teniendo en cuenta las necesidades de cada paciente.

A partir de lo anterior, la Sala concluye que la atención suministrada al menor Jórdy Andrés Galezo Acosta por la clínica aludida desatendió los estándares de calidad que se esperaban de conformidad con lo contemplado en el contrato suscrito con Ecopetrol, tal como se expuso en el acápite anterior.

Así las cosas, se ordenará que la llamada en garantía reembolse a la entidad demandada lo que esta pague a los actores con ocasión de la presente indemnización, de conformidad con lo dispuesto en el contrato no. RSM-07-5202677.

5. Condena en costas

En consideración de que para este proceso se aplica el artículo 188 del CPACA¹⁴, en la presente providencia se impondrá la condena en costas en lo que se refiere a la segunda instancia, a cargo de la parte vencida en el proceso, es decir, la Empresa Colombiana de Petróleos -ECOPETROL- y la Clínica San José.

En efecto, la referida disposición prescindió del ingrediente subjetivo que en vigencia del artículo 171 del Decreto ley 01 de 1984 imponía analizar la conducta de las partes para efecto de imponer la condena en costas; según las disposiciones vigentes, quien resulte vencido ha de asumir su valor.

Pues bien, el artículo 365 del Código General del Proceso regula la condena en costas y establece una serie de reglas a las cuales debe sujetarse aquella; los numerales 1, 2 y 3 de dicha norma disponen:

“1. Se condenará en costas a la parte vencida en el proceso, o a quien se le resuelva desfavorablemente el recurso de apelación, casación, queja, súplica, anulación o revisión que haya propuesto. Además, en los casos especiales previstos en este Código. (...)”.

A su turno, el artículo 366 del Código General del Proceso preceptúa que la liquidación de las costas se debe adelantar de manera concentrada en el juzgado que hubiere conocido del proceso en primera o única instancia, inmediatamente quede ejecutoriada la providencia que le ponga fin al proceso o notificado el auto de obediencia a lo dispuesto por el superior.

En cuanto a la integración de las costas, el artículo 361 *ejusdem* establece que aquellas están comprendidas por las expensas y gastos causados durante el trámite de la controversia, incluidas las agencias en derecho que, según el numeral 4 del artículo 366 de la misma normativa, se fijan así:

“4. Para la fijación de agencias en derecho deberán aplicarse las tarifas que establezca el Consejo Superior de la Judicatura. Si aquellas establecen solamente un mínimo, o este y un máximo, el juez tendrá en cuenta, además, la naturaleza, calidad y duración de la gestión realizada por el apoderado o la parte que litigó personalmente, la cuantía del proceso y otras circunstancias especiales, sin que pueda exceder el máximo de dichas tarifas” (se destaca).

¹⁴ Artículo 188 del CPACA: “Salvo en los procesos en que se ventile un interés público, la sentencia dispondrá sobre la condena en costas, cuya liquidación y ejecución se regirá por las normas del Código de Procedimiento”.

A su vez, las tarifas fueron fijadas por el Consejo Superior de la Judicatura en el Acuerdo 1887 de 2003 *-normativa vigente para la fecha de presentación de la demanda-* en los siguientes términos:

“Artículo 6 del Acuerdo 1887 de 2003: Tarifas. “Fijar las siguientes tarifas de agencias en derecho: (...):

III. Contencioso administrativo. (...).

3.1.3. Segunda instancia. (...). Con cuantía: Hasta el cinco por ciento (5%) del valor de las pretensiones reconocidas o negadas en la sentencia”.

En este asunto la segunda instancia se surtió en virtud de la apelación interpuesta por la parte demandante en contra de la sentencia de primera instancia; el recurso de la parte actora prosperó, de ahí que resulta procedente la condena en costas de la entidad demandada y la llamada en garantía.

Así las cosas, se condenará en costas a la parte vencida las cuales se liquidarán de manera concentrada por el *a quo*, de conformidad con las normas citadas y, aunado a ello, fijará, por concepto de agencias en derecho, la suma equivalente al uno (1%) por ciento del valor de las pretensiones concedidas en esta sentencia en atención a la actuación de la demandante, la calidad y el desgaste que ella supuso, en los términos y con base en los baremos fijados en el numeral 3.1.3. del artículo 6 del Acuerdo 1887 de 2003 del Consejo Superior de la Judicatura¹⁵, vigente para la época en que se presentó el recurso en estudio¹⁶.

En mérito de lo expuesto, el **CONSEJO DE ESTADO, EN SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN TERCERA -SUBSECCIÓN B-**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

¹⁵ Artículo 6 del Acuerdo 1887 de 2003: Tarifas. *“Fijar las siguientes tarifas de agencias en derecho: (...): III. Contencioso administrativo. (...). 3.1.3. Segunda instancia. (...). Con cuantía: Hasta el cinco por ciento (5%) del valor de las pretensiones reconocidas o negadas en la sentencia”.*

¹⁶ Al respecto, consultar la sentencia de 10 de julio de 2010. Expediente No. 47.314.

FALLA:

1º) Revócase la sentencia proferida el 5 de diciembre de 2013 por el Tribunal Administrativo de Santander la cual queda así:

Primero: declárase patrimonialmente responsable a la Empresa Colombiana de Petróleos -ECOPETROL- por el fallecimiento del menor Yordy Andrés Galezo Acosta.

Segundo: condénase a la Empresa Colombiana de Petróleos -ECOPETROL- a pagar por concepto de perjuicios morales lo siguiente:

a. A favor de José Antonio Galezo Nieto, la suma de cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes a la ejecutoria de esta providencia.

b. A favor de María Roslady Acosta Arango, la suma de cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes a la ejecutoria de esta providencia.

c. A favor de Yon Édúin Galezo Cárdenas, la suma de cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes a la ejecutoria de esta providencia.

d. A favor de José Alfredo Galezo Acosta, la suma de cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes a la ejecutoria de esta providencia.

e. A favor de Yéniz Patricia Galezo Acosta, la suma de cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes a la ejecutoria de esta providencia.

f. A favor de Kélly Maribel Galezo Acosta, la suma de cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes a la ejecutoria de esta providencia.

Tercero: condénase a la Clínica San José, en virtud del llamamiento en garantía que le hizo ECOPETROL, a reembolsarle a esta última lo que pague a los demandantes con ocasión de la presente decisión, de conformidad con lo dispuesto en el contrato no. RSM-07-5202677.

2º) Niéganse las demás pretensiones de la demanda.

3º) Condénase a la Empresa Colombiana de Petróleos -ECOPETROL a pagar las costas que se hubiesen causado en segunda instancia, cuya liquidación hará de manera concentrada el *a quo*, según lo dispuesto en el artículo 366 del Código General del Proceso.

4º) Ejecutoriada esta providencia **devuélvase** el expediente al Tribunal de origen.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

ALBERTO MONTAÑA PLATA
Magistrado
(Firmado electrónicamente)

MARTÍN BERMÚDEZ MUÑOZ
Magistrado
(Firmado electrónicamente)

FREDY IBARRA MARTÍNEZ
Magistrado
(Firmado electrónicamente)

La presente providencia fue firmada electrónicamente por los magistrados de la Subsección B de la Sección Tercera del Consejo de Estado en la plataforma SAMAI, en consecuencia, se garantiza la autenticidad, integridad, conservación y posterior consulta de conformidad con el artículo 186 de CPACA.