



Rama Judicial

República de Colombia

JUZGADO TERCERO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO
Ibagué, veinticuatro (24) de septiembre de dos mil veintiuno (2021)

Medio de control: Reparación Directa
Demandante: Mauricio Andrés Marín Osorio y otros
Demandado: Hospital San Vicente de Paul E.S.E. de Fresno
Radicación: 73001-33-33-003-**2017-00384-00**

ASUNTO

Procede este Juzgado a emitir sentencia, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 187 de la Ley 1437 de 2011, dentro del presente medio de control de Reparación Directa impetrado por Carmen Eliana Paredes Urrea, Mauricio Andrés Marín Osorio actuando en nombre propio y en representación de Andrés Felipe Marín Paredes; Manuel Paredes Barcias y Maricela Urrea Gómez, actuando por intermedio de apoderado judicial, contra el Hospital San Vicente de Paul E.S.E. de Fresno.

I. ANTECEDENTES

1. PRETENSIONES¹

Principales

- 1.1. Que se declare responsable administrativa y patrimonialmente al Hospital San Vicente de Paul E.S.E. de Fresno por los perjuicios sufridos por falla en el servicio por la infección nosocomial y la mala atención de la infección que recibió el niño Andrés Felipe Marín Paredes que le originaron una grave enfermedad en la piel, sangre y pulmones, lo que originó el retiro de una parte de su pulmón izquierdo entre otros procedimientos.
- 1.2. Que como consecuencia de la anterior declaración, se condene a la demandada a pagar a los demandantes todos los perjuicios morales en cuantía de 90 salarios mínimos legales mensuales vigentes para la víctima directa y de 70 para sus padres y de 50 para sus abuelos, y el daño a la salud en cuantía de 90 salarios mínimos legales mensuales vigentes para la víctima directa, así como la suma de \$ 4.000.000 por concepto de perjuicios materiales a favor de los padres de la víctima.

Subsidiarias

Que a título de reparación integral se condene a la entidad en lo que estime el juez conforme la jurisprudencia del Consejo de Estado.

2. HECHOS²

Los hechos narrados por la parte actora en orden cronológico se sintetizan así:

¹ Folios 96-97 cdo principal foliatura física

² Folios 97-104 cdo principal, foliatura física

- 2.1.** El día 26 de septiembre de 2015, el niño Andrés Felipe Marín Paredes fue llevado por sus padres a la sede de urgencias del Hospital San Vicente de Paul E.S.E de Fresno, al presentar fiebre alta en horas de la mañana, dejándose consignado en la primera valoración al ingreso que el paciente de 4 años no presentaba signos de dificultad respiratoria y no poseía edemas en las extremidades.
- 2.2.** Al niño le tomaron la temperatura y le prestaron los medios para bajarla con gasas y agua, colocándoselas en diferentes partes del cuerpo, adicionalmente canalizaron al niño (intravenosa en el brazo izquierdo) y para dicho procedimiento lo lastimaron varias veces, efectuándole varias punciones en la mano y brazo izquierdo al no encontrarle la vena.
- 2.3.** La valoración inicial de los médicos del centro asistencial arrojó que el niño presentaba el virus del dengue y por tanto lo dejaron en observación esa noche.
- 2.4.** El 27 de septiembre de 2015 el personal médico hizo exámenes de rigor al niño Andrés Felipe Marín Paredes, manifestando, sin soporte técnico alguno, que se encontraba con las defensas muy bajas y sugirieron un tratamiento con antibióticos y acetaminofén.
- 2.5.** El 28 de septiembre, el niño se quejaba de mucho dolor en la mano y brazo izquierdo, presentando hinchazón, sin embargo, los asistentes del servicio médico no le prestaron atención y le dejaron la misma canalización.
- 2.6.** El día 29 de septiembre los médicos dieron de alta al niño Andrés Felipe Marín Paredes, situación con la que no estuvo de acuerdo su señora madre dado el deterioro de la salud del niño, pero ante el alta médica tuvo que llevarlo a su casa, donde se quejó del dolor en la mano izquierda, la cual estaba visiblemente hinchada y presentó fiebre, por tanto, lo llevó nuevamente al servicio hospitalario del Hospital San Vicente de Paul E.S.E. en donde lo dejaron en observación.
- 2.7.** Revisado por los médicos, estos determinaron que aunque presentada una flebitis, no ponía en riesgo su salud, pero al no ver su mejoría, los padres solicitaron la remisión a un centro asistencial de mayor nivel, pero la respuesta fue que tal remisión no era necesaria porque el niño no lo requería.
- 2.8.** El 29 de septiembre de 2015 en horas de la noche le dieron por segunda vez de alta. En casa presentó además de la fiebre, dificultad respiratoria, alucinaciones y demasiado dolor en su mano izquierda.
- 2.9.** El 30 de septiembre fue llevado nuevamente al Hospital, pero ante la falta de informes y el no suministro de medicamentos, sus padres decidieron buscar atención especializada el 1º de octubre.
- 2.10.** La familia consiguió el cupo y la remisión por sus propios medios, pero los médicos insistían que no la necesitaba, por tanto, el señor Mauricio Andrés Marín Osorio tuvo que insistir para que se ejecutara la remisión a la ciudad de Manizales, dejando firmado documento en donde se le responsabilizaba a él de dicha remisión como padre del niño.
- 2.11.** En los documentos se dejó consignado que el Hospital San Vicente de Paul E.S.E. remitía al niño Andrés Felipe Marín Paredes a la Unidad Hospitalaria Meintegral de Manizales – Caldas, por riesgo de choque séptico, dejándose

en la nota de remisión que el niño ingresó en regular estado general y signos de infección en sitio de venopunción en dorso de mano izquierda, indicándose manejo antibiótico (sin especificar), señalando que ante riesgo de choque séptico y deterioro clínico, se le remitía para continuar el manejo en unidad de cuidado intensivo.

- 2.12.** Que el pago de la ambulancia para la remisión desde Fresno hasta la clínica en Manizales se realizó por parte de los familiares del niño.
- 2.13.** El niño Andrés Felipe Marín Paredes ingresó a la Unidad Hospitalaria Meintegral de Manizales el 1º de octubre de 2015, donde al examen físico inicial se determinó signos de dificultad respiratoria y sepsis por gram por celulitis abscedada en sitio de venopunción (mano izquierda), entre otros, arrojando los siguientes diagnósticos: a) choque séptico, b) celulitis en mano izquierda, c) síndrome febril en estudio y d) convulsión febril, por tanto el plan de manejo fue hospitalización, por encontrarse el niño en estado crítico con alto riesgo de complicaciones hemodinámicas, respiratorias e infecciosas y de requerir ventilación.
- 2.14.** El 2 de octubre de 2015, el niño Andrés Felipe Marín Paredes requirió soporte ventilatorio y adición soporte vasopresor, indicando el médico tratante que su cuadro inicial sí era sugestivo de dengue, pero al reiniciar la fiebre se distancia de dicho cuadro de arbovirosis, siendo consistente su sintomatología por un proceso infeccioso bacteriano en mano que progresa a bacteriemia con comportamiento de estafilococcemia.
- 2.15.** El 3 de octubre de 2015 la primera IGM para dengue dio negativa, siguió necesitando altas dosis de noradrenalina, observándose signos de neumonía sin derrame.
- 2.16.** El 4 de octubre de 2015 se descartó la sospecha de dengue, entonces se focalizó en la celulitis de la mano izquierda asociada a sepsis, observándose secreción purulenta de la lesión por presencia de estafilococcemia, solicitándose ecografía para saber la extensión de la infección, determinándose choque séptico por estafilococo aureus sensible.
- 2.17.** El 7 de octubre de 2015 presentó derrame pleural izquierdo, solicitándose valoración por cirugía pediátrica, para paso de sonda de tórax, la cual se inició el 9 de octubre, junto con plan de extubación, pero el 10 del mismo mes se canceló la extubación, continuando con ventilación por fiebre persistente y se solicitó Rx de tórax.
- 2.18.** El 12 de octubre de 2015 persistían focos infecciosos ante empiema y accesos en axila derecha y progresión de la bula en base izquierda, ya que también se expandió hasta la axila derecha.
- 2.19.** El 13 de octubre se dio la extubación uso de Heliox, se determinó el choque por bacteriemia por estafilococo aureus sensible, con empiema izquierdo ya drenado y con tromboflebitis superficial en antebrazo izquierdo, lesiones de alto inoculo, adenitis abscedada en axila izquierda.
- 2.20.** El 14 de octubre se retiró el tubo a tórax posterior por parte de cirugía pediátrica y se encontraron cultivos del 1º de octubre positivos para estafilococo aureus metacilino sensible.
- 2.21.** El 16 de octubre sin soportes respiratorios se determinó que el paciente ingresó con bacteriemia por sams y ya sin fiebre, se trasladó a cuidados

intermedios, donde volvió a presentar fiebre el 18 de octubre, suministrándole vancomicina para manejarlo.

- 2.22.** El 21 de octubre le fue practicada cirugía exploratoria de axila, realizando lavado, pero continuó la fiebre hasta el 6 de octubre, día en que presentó mejoría y se decidió por el médico tratante trasladarlo de la UCI pediátrica a hospitalización, donde permaneció hasta el 29 de octubre cuando le dieron el alta hospitalaria.
- 2.23.** Dentro de los procedimientos realizados por la Unidad Hospitalaria Meintegral de Manizales para salvar la vida del niño ANDRÉS FELIPE MARÍN PAREDES y como consecuencia de la bacteria, le extirparon un porcentaje de su pulmón, quedándole cicatrices en el tórax.
- 2.24.** Que, como consecuencia de la enfermedad del niño, sus padres tuvieron que cubrir gastos como transporte en ambulancia, medicamentos, hospedaje y exámenes y luego decidieron trasladarse al municipio de La Plata (Huila) estando separados mientras el señor Mauricio Andrés Marín Osorio lograba el traslado a ese municipio por temas laborales.
- 2.25.** El niño Andrés Felipe Marín Paredes tiene dificultades respiratorias desde que presentó la infección por estafilococo, recibiendo atención médica, con diagnóstico de neumonía basal derecha, según historia clínica del 7 de mayo de 2016; también presentada una ulcera de cansancio en la cabeza que se inflama cuando presenta fiebre.
- 2.26.** Que el 15 de mayo de 2017 se solicitó a la Secretaria Departamental de Salud, a través de derecho de petición, los protocolos de higiene, limpieza y desinfección del Hospital San Vicente de Paul E.S.E. de Fresno, entidad que a través de oficio del 22 de junio del mismo año indicó que esa información era de resorte del centro asistencial.
- 2.27.** Mediante derecho de petición se solicitó al Hospital San Vicente de Paul E.S.E. de Fresno la copia de los contratos suscritos para la limpieza y desinfección realizados por la entidad para la vigencia 2015, los protocolos de venopunción, el manual de buenas prácticas de esterilización, los protocolos de limpieza y desinfección de áreas, superficies, manejo de ropa hospitalaria, descontaminación de derrames de sangre u otros fluidos corporales vigencia 2014-2015, que informara si la institución tiene e implementa procesos para 1: la prevención de infecciones del torrente sanguíneo (bacteriemias) asociadas al uso de dispositivos intravasculares (catéteres centrales y periféricos), protocolos de higiene y desinfección inscritos en la secretaria de salud Departamental, y copia del pago realizado por concepto de ambulancia particular para el traslado del niño Andrés Felipe Marín Paredes el día 01 de octubre de 2015 hacia la ciudad de Manizales.
- 2.28.** Mediante oficio externo No. GH-625-7 del 18 de julio de 2017 el Hospital San Vicente de Paul E.S.E. de Fresno contestó afirmativamente, previo pago del costo de reproducción de estos, *“así, como el registro civil de nacimiento del niño Andrés Felipe Marín Paredes para efectos de los documentos relacionados con el pago de su atención hospitalaria”*.
- 2.29.** El 22 de agosto de 2017 se dio por parte del padre del niño, una autorización expresa con la correspondiente presentación personal ante notario al señor Mauricio Andrés Amaya para pagar el costo y recibir las

copias simples solicitadas, negándose la entidad a recibir dicha autorización, por tanto, no se pudieron obtener los documentos solicitados.

3. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA (fl. 127-178)

La entidad a través de su apoderado judicial se opuso a la prosperidad de todas y cada una de las pretensiones de la demanda, indicando que no se acredita la existencia de los elementos estructurales de la responsabilidad extracontractual del Estado, haciendo la manifestación respectiva frente a los hechos narrados en el libelo.

Formuló a título de excepciones, las que denominó ***“El deber de la víctima de evitar o mitigar su daño”, “debida diligencia en la prestación del servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paul E.S.E de Fresno”, “improcedencia de condena por perjuicio a la vida de relación -abandono jurisprudencial de dicha tipología del perjuicio extrapatrimonial”*** indicando que los padres del niño no acataron la prescripción médica, pues conforme se registra en la historia clínica, el alta médica se dio con el compromiso de acudir al pediatra, lo cual fue incumplido por los padres del niño, además señala que las actuaciones surtidas por los médicos del hospital fueron ajustadas al protocolo médico, y por lo tanto no es el llamado a responder por el presunto daño causado.

4. TRÁMITE PROCESAL

La demanda fue presentada el 20 de noviembre de 2017 (Fol. 1), siendo admitida a través de auto fechado 15 de diciembre de 2017, disponiendo lo de Ley (Fol. 114); vencido el término de traslado para contestar, mediante auto de 31 de agosto de 2018 se fijó fecha para la audiencia inicial consagrada en el artículo 180 del CPACA (Fl. 325), la cual se llevó a cabo el día 12 de marzo de 2019 con la comparecencia de los apoderados judiciales de las partes (Fl. 332-335); en ella se analizaron los requisitos de procedibilidad, se resolvieron las excepciones previas formuladas, se fijó el litigio, se evacuó el trámite correspondiente a las posibles fórmulas de conciliación sin que las partes llegaran a un acuerdo, y se decretaron pruebas. Los días 3 de marzo de 2020 (Fis. 375-376) y 17 de septiembre de 2020 (B4. 2017-00384 ACTA AUDIENCIA DE PRUEBAS.pdf) se adelantó la audiencia de pruebas consagrada en el artículo 181 del C.P.A.C.A, en la que se evacuaron las pruebas decretadas y se autorizó la presentación por escrito de los alegatos de conclusión dentro de los 10 días siguientes, derecho del cual hicieron uso ambos extremos procesales.

5. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN.

5.1. Parte demandante (B6.1. 2017-00384 ALEGATOS DEMANDANTE.pdf)

Luego de realizar el análisis de las pruebas documentales, pericial y testimonial practicada, el apoderado actor concluye que en el presente caso se desvirtúa la tesis esgrimida por la institución hospitalaria demandada al señalar:

“(…)Así las cosas, de conformidad a lo probado en el proceso, la tesis de la demandada respecto a que el niño pudo contagiarse por esa de alta que se le dio el 28 de septiembre ante el desespero de sus padres porque un especialista lo revisara (nótese que jamás la defensa se refirió a que la adquiriera con anterioridad al ingreso inicial del Hospital, por la obviedad en que la infección de la lesión de la mano izquierda en sitio de venopunción originó la sepsis y sus ya

conocidas repercusiones); no fue demostrada, pues los elementos demostrativos son suficientes para señalar que antes de ir a esa cita ya se encontraba con flebitis en esa zona que se diseminó hacia su pulmón con la infección adquirida y que pese a la gravedad y los riesgos al encontrarse el niño en un Hospital en el cual ni siquiera estaban los reactivos para determinar el tipo de bacteria, no fue si no 3 días después ante la insistencia de sus padres que se logró la remisión a un centro hospitalario de alta complejidad.

Es así como la tesis defensiva no alcanza para endilgar la responsabilidad a un tercero o que ésta fuese culpa exclusiva de la víctima (en este caso los progenitores) pues, se determina que su causa, gravedad y mora, se debió a los malos procedimientos, contagio y falta de remisión oportuna a los especialistas competentes y a los centros correspondientes, que pudieran ayudar no sólo a la mejoría del paciente, si no a que su deterioro no fuera tan severo, al permitir la diseminación de la infección a otras partes del cuerpo, que se produjo en desarrollo de la hospitalización del paciente, quien en su ingreso anterior le era diagnosticado sólo dengue y que desarrollo además de la ya fiebre de su ingreso, las sepsis que se hizo extensiva a otros órganos a partir de la infección de su mano izquierda. Por lo que, al derrumbarse su tesis de contagio en otra institución, sólo queda pie para declarar responsable patrimonialmente al Hospital San Vicente de Paul de Fresno Tolima, además de las mencionadas pruebas que apuntan al contagio intrahospitalario y al inadecuado manejo de la patología que presentó ANDRÉS FELIPE MARÍN PAREDES.

5.2. Hospital San Vicente de Paul E.S.E de Fresno (B7. 2017-00384 TRASLADO ALEGATOS HOSPITAL SANVICENTE.pdf)

El apoderado de la entidad accionada indica que *“no puede endilgarse error médico, ni mala práctica, ni error de diagnóstico frente a la atención recibida por el menor dentro de la institución, como quiera que el mismo recibió toda la atención medica acorde al nivel de complejidad del Hospital San Vicente de Paul y se le prestaron los medios pertinentes para restaurar su salud que de acuerdo al grado infeccioso que venía desarrollando de ello es claro el proceso febril presentado, el cual de manera negligente fue dejado avanzar por parte de los padres quienes solo se acercan a recibir la atención de su hijo hasta el momento que lo dejaron convulsionar después de doce (12) de venir presentando un estado de salud en desmejora de su hijo.*

(...)

(...) Los padres del menor AFM, quien era el paciente tenían del deber o carga de mitigar el daño siguiendo rigurosamente los dictámenes médicos y los exámenes ordenados y concurriendo a los galenos para continuar la praxis médica. Deberes omitidos al momento de rechazar la atención que les fue ordenada para la CLÍNICA UMIT de Ibagué, pero los padres deciden rechazar la remisión y deciden llevarse al niño nuevamente de forma particular a la Ciudad de Manizales. Hechos que conllevaron a un estado más grave, de la salud del menor al interrumpir el tratamiento médico que debía seguir su hijo conllevando a una desmejora de la salud del menor”

Finalmente reitera las excepciones formuladas en la contestación de la demanda, solicitando se acojan estas y por ende se denieguen las pretensiones de la demanda.

II. CONSIDERACIONES

Agotado el trámite de instancia, procede el Despacho a dirimir a continuación la controversia.

1. COMPETENCIA

Es competente este Despacho para aprehender el conocimiento del presente asunto en primera instancia, de conformidad a lo previsto en la cláusula general de competencia consagrada en el inciso 1º del artículo 104 del C.P.A.C.A., así como lo dispuesto en los artículos 155 numeral 6º y 156 numeral 6º *ibídem*.

2. PROBLEMA JURÍDICO

De acuerdo con la imputación del daño que se hace al demandado Hospital San Vicente de Paul E.S.E. de Fresno, deberá determinarse primero: si este es extracontractual y solidariamente responsable de los perjuicios de toda índole, que se aducen sufridos por los demandantes, por la supuesta falla en el servicio médico – asistencial que condujo a afectación en la salud del niño ANDRÉS FELIPE MARÍN PAREDES.

Como se aduce la adquisición de una infección intrahospitalaria durante la atención médico asistencial, de no salir avante la tesis de la parte accionante respecto de una falla del servicio que es el primer título de imputación que se debe estudiar, el asunto será analizado bajo el régimen de responsabilidad objetivo.

3. MARCO JURÍDICO

3.1. *Responsabilidad patrimonial del Estado*

Existe una cláusula general de responsabilidad patrimonial del Estado, cuyo fundamento constitucional está consagrado en el artículo 90 de la Constitución Política, que preceptúa: *“El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas.”*, lo cual supone la responsabilidad de cualquier autoridad pública, no solo por el actuar antijurídico de sus agentes, sino también por sus acciones lícitas que, aunque estén encaminadas a la satisfacción de los fines esenciales del estado, devienen en antijurídicas, cuando imponen a los coasociados, una carga que no están en el deber jurídico de soportar.

Bajo este entendido, para que exista responsabilidad del Estado se requiere de la concurrencia de varios elementos, a saber: (i) el daño antijurídico, (ii) la imputabilidad jurídica y fáctica del daño a un órgano del Estado y, (iii) el nexo causal entre el daño y el hecho de la administración.

A partir de la disposición constitucional trascrita, la jurisprudencia y la doctrina contencioso administrativa han desarrollado distintos regímenes de responsabilidad imputables al Estado, como (i) el subjetivo, que se basa en la teoría de la falla del servicio y (ii) el objetivo, que obedece a diferentes situaciones en las cuales la entidad estatal está llamada a responder, por un lado, con ocasión del ejercicio de actividades peligrosas o la utilización de elementos de la misma naturaleza, caso en el cual se habla del régimen del riesgo excepcional, y por otro, debido a la ruptura de la igualdad frente a las cargas públicas, caso en el cual estamos en presencia del régimen del daño especial, por ende, corresponde determinar en cada caso, el régimen de responsabilidad aplicable.

En el caso concreto, los demandantes en sus pretensiones solicitan que se declare que la ESE demandada incurrió en falla del servicio médico que les originó perjuicios; en los enunciados fácticos se hace referencia a que el daño se concretó en la infección nosocomial y la mala atención de tal infección que recibió el niño

Andrés Felipe Marín Paredes que le ocasionó unas secuelas en la piel, sangre y pulmones.

Bajo ese hilo conductor, es claro para el Despacho que el título de imputación que se ajusta a las pretensiones de la demanda es el de **falla del servicio** por la actividad médica hospitalaria³, para lo cual le corresponde a la parte accionante demostrar la ocurrencia de todos los elementos integradores de este tipo de responsabilidad, esto es, i) un daño antijurídico que configure lesión o perturbación de un bien jurídicamente tutelado, ii) una falla en la prestación del servicio por retraso, irregularidad, ineficiencia, omisión o ausencia del mismo, y iii) un nexo de causalidad entre la falla o falta de prestación del servicio a que la Administración está obligada y el daño.

3.2. De la falla probada del servicio en los casos de responsabilidad médica.

En relación con la responsabilidad por perjuicios causados con ocasión de la prestación de servicios médicos, la Sección Tercera del Consejo de Estado⁴ luego de diversas posturas jurisprudenciales, ha señalado que el régimen de responsabilidad aplicable es el de falla probada del servicio; es así que dicho cuerpo colegiado en sentencia del 24 de julio de 2013 dentro del expediente No. 25000-23-26-000-2000-01412-01 Numero interno 30309, adujo que:

“La Responsabilidad por falla médica ha evolucionado a lo largo de los años, pasando desde el régimen de falla probada del servicio, la falla presunta del servicio, la carga dinámica de la prueba y en el año 2006, mediante Sentencia del 31 de agosto, volvió al régimen de falla probada, en razón de la complejidad de los temas médicos y la dificultad para las instituciones públicas en el ámbito probatorio, debido al tiempo que transcurre y la cantidad de casos que manejan”, razón por la cual actualmente en “los casos de falla médica son revisados actualmente bajo el régimen de la falla probada del servicio, en el cual no solo debe demostrarse la existencia de un daño, sino también su imputabilidad a la entidad que se demanda”.

Es que a voces del Consejo de Estado, en materia de responsabilidad médica, la presunción de la falla del servicio eliminaría del debate probatorio asuntos de suma importancia, como la distinción de hechos que pueden calificarse como omisiones, retardos o deficiencias, así como aquellos que puedan ser efectos de la misma enfermedad que sufra el paciente; por tanto, trasladar al Estado la carga de desvirtuar dicha presunción, en una materia sumamente compleja, donde el paso del tiempo y las condiciones de masa (impersonales) en las que se presta el servicio en las instituciones públicas hacen muy compleja la demostración de todos los actos en los que éste se materializa. Y es que el sólo transcurso del tiempo entre el momento en que se presta el servicio y aquél en el que la entidad debe ejercer su defensa, aunado además a la imposibilidad de establecer una relación más estrecha entre médicos y pacientes, hace más difícil para la entidad que para el paciente acreditar las circunstancias en las cuales se prestó el servicio.

Por consiguiente, de manera reiterada determina el Consejo de Estado que debe ser una exigencia institucional, llevar de forma clara y completas las historias clínicas de manera tal **“que su solo estudio permita al juez, con la ayuda de**

³ Consejo de Estado-Sección Tercera-Subsección B. Sentencia del 5 de marzo de 2015. Expediente: 50001-23-31-000-2002-00375-01(30102).

⁴ Consejo de Estado. Sentencias de 3 de mayo de 2007. Expediente: 17.280; 26 de marzo de 2008. Expediente: 16.085; 23 de abril de 2008. Expediente: 15.750; 28 de abril de 2010. Expediente: 20.087. Sentencia del 5 marzo de 2015, expediente 50001-23-31-000-2002-00375-01(30102).

peritos idóneos⁵ establecer si hubo o no responsabilidad estatal en los daños que invoquen sufrir los pacientes como consecuencia de la prestación de un servicio médico.

3.3. De la atención en el servicio de urgencias

De conformidad con el artículo 49 Constitucional, la atención en salud es un servicio público a cargo del Estado, además un derecho fundamental, lo que supone un disfrute de bienes y servicios que puedan alcanzar el más alto nivel posible en el mismo. A través de la Ley 100 de 1993 se reguló el sistema de seguridad social en materia de salud, estableciéndose además de la atención de urgencias en todo el territorio nacional⁶, unos niveles de complejidad de las instituciones prestadoras de servicio (Baja⁷, Media⁸ y Alta⁹) y los niveles de atención¹⁰ que se prestan respecto a las actividades, procedimientos e intervenciones (Nivel I, Nivel II, Nivel III), donde el tercer nivel de atención incluye aquellas intervenciones o enfermedades de alta complicación y costo, que debido a ello requieren para su atención, del nivel más especializado y de la mayor calidad de atención humana, técnica y científica¹¹.

Por su parte, el Decreto 412 de 1992, reglamentó el servicio de urgencias, independientemente de la persona que solicite el servicio¹² y además dio las siguientes definiciones:

“1. URGENCIA. Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.

2. ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIA. Denominase como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

3. ATENCIÓN DE URGENCIAS. Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.

⁵ Sentencia del 22 de enero de 2014, Consejo de Estado-Sección Tercera-Subsección C, Rad. 25000-23-26-000-1999-01117-01(27076)

⁶ Numeral 2º del artículo 159 de la Ley 100 de 1993: Garantías de los afiliados.

⁷ Baja complejidad: Son aquellas instituciones que habilitan y acreditan en su mayoría servicios considerados de baja complejidad y se dedican a realizar intervenciones y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica, internación, atención de urgencias, partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica básicos en lo que se denomina primer nivel de atención.

⁸ Mediana complejidad: Son instituciones que cuentan con atención de las especialidades básicas como lo son pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia y ginecología con disponibilidad las 24 horas en internación y valoración de urgencias, además ofrecen servicios de consulta externa por especialista y laboratorios de mayor complejidad, en lo que es el segundo nivel de atención.

⁹ Alta complejidad: Cuentan con servicios de alta complejidad que incluyen especialidades tales como neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, dermatología, etc. con atención por especialista las 24 horas, consulta, servicio de urgencias, radiología intervencionista, medicina nuclear, unidades especiales como cuidados intensivos y unidad renal. Estas Instituciones con servicios de alta complejidad atienden el tercer nivel de atención, que incluye casos y eventos o tratamientos considerados como de alto costo en el POS.

¹⁰ Los Niveles de Atención en la Salud se definen como la capacidad que tienen todos los entes prestadores de servicios de salud y se clasifican de acuerdo a la infraestructura, recursos humanos y tecnológicos.

¹¹ Calidad de la atención es el conjunto de características técnico- científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se provea a los beneficiarios, para alcanzar los efectos posibles con los que se obtenga el mayor número de años de vida saludables y a un costo que sea social y económicamente viable para el sistema y sus afiliados. Sus características son: oportunidad, agilidad, accesibilidad, continuidad, suficiencia, seguridad, integralidad e integridad, racionalidad lógico-científica, costo-efectividad, eficiencia, humanidad, información, transparencia, consentimiento y grado de satisfacción de los usuarios.

¹² Artículo 2º ibídem.

4. **SERVICIO DE URGENCIA.** Es la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Salud para esa unidad.

5. **RED DE URGENCIAS.** Es un conjunto articulado de unidades prestatarias de atención de urgencias, según niveles de atención y grados de complejidad, ubicado cada uno en un espacio poblacional concreto, con capacidad de resolución para la atención de las personas con patologías de urgencia, apoyado en normas operativas, técnicas y administrativas expedidas por el Ministerio de Salud.

*La red actuará coordinadamente bajo una estructura conformada por subsistemas de información comunicaciones, transporte, insumos, educación, capacitación y de laboratorios*¹³.

Al respecto, si bien se establece que la responsabilidad de las entidades de salud está supeditada al nivel de atención y grado de complejidad, el Consejo de Estado-Sección Tercera en sentencia proferida el 18 de mayo de 2017 dentro del expediente 35613, indicó:

“si bien la responsabilidad de las entidades prestadoras de salud se circunscribe al nivel de atención y grado de complejidad que a cada una le determine el Ministerio de Salud, o el que haga sus veces, lo cierto es que ello no obsta para establecer la responsabilidad de las instituciones médicas en aquellos casos en que no se efectúa una correcta valoración del paciente o cuando se omite la remisión oportuna del mismo”.

3.4. DE LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO POR INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

(Extractado de la sentencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado del 18 de mayo de 2017 dentro del expediente No. 73001-23-31-000-2006-01328-01(36565), con ponencia del Consejero Jaime Orlando Santofimio Gamboa).

A pesar de que la tesis imperante en materia de responsabilidad médico asistencial, es la de la falla probada, el Consejo de Estado ha venido considerando y es criterio vigente, que la adquisición de estas infecciones por los pacientes, se dan en el marco de una actividad peligrosa, que no radica propiamente en la prestación de los servicios médicos, sino en la **hospitalización** y por ende, que las infecciones nosocomiales son un riesgo alea, que considera el Consejo de Estado, es el más apropiado *“para imputar jurídicamente responsabilidad a la Administración por los daños derivados de infecciones intrahospitalarias, teniendo en cuenta que esta categoría de riesgo toma en consideración la probabilidad de que “cierto tipo de actividades o procedimientos, pueden dar lugar, quizás con la ineludible mediación del azar o de otro tipo de factores imprevisibles, a la producción de daños sin que medie asomo alguno de culpa”*¹⁴.

En tal virtud, sin desplazar la aplicación de la falla en el servicio como factor subjetivo de imputación cuando se encuentre probada, en los casos de infecciones intrahospitalarias, se debe aplicar el régimen objetivo de responsabilidad por riesgo excepcional.

Así, por ejemplo, en sentencia del Consejo de Estado, Sección Tercera del año 2009, se dijo:

¹³ Artículo 3 ibídem.

¹⁴ Consejo de Estado, Sección Tercera - Subsección B, sentencia del 29 de agosto de 2013, Exp. 30.283, M.P. Danilo Rojas Betancourt.

“... Se hace claridad en que los daños derivados de: **infecciones intrahospitalarias o nosocomiales**, la aplicación de vacunas, el suministro de medicamentos, o el empleo de métodos terapéuticos nuevos y de consecuencias poco conocidas todavía, **constituyen daños antijurídicos que tienden a ser imputados o endilgados desde una perspectiva objetiva de responsabilidad, razón por la que no tendrá relevancia jurídica la acreditación de que la entidad hospitalaria actuó de manera diligente o cuidadosa, sino que lo determinante es la atribución fáctica o material del daño en cabeza del servicio médico y sanitario brindado, asociado con el factor de riesgo que conllevan las mencionadas circunstancias**”¹⁵ (subrayas y negrillas de la sentencia que se extracta).

Posteriormente, en sentencia de 2011 de la misma Sección Tercera, se enlistaron -a título ilustrativo-, los eventos susceptibles de ser estudiados bajo el régimen objetivo de responsabilidad, por tratarse de actividades peligrosas:

“i) Aquellos eventos que implican la manipulación de cosas peligrosas, o que el procedimiento o el tratamiento empleado entrañe peligro, pero siempre y cuando la herramienta riesgosa cause el daño de manera directa o por ella misma, pues si la lesión es producto de una ejecución irregular del acto médico, aunque medie un instrumento que represente peligro o riesgo, el caso específico estará regido por la responsabilidad subjetiva o culposa;

ii) Cuando respecto de un medicamento, tratamiento o procedimiento que implica o conlleva un progreso en la ciencia y, por lo tanto, se considera novedoso, se desconocen las consecuencias o secuelas a largo plazo del mismo;

iii) Cuando en el acto médico se emplean químicos o sustancias peligrosas (v.gr. eventos de medicina nuclear);

iv) En supuestos de vacunas porque se asume de manera implícita su eventual peligrosidad y reacciones adversas en los diferentes organismos y;

v) Cuando el daño es producto de una infección nosocomial o intrahospitalaria”¹⁶ (subrayas y negrillas de la sentencia que se extracta).

Luego entonces, bajo los criterios imperantes al interior del órgano de cierre, para que se declare la responsabilidad patrimonial del Estado en casos de infección nosocomial, se requiere que quien alega haber sufrido el perjuicio, acredite que la infección que afectó a la víctima fue adquirida en el centro hospitalario o asistencial o que se produjo como consecuencia de un procedimiento médico, sin que en tal evento resulte necesario probar que la entidad demandada falló en la prestación del servicio, pues lo determinante no es la culpa, sino la antijuridicidad del daño.

De igual forma, se debe indicar que, en estos eventos, la entidad demandada solo se exonerará, cuando pruebe que la infección nosocomial se dio por una causa extraña, esto es, una fuerza mayor o el hecho determinante y exclusivo de la víctima, que es el caso, por ejemplo, de las infecciones de tipo endógeno u originadas por el cuerpo del paciente, o también, cuando exista el hecho de un tercero.

4. DE LOS HECHOS PROBADOS

¹⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 19 de agosto de 2009, Exp. 17.333, M.P. Enrique Gil Botero.

¹⁶ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C, sentencia del 24 de marzo de 2011, Exp. 20836, C.P. Enrique Gil Botero.

Decantados los parámetros jurisprudenciales actualmente imperantes y que resultan aplicables para resolver los problemas jurídicos, el despacho procederá a analizar los elementos de responsabilidad en el caso concreto.

4.1. Las pruebas documentales aportadas, permiten tener acreditado lo siguiente:

- El niño Andrés Felipe Marín Paredes nacido el 22 de agosto de 2011 en Neiva Huila, es hijo de los señores Mauricio Andrés Marín Osorio y Carmen Eliana Paredes Urueña (fl. 8)
- El niño Andrés Felipe Marín Paredes ingresó al servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paul E.S.E el día 26 de septiembre de 2015 siendo las 11:47:21 y fue dado de alta el 28 del mismo mes y año a las 17:09:17 según la historia clínica (Fls 41-57 y 234-249 Cuaderno principal).
- El niño Andrés Felipe Marín Paredes fue ingresado nuevamente al servicio de urgencias el día 29 de septiembre de 2015 a las 01:56:58 y se le dio el alta médica el 29 del mismo mes y año a las 10:31:47, según la historia clínica visible a folios 57-63 y 249-255.
- El paciente fue ingresado de nuevo al servicio de urgencias el día 1º de octubre de 2015 a las 09:29:29 según la historia clínica visible a folios 63-70 y 255-261 y ese mismo día, fue trasladado e ingresado a la Unidad Hospitalaria Meintegral Manizales – Caldas.
- El paciente fue dado de alta el 29 de octubre de 2015, registrándose en anotación en la historia clínica de ese día, lo siguiente:

OCTUBRE 29 2015

DIAGNOSTICOS

11. POP TARDIO DRENAJE DE COLECCION A NIVEL AXILAR (GRAM CON COCOS GRAM POSITIVOS Y CULTIVO NEGATIVO)
12. PIOMIOSITIS EN TRICEPS DERECHO (MEJORIA CONTROL ECOGRAFICO)
13. BACTEREMIA POR S. AUREUS METICILINO SENSIBLE (ULTIMO CONTROL DE HEMOCULTIVOS NEGATIVOS DEL 18-10)
14. CELULITIS ABSCEDADA EN MANO IZQUIERDA DRENADA
15. ADENITIS ABSCEDADAS EN AXILA DERECHA DRENADA EL 12-10-15
16. NEUMONIA GRAVE MULTILOBAR- DERRAME PLEURAL IZQUIERDO (EMPIEMA) – RESUELTA
17. POST- TORACOSTOMIAS ANTERIOR Y POSTERIOR IZQUIERDAS
18. ANTECEDENTE DE FLEBITIS (EXTRAINSTITUCIONAL)
19. TROMBOFLEBITIS SUPERFICIAL EN ANTEBRAZO IZQUIERDO
20. HEPATOMEGALIA A ESTUDIO – SOSPECHA DE GLUCOGENOSIS

ANALISIS DE EVOLUCION: PACIENTE DE 4 AÑOS DE EDAD, EN DIA 28 DE HOPITALIZACION, CON DIAGNOSTICO DE BACTEREMIA POR SAMS RESUELTA, QUE FINALIZO EL DIA DE AYER CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO INTRAVENOSO Y SE REALIZO CAMBIO A VIA ORAL PARA COMPLETAR 6 SEMANAS, DEBIDO A LA ESTABILIDAD CLINICA DEL PACIENTE, SU NOTABLE MEJORIA, LA AUSENCIA DE SIGNOS DE PROCESO INFECCIOSO ACTIVO, SE CONSULTA CON INFECTOLOGIA QUIEN INDICA QUE SE PUEDE DAR ALTA HOPITALARIA PARA CONTINUAR MANEJO Y TRAMITE DE PARACLINICOS DE FORMA AMBULATORIA, EN EL MOMENTO SIN SIGNOS DE ESTABILIDAD HEMODINAMICA, SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARAMETROS DE A NORMALIDAD, SIN NUEVOS PICOS FEBRILES, Y PARACLINICOS QUE REPORTAN REACTANTES DE FASE AGUDA NEGATIVOS Y SIN RESPUESTA LEUCOCITARIA. POR LO TANTO SE REALIZA ORDEN DE MEDICAMENTOS, PARACLINICOS Y CITAS DE CONTROL AMBULATORIO PRIORITARIOS.

SERVICIO: ALTA HOSPITALARIA
CRITERIO ESTANCIA: MANEJO ANTIBIOTICO

PLAN DE MANEJO:

1. ALTA HOSPITALARIA
2. CEFALEXINA SUSPENSIÓN 250MG/5 CC, DAR 8 CC VO CADA 6 HRS (100 MG/KG/DÍA) POR DOS SEMANAS
3. SE DA ORDEN PARA GAMAGRAFÍA CORPORAL TOTAL
4. SE DA ORDEN PARA NIVELES DE LINFOCITOS, NIVELES SÉRICOS DE INMUNOGLOBULINAS, ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS
5. CONTROL AMBULATORIO CON INFECTOLOGIA EN 15 DIAS PRIORITARIO
6. CONTROL AMBULATORIO CON GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA EN 15 DIAS PRIORITARIO
7. CONTROL AMBULATORIO CON PEDIATRIA EN 15 DIAS PRIORITARIO
8. SE DA ORDEN PARA VALORACION AMBULATORIA POR CIRUGIA PLASTICA, PARA VALORACION DE ESCARA PROFUNDA OCCIPITAL
9. SE DAN SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES.

CAROS
VANESSA ESCOBAR MARIN
PEDIATRA
INTERNA U.MANIZALES

ANDRES



RM

RUBIO
15422

4.2. Dictamen pericial

En el curso del proceso se tuvo como medio probatorio el dictamen pericial decretado a instancia de la parte demandante, el cual fue rendido por el Dr. Germán Alfonso Vanegas Cabezas, *folios 1-26 cdo. Dictamen pericial*, Médico Forense y especialista en Salud Ocupacional, cuya hoja de vida es visible a folios 27-42 de la misma encuadernación, dictamen que fue objeto de contradicción en audiencia de pruebas, sin objeción por error grave ni tacha alguna por las partes (*fls. 373, 375-376 cdo. principal*)

Indicó el mencionado galeno en su dictamen:

Se trata del caso de un menor de 4 años de edad para el año 2015, quien para el 02/04/2015 asiste la Hospital San Vicente de Paul del Fresno por presentar del mismo día de evolución picos febriles y la madre al despertar indica que presenta convulsión sin otros síntomas por lo que asisten a urgencias.

El paciente es ingresado para observación por síndrome febril sin presentar nuevas convulsiones y con reporte de cuadro hemático normal y parcial de orina no patológico le dan salida con formula médica y recomendaciones.

Nuevamente el día 26/09/2015 es llevado al hospital San Vicente de Paul de Fresno por convulsión y fiebre, indicando que el paciente estaba irritable.

Para este momento, según la historia clínica y antecedentes personales sería la tercera ocasión de convulsión febril.

Para controlar la fiebre le aplican Dipirona, le toman paraclínicos y los trasladan al laboratorio, los cuales son reportados con cuadro hemático normal, sin leucocitosis, leve anemia, parcial de orina normal, PCR positiva en 6, determinando cuadro de origen viral.

Por esta condición clínica, se decide dejar hospitalizado al paciente por riesgo de nueva convulsión con manejo antipirético oral y endovenoso, no se identifica foco infeccioso al examen físico con paraclínicos en rangos de normalidad, deciden dejarlo con vena canalizada y paso de solución salina normal y se evidencia piel con exantema generalizado, y solicitan valoración por pediatría para apoyo diagnóstico y manejo terapéutico.

Efectúan en consecuencia remisión a servicio de pediatría indicando que ha tenido manejo antipirético sin picos febriles en su estancia hospitalaria y sin determinar foco infeccioso, pero con antecedente de convulsiones febriles por parte del médico rural Miguel Barrios.

El cuadro hemático evoluciona hacia una leucopenia por lo que comienzan a considerar diagnóstico de Dengue, además por la presencia de lesión exantemática inespecífica a nivel de miembros superiores e inferiores pero sin nuevos episodios convulsivos, por lo cual continúan con los líquidos endovenosos y antipirexia.

Se registra en la historia clínica que se comunican con el pediatra Dr. Yunan de Honda, quien recomienda mantener a hidratación y nuevo control de cuadro hemático para el día siguiente según registra el médico rural Miguel Barrios.

Para el día 28/09/2015 ante el ascenso de los registros del cuadro hemático se decide dar egreso con manejo ambulatorio ante insistencia de los padres para valoración particular por pediatra y ante cuadro de estabilidad del paciente adoptando como compromiso el seguimiento por consulta externa.

Sin embargo, al día siguiente deben regresar al Hospital San Vicente de Paul por cuadro de picos febriles que ceden intermitentemente al Acetaminofen formulado al egreso del día anterior observando lesiones petequiales generalizadas con predominio en miembros superiores sin otra sintomatología. La Médico de turno ordena canalizar para toma de laboratorios y suministro de medicamentos, ordena Rx de tórax.

Enfermería determina en sus notas del 29/09/2015 07:30h que se observa rash generalizado con flebitis en miembro superior izquierdo habiendo sido canalizado para ese momento en miembro superior derecho, pero como consideran que no tiene indicación de manejo intrahospitalario haciendo referencia a que ese mismo día tiene cita con pediatría por lo que dan egreso con recomendaciones.

En la atención brindada en la Unidad Hospitalaria Meintegral de Manizales reciben al paciente el 01/10/2015 remitido de Fresno por riesgo de choque séptico y se menciona que por infección en sitio de venopunción en dorso de mano izquierda.

En los exámenes de laboratorio se evidencia disminución de leucocitos y alto riesgo de choque séptico por lo cual inician cubrimiento antibiótico en Fresno, siendo que al examen físico aprecian tirajes intercostales leves, taquipnea como signos de dificultad respiratoria, abdomen con onda ascítica e hígado palpable a 3 cms debajo del rebordé costal derecho sin ictericia, deshidratación, aspecto toxico, rash micropapular y centfo negro en dorso de la mano izquierda con dolor y calor.

Consideran entonces celulitis abscedada en sitio de venopunción de mano izquierda realizado en el Hospital del Fresno por lo que inician Vancomicina y ordenan hemocultivos pasando línea arterial para toma de presión arterial.

Durante este manejo ordenan ecografías y radiografías y específicamente en la nota de octubre 4 de 2015 se menciona que la causa es por flebitis en hospitalización en Fresno para el 26/27 de septiembre.

Durante la evolución natural de la enfermedad, la infección de la zona de venopunción avanza al parecer por vía hematogena generando neumonía multilobar con desarrollo de derrame pleural y abscesos en hombro, debiendo ser realizadas intervenciones por cirugía general con colocación de dos tubos de tórax y por cirujano ortopeda que explora mano y hombro izquierdos con drenaje de absceso axilar derecho con diagnóstico de piomiositis tríceps derecho con manejo poliantibiótico de amplia generación para control de la infección, para que luego de 28 días de hospitalización ya pudieran darle de alta para continuar manejo antibiótico oral y salida por mejoría notable.

De nuevo para el día 01/10/2015 (dos días después de haber sido dado de alta en la última atención en el Hospital San Vicente de Paul), menciona en la historia efectuada el 01/10/2015 08:42h que desde el 26 de septiembre presenta cuadro clínico de fiebre que no cede al Acetaminofen asociado a episodio tónico-clónico generalizado y evoluciona con leucopenia con dos ingresos por persistencia de picos febriles siendo manejado por médicos rurales del hospital por lo cual la familia busca la intervención de pediatra que buscan como particular dado la falta de evolución del paciente a la mejoría y que no tiene diagnóstico.

Siendo que en esas asistencias al hospital al niño le realizan canalización de vena para toma de laboratorios y para administración de medicamentos, en esta hospitalización detectan que el niño tiene en el sitio de venopunción en dorso de la mano izquierda hay eritema y costra necrótica, por lo cual deciden iniciar manejo antibiótico mencionándose riesgo de choque y consideran remisión a cuidado crítico lo cual indica que el paciente debía tener una condición clínica apreciada como comprometida en forma importante, taquicárdico, mucosas secas, algido, rash generalizado.

El hospital realiza tramites de remisión y en la Clínica Marcel de Caldas es aceptado pero se indica que Comparta EPSs no autoriza remisión a Caldas, por lo que la familia viendo la condición del paciente y la falta de mejoría en todos estos días en manejo por el hospital, donde ni siquiera había diagnóstico, deciden pagar la ambulancia como particular, saliendo con diagnóstico de choque.

Aparecen en Historia clínica dos ingresos más en 2016 por fiebre y convulsión con cuadro respiratorio y posterior remisión a la Clínica Dumian y Hospital San Rafael de Girardot.

Es claro entonces y presenta un nexo causal directo entre la canalización de vena en dorso de mano izquierda por personal de enfermería del Hospital San Vicente de Paul del Fresno cuando al parecer debilidad de los procesos de asepsia y antisepsia para el procedimiento de venopunción que se produce infección en el sitio de venopunción que evoluciona a celulitis, luego a absceso y posteriormente por vía hematológica se disemina formando abscesos a distancia en región axilar derecha y neumonía multilobal con marcada gravedad por ocasionar choque séptico que requirió manejo en unidad de cuidado intensivo e intervenciones quirúrgicas para control de los focos infecciosos llevando a que casi un mes después en hospital en Manizales pudieran recuperar al paciente y darle salida después de intensos esfuerzos terapéuticos con afortunado resultado positivo.

En consecuencia, de no haberse presentado la infección en la mano derecha producto de la venopunción realizada en el Hospital San Vicente de Paul del Fresno no se hubieran presentado la cadena de acontecimientos y complicaciones que llevaron a severo compromiso de su estado de salud ocasionando sepsis y poniendo incluso en riesgo la estabilidad y la supervivencia del paciente debiendo recibir tratamiento medicoquirúrgico agresivo y estancia en unidad de cuidado intensivo y hospitalización por lapso casi de un mes.

4.3. Testimoniales

Fue recaudado el testimonio del médico Renato Trujillo Suarez, quien atendió al niño en el Hospital San Vicente de Paul E.S.E el día 29 de septiembre de 2015 y quien narró:

"... El caso clínico inicial fue atendido por unos colegas, la Dra. Eliana la cual lo examina en la primera atención y todo el cuadro clínico inicial lo orienta como un síndrome viral de tipo arbovirosis que es un dengue, lo clasifican como un dengue leve porque mejoran allá con los exámenes de laboratorio y se da egreso en la primera atención ya que los papás tienen por medio de forma particular consulta con un pediatra conocido por ellos en el municipio de Honda que es cerca acá y que es el sitio más cercano que es donde se encuentran las especialidades de segundo nivel, como pediatría, medicina interna y ginecología. Inicialmente el paciente ha ingresado con episodios convulsivos, es conocido con episodios convulsivos cuando tenía aproximadamente un año, convulsión febril, la convulsión febril es diferente a la epilepsia, entonces cualquier afección que él tenía infecciosa le produjera fiebre de difícil control tenía el riesgo de que le produjera convulsión, ya era conocido por el servicio de urgencias por el Hospital por ingresos por ese motivo por presentar convulsiones, esta atención presentó fiebre pero no se determinó cual fue la causa de la fiebre y que al parecer convulsionó descrito por la madre que fue quien presenció la convulsión pero al

ingreso el paciente ya no estaba convulsionando, todos esos son los datos que describen mis compañeros en la primera atención. Luego el paciente reingresa en horas de la madrugada eso fue en la fecha aproximada de 26, dos días después con reaparición de fiebre, pero. tampoco había ningún hallazgo sugestivo de afección respiratorio o gastrointestinal o urinaria que son las que más se buscan en un paciente pediátrico. En esta atención se le toman nuevamente exámenes, los exámenes vienen en mejoría frente a las células de defensa que son los leucocitos que son los que se disminuyen cuando se presenta el dengue, se sigue orientando el diagnóstico como un dengue y se considera que ante esos hallazgos tenía buena evolución el cuadro, iba mejorando porque posiblemente ya había superado la etapa crítica del dengue y estaba en mejoría y lo que hay que hacer es un seguimiento con exámenes diariamente cada 12 horas depende del estado clínico del paciente. Ese día en la mañana yo lo evalué se lo recibí a la doctora que lo recibió en el turno nocturno, como a la 1 de la mañana únicamente se le administró antipiréticos para controlar la fiebre yo recibí al paciente en entrega de turno después de las 8 de la mañana y recibimos los reportes de los exámenes que es el examen de orina y de sangre totalmente normales, se reevalúa el paciente, el paciente no tiene fiebre en ese momento nosotros nos guiamos por unos signos clínicos y de laboratorio que se llaman signos de respuesta inflamatoria sistémica que es para evaluar el tipo de compromiso a nivel general ya sea infección. Entonces en dicha atención lo que nosotros hacemos en esas condiciones es evaluar si presenta estos signos para determinar si el paciente está grave o si hay presencia de alguna infección y si la infección es leve, para que observamos y valoramos la gravedad para ver si el manejo es ambulatorio o es hospitalario, Los exámenes salen normales y no se evidencia ninguna alteración la novedad ese día fue que un día antes cuando se le dio egreso se le había dado el egreso con el compromiso de que iba a ser llevado a pediatría pero de forma particular pero no pudieron examinarlo ese día, al siguiente día cuando yo lo doy egreso está confirmada una cita por el médico pediatra de Honda que era el médico pediatra de planta de esa fecha, no sé si estará ahorita, para evaluarlo en la tarde, lo le doy salida aproximadamente a las a.m.. Hasta ahí volvemos a ver a los familiares del paciente creo 2 o 3 días después cuando regresa al hospital ya regresa con sepsis, la sepsis es un término que se emplea para determinar que la infección independientemente de donde inició donde fue el foco, sea respiratorio, en célula, urinario o gastrointestinal ya afectado varios órganos porque está avanzada la infección, porque no se ha tratado con antibióticos o porque se ha tratado con antibiótico que ha sido insuficiente, inadecuado o por muchas otras condiciones entre ellas que el paciente sufra de desnutrición, que tenga cáncer, tenga una inmunosupresión, que permita que la evolución avance muy rápido, cuando el paciente reingresa ya lo recibe nuevamente la Dra. Eliana pero ya viene el paciente con signos de sepsis que ya en signos de falla orgánica y ante el riesgo de más complicaciones en un primer nivel de atención lo remiten, ya el resto de trámites que se realizan hubo creo que también un compromiso de los padres que consiguieron de forma particular y algo del traslado en ambulancia a Manizales para agilizar la atención especializada y luego entra lo que es la UCI Meintegral de Manizales. Siempre cuando el paciente está complicado los primeros niveles de atención se busca y se remite el paciente a una unidad de cuidado crítico con el fin de optimizar tanto lo respiratorio como lo hemodinámico o requerimiento de antibióticos que no tengamos en este centro. En el caso de el que necesitaba antibiótico más potente entonces que remitido a la UCI por el riesgo de las complicaciones. Lo otro la Dra. sí describió que presentaba un leve edema a nivel de la mano, pero y un rash, un rash es como un brote que también es característico de la infección por dengue, puede dar fiebre puede dar brote puede dar varios síntomas, pero no se describe ningún signo de dificultad respiratoria en el ingreso previo, ya cuando la Dra. Eliana lo recibe el día 30 que lo remite a la UCI es porque definitivamente ameritaba el manejo en otro nivel de atención”.

5. ANÁLISIS DE LOS ELEMENTOS DE RESPONSABILIDAD ESTATAL EN EL CASO CONCRETO

5.1. EL DAÑO

La jurisprudencia Contencioso - Administrativa ha definido el daño antijurídico como *“la lesión de un interés legítimo, patrimonial o extrapatrimonial, que la víctima no está en la obligación de soportar, que no está justificado por la ley o el derecho”*, en otros términos, aquel que se produce a pesar de que *“el ordenamiento jurídico no le ha impuesto a la víctima el deber de soportarlo, es decir, que el daño carece de causales de justificación”*²⁴.

También ha indicado que dicho daño tiene como características *que sea cierto, presente o futuro, determinado o determinable*²⁵, *anormal*²⁶ y *que se trate de una situación jurídicamente protegida*²⁷.

A su vez, la jurisprudencia constitucional considera *que el daño antijurídico se encuadra en los “principios consagrados en la Constitución, tales como la solidaridad (Art. 1º) y la igualdad (Art. 13), y en la garantía integral del patrimonio de los ciudadanos, prevista por los artículos 2º y 58 de la Constitución”*²⁸.

Según se desprende del texto de la demanda, el daño antijurídico cuya reparación se pretende en el *sub-lite*, es la afectación de salud que sufrió el niño Andrés Felipe Marín Paredes y que se dice, fue ocasionado por una falla en el servicio que le ocasionó una infección nosocomial y la mala atención que de la infección recibió el Hospital San Vicente de Paul E.S.E de Fresno Tolima.

Verificado se encuentra en el expediente que el niño Andrés Felipe presentó una infección por estafilococo aureus cuya inoculación se originó en la mano izquierda y se extendió a otros miembros y órganos, entre ellos el pulmón, lo que ocasionó neumonía, complicaciones como sepsis que comprometieron su estado de salud e implicaron una atención médica en unidad de cuidado intensivo y la realización de procedimiento quirúrgico como parte del tratamiento de dicha infección y sus consecuencias.

Siendo el derecho a la salud un derecho de carácter fundamental y constituyéndose como un bien jurídicamente tutelado, su menoscabo constituye el daño al que se refiere la jurisprudencia y lo que corresponde a continuación, es determinar si resulta atribuible o imputable a la entidad demandada, y, por lo tanto, si tienen el deber de resarcir los perjuicios que de él se derivan.

5.2. IMPUTACIÓN JURÍDICA DEL DAÑO

Ahora bien, la imputabilidad del daño, que en primera medida se analizará desde la óptica de la falla del servicio, debe recordarse, se configura básicamente en cuatro eventos, cuales son: por retardo –la administración actúa tardíamente-, por irregularidad – el servicio se presta, pero en forma diferente a como debe hacerse en condiciones normales-, por ineficiencia – el servicio es prestado pero no con diligencia ni eficacia- y por omisión o ausencia del mismo –la administración tiene el deber legal de prestar el servicio, pero no lo hace-.¹⁷

Bajo los criterios jurisprudenciales expuestos precedentemente, y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 187 del CPACA, en el sentido de que toda decisión judicial debe fundarse en las pruebas regular y oportunamente allegadas al proceso, las cuales deben ser apreciadas en su conjunto a la luz de las reglas de la sana crítica y de conformidad con los razonamientos jurídicos adecuados, en esa medida, en el *sub iudice* esta instancia judicial verifica lo siguiente:

¹⁷ Sentencia del 30 de noviembre de 2006, expediente No. 14.880.

Según la historia clínica del **Hospital San Vicente de Paul E.S.E.** aportada, se puede evidenciar:

Que Andrés Felipe Marín Paredes fue llevado por su madre el 26 de septiembre de 2015 en horas del mediodía al servicio de urgencias de dicho hospital por presentar fiebre no controlada con acetaminofén y por haber presentado convulsión, iniciándose por parte de los médicos manejo antipirético para controlar la fiebre sin medicamentos para para las convulsiones por no presentar nuevos episodios. No se evidenciaba foco de infección y por tanto se consideró que el cuadro era de origen viral.

Se dejó constancia en las anotaciones de las 15:09, 17:00 horas que el niño presentaba rash en extremidades, así como que los paraclínicos eran normales. Fue ordenado por parte del médico tratante dipirona 40-50% 300 MG IV diluida lenta cada 8 horas, así misma hidratación intravenosa. El niño fue ingresado a observación e internación para el manejo antipirético oral y endovenoso, siendo tratado los días 26, 27 y 28 de septiembre de 2015.

Para el día 27 de septiembre, en la valoración de las 03:17 horas se evidencia que el niño presentaba piel exantema papular de predominio en brazos, sin que se observe tratamiento alguno para ello, sino que se trataron los síntomas de fiebre y convulsiones febriles, dejándose consignado “sin foco de infección aparente” y que ante la no mejoría se continuaba con trámites de remisión para apoyo diagnóstico.

En la evolución de las 11:06 del mismo día 27, el médico tratante señaló: *“PIEL: LESIÓN EXANTEMÁTICA INESPECÍFICA A NIVEL DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES”*. También afirma: *SE CONSIDERA POSIBLE CUADRO DE ORIGEN VIRAL (SIN IDENTIFICACIÓN ETIOLOGÍA) SIENDO PERTINENTE LA VALORACIÓN Y MANEJO EN INSTITUCIÓN DE ATENCIÓN SUPERIOR, CON EL FIN DE EVITAR COMPLICACIONES Y OPTIMIZAR SU MANEJO”*.

De acuerdo con las notas de enfermería, para ese día el niño continuó con líquidos endovenosos permeables.

En las evoluciones del día 28 de septiembre se lee que el paciente continuaba con el tratamiento ordenado por el médico tratante, además en la revisión médica se lee: *“AL EXAMEN FÍSICO COMO ÚNICO DADO (SIC) IMPORTANTE LESIONES EXANTEMÁTICAS (SIC) TIPO MACULAS GENERALIZADAS”* y se decide dar egreso dejando las siguientes anotaciones; *“SE DECIDE DAR EGRESO CON MANEJO AMBULATORIOS, ANTE INSISTENCIA DE LOS PADRES PARA VALORACIÓN PARTICULAR CON SERVICIO DE PEDIATRÍA Y ANTE CUADRO DE ESTABILIDAD DEL PACIENTE SE HACE COMPROMISO A SEGUIMIENTO ESTRICTO DEL PACIENTE POR LA CONSULTA EXTERNA. ATENTOS A EVOLUCIÓN DEL CUADRO GENERAL DE PACIENTE SE DAN SIGNOS DE ALARMA...”* dándose el egreso al as 17:09 horas del día 28 de septiembre de 2015.

El niño Andrés Felipe Marín Paredes ingresó nuevamente al servicio de urgencias el día 29 de septiembre de 2015 a las 00:33 horas por presentar nuevamente fiebre, en la anamnesis el médico señaló: *“PACIENTE RECONSULTANTE CON CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN PICOS FEBRILES QUE CEDEN INTERMITENTEMENTE CON ACETAMINOFEN (10 CC) ASOCIADO A LESIONES PTEQUIALES GENERALIZAD CO PREDROMINIO EN MIMEMBROS SUPERIORES...”*

En el examen físico el médico de urgencia evidenció y consignó: *“Extremidades: (...) CON EDEMA DE MANO IZQUIERDA ERITEMATOSA, SIN LIMITACIÓN PARA LOS MOVIMIENTOS”*

En la nota de enfermería de las 7:30 se dejó descrito: *“SE RECIBE PACIENTE EN SALA DE OBSERVACIÓN PEDIÁTRICA (SIC) EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, SE OBSERVA RASH GENERALIZADO, **FLEBITIS EN MSI**, SE TOMA TEMPERATURA CON REPORTE DE 37.3 °C, ACCESO VENOSO EN MID...”*

Se dio egreso ese mismo día siendo las 10:30 horas con las siguientes anotaciones: *“PACIENTE PRESENTA EVOLUCIÓN SATISFACTORIA, CONSIDERÁNDOSE QUE NO CURSA CON CRITERIOS DE MANEJO HOSPITALARIO Y DANDO EGRESO EL DÍA 28/09/2015 CON NUEVO REINGRESO EL DÍA 29/09/2015 POR REAPARICIÓN (SIC) DE FIEBRE. SE SOLICITAN PARACLÍNICOS, CON REPORTE DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, SIN PRESENCIA DE LEUCOPENIA NI TROMBOCITOPENIA O ALTERACIÓN ALGUNA OTRA LÍNEA CELULAR SANGUÍNEA. SE REEVALORA A PACIENTE EVIDENCIÁNDOSE REGULACIÓN DE DISTERMINA SIN EVIDENCIA DE SIGNOS QUE SUGIERAN DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA O SIGNOS QUE SUGIERAN O INDIQUEN MANEJO HOSPITALARIO. PADRE DE PACIENTE REFIERE CONTROL POR EL SERVICIO DE PEDIATRÍA PROGRAMADO PARA EL DÍA DE HOY. SE DA EGRESO HOSPITALARIO CON RECOMENDACIONES, SIGNOS DE ALARMA, FÓRMULA MÉDICA Y CITA CONTROL. ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS EN CASO DE PRESENTAR ALGUN SIGNO DE ALARMA. SEGUIMIENTO POR EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA...”*

Nuevamente el niño fue llevado al servicio de urgencias del Hospital el día 01/10/2015 a las 08:27 horas, por presentar dificultad respiratoria. En el triage se indica: *“INGRESA EL DÍA DE HOY EN REGULAR ESTADO GENERAL, ALGIDO CON MUCOSAS SECAS, TAQUICÁRDICO, TAQUIPNEICO, CON RASH GENERALIZADO LLAMA LA ATENCIÓN SITIO DE VENOPUNCIÓN EN DORSO DE MANO IZQUIERDA CON ERITEMA EN (SIC) DORSO DE MANO Y COSTRA NECRÓTICA, SE DECIDE INICIAR CUBRIMIENTO ANTIBIÓTICO POR RIESGO DE CHOQUE SÉPTICO EN EL MOMENTO COMPENSADO Y TRÁMITES DE REMISIÓN AL SERVICIO DE CUIDADO CRÍTICO”*. Siendo diagnosticado con CHOQUE, NO ESPECIFICADO.

Sobre la prestación del servicio médico asistencial en el Hospital San Vicente de Paul E.S.E. de Fresno, el médico Germán Alfonso Vanegas Cabezas, perito designado señaló al sustentar su dictamen:

“Desde el punto de vista del manejo que le hicieron los médicos en el Hospital del Fresno, pues encuentro que ellos acorde con las condiciones, la capacidad instalada y el nivel de complejidad que constituye dicho Hospital pues hicieron lo que podían hacer, o sea dentro de la capacidad operativa hicieron lo que estaba a su alcance desde el punto de vista médico, y la dificultad enorme de atención en cuanto a la fiebre de este paciente que finalmente no se supo de qué origen podía ser esa fiebre, porque la circunstancia posterior, ese flebitis que produce fiebre es un evento que aparece posteriormente, o sea, no es el motivo de consulta, sino es algo que aparece después cuando ya el menor estaba recibiendo la atención y que no tuvo un diagnóstico, la presunción diagnóstica más cercana era precisamente el dengue que fue descartado en Meintegral”.

A partir de lo anterior, en principio podría considerarse que no existió una falla en el servicio médico por parte del hospital accionado, sin embargo, advierte el

Despacho conforme lo señalado por el mismo perito, que si bien la atención por parte de los galenos no tiene ningún reproche, sí existió al parecer una falla en el manejo asistencial por parte del área de enfermería en cuanto a los protocolos de asepsia y antisepsia, que según las conclusiones del galeno, pudo ser la causante de la infección por estafilococo que inició en el sitio de venopunción el niño Andrés Felipe Marín Paredes. Al respecto, el perito conceptuó:

*“Pero lo que sí es de relevancia es que dentro de las atenciones que fueron brindadas en el Hospital de Fresno **se debió presentar alguna circunstancia por parte de la intervención de enfermería que favoreció el desarrollo de la flebitis** y esa flebitis en ese momento y bajo esas características fue identificada en el Hospital del Fresno más el manejo que pudieran haber hecho pues no tuvo oportunidad de ser suficiente y más adelante cuando el niño ya está en poder y atención de Meintegral es que se identifica la existencia de esa flebitis, de esa celulitis abscedada y pues incluso ni siquiera fue el diagnóstico que pudiera hacer el especialista al intervenir sino que hubo un drenaje espontáneo de pus, lo cual significa que el niño estaba haciendo un absceso allí, eso llama la atención de los especialistas con todo lo que dije para haber hecho el manejo que hicieron y lograron a través de esa circunstancia recuperar al menor (...) la celulitis abscedada que se da en el sitio de venopunción de la mano izquierda se presente por alguna circunstancia que facilitó el desarrollo de esa celulitis al amparo de la atención en el Hospital del Fresno (...)*

Mas adelante agregó: *“El Estafilococo aureus es una bacteria saprofita que todos tenemos y es una permanente habitante de nuestra piel, lo cual hace una lesión que genere solución de continuidad en el tejido pueda en un momento dado pueda facilitar el ingreso de esa bacteria externa, por decirlo así, y al ingresar al cuerpo sea un agente importante generador de infección, ahora bien, si todos tenemos el estafilococo y uno trata de controlarlo a través de las técnicas de aseo, jabones antisépticos y demás técnicas que pueda utilizar una persona para tener control de esas gérmenes que están en la piel y que nos acompaña a diario, la posibilidad que hubiese generado una infección al interior del cuerpo, específicamente en este caso como se menciona una flebitis, pues corresponde fundamentalmente al resultado de un alguna técnica de venopunción que hubiese sido utilizada, no se menciona que hubiesen heridas de rascado, por ejemplo, por el rash que el niño presentaba, ni soluciones de continuidad por algún tipo de trauma que hubiera podido tener el niño porque no se menciona en ninguna de las historias que el niño tuviera sobre la piel algún tipo de lesión o algo que pudiese justificar y facilitar de esta manera la infección en el menor y que específicamente la historia clínica tanto del Hospital del Fresno como de Meintegral mencionan que están relacionadas con sitio de venopunción, pues desde el punto de vista estándar las técnicas para asepsia y antisepsia para los sitios de venopunción son universalmente conocidas y son parte fundamental de la actividad propia del servicio de enfermería que va a intervenir a una persona, **debo entonces, mencionar dos posibilidades que se abren en este momento, una es que no se haga suficiente aseo y antisepsia de la zona de venopunción y al ingresar la aguja y facilite con ella el arrastre del agente infeccioso para ser colocado a nivel vascular y en el tejido subcutáneo adyacente**, esa sería la primera,, y la segunda que también es universalmente conocida y estandarizada es que **yo no puedo dejar una venopunción demasiado tiempo, porque solo el hecho que exista una vía de continuidad en la que el material de la aguja, que en estos casos ya y en la modernidad es plástico, y en la piel adyacente facilitan un túnel de comunicación que entonces puede producir con el tiempo flebitis**, eso impone que todas las venopunciones tienen que estar identificadas y marcadas en el tiempo, (...) si yo le hago una canalización a un paciente una vez la fijo bien que no se mueva que no se me vaya a arrancar accidentalmente, una de las cosas que obligatoriamente debe hacer enfermería es escribir la fecha y la hora en que eso fue realizado para que cualquier personal de enfermería que complementa la atención verifique e identifique que tan viejita, por decir*

así, es esa venopunción porque impone la necesidad de ser cambiada periódicamente, entonces esas dos posibilidades estadísticas, este servidor no puede decir que hubo mala técnica y por eso se inoculó el agente infeccioso durante el proceso de venopunción, tampoco puedo decir que en un niño de esas edad, los movimientos, la intranquilidad del menor las condiciones pueden facilitar que haya mayor movimiento en las estructuras y en ese túnel que he mencionado pues se pueda diseminar el agente bacteriano, en este caso el estafilococo aureus meticilino sensible, que encontraron, de tal manera que ese fenómeno puede ser un fenómeno que se dé por cualquiera de esas alternativas. **Lo que, si es cierto como realidad ex post, es que efectivamente eso se presentó y que ese punto es el punto de origen un proceso séptico que desarrolla todo el cuadro clínico que ya mencioné (...)**

Ahora bien, tanto el perito como el médico Renato Trujillo Suarez, coincidieron en señalar que el estafilococo aureus es una bacteria presente en la piel de todos los individuos, y que una venopunción en cualquier parte del cuerpo puede ser causante de una infección al abrirse un canal de acceso, sin embargo el doctor Vanegas Cabezas señaló que existía un riesgo más alto de que el niño presentara alguna infección puesto que desde su ingreso al hospital este presentaba unas lesiones en la piel que fueron descritas inicialmente como un rash, que luego para el 28 de septiembre en la historia clínica como unas lesiones exantemáticas o maculas generalizadas, que de acuerdo con el perito: “muy seguramente, durante los procesos de atención en el menor, el menor debía tener un proceso dérmico que pudiese estar siendo generado señorita por ese estafilococo que como ya dije es un germen normal de la piel”.

Agregó el perito “(...) hay varios elementos que yo debo mencionar, la primera es que el niño en todas las consultas tiene lesiones en la piel, esas lesiones en la piel se describen inicialmente como un rash, luego como unas maculas, o sea como unas manchas, luego como unas lesiones, como dice el día 28 unas lesiones exantemáticas o maculas generalizadas, sin lesiones de mucosas, lo que si tengo que decirle es que muy seguramente, durante los procesos de atención en el menor, **el menor debía tener un proceso dérmico que pudiese estar siendo generado señorita por ese estafilococo que como ya dije es un germen normal de la piel.** Si es así y existe entonces ese elemento presente y que se reitera en las historias como un algo, como un hecho cierto y que fue identificado por los médicos que le atendieron y que vieron la evolución en el tiempo de esas lesiones, es muy probable que hubiese un incremento en las colonias bacterianas que pudieran estar disponibles en la piel del menor (...)

Afirmó posteriormente: “(...) Tal como ya lo hecho en esta audiencia existe una cadena de acontecimientos de carácter infeccioso generados por el germen originados en la flebitis y celulitis que estaba sobre infectada, que se abscedó a nivel de la mano, de allí la diseminación a todos los órganos y todo el cuadro clínico que ya es conocido, de tal manera que el punto de partida es ese, no existe en las historias clínicas referencia ninguna a otra posibilidad que pudiera haber sucedido, como por ejemplo, que se hubiese mencionado que el niño en ese momento tuviese un proceso de una erisipela, que justificara o que dijera es por eso es que el niño está todo brotado, tiene esas manchas, tiene ese rash, tiene ese todo, porque la erisipela es una de las enfermedades cutáneas que produce el estafilococo, pero si yo tengo esa infección en la piel y pues aplicó una aguja muy seguramente alguno de esos gérmenes por más que yo utilice técnicas de lavado, a menos que se utilicen antisépticos muy potentes, pues muy seguramente que alguno de esos gérmenes ingresa, y lo que si llama la atención, es que el niño tiene fiebre no tiene signos clínicos y sin embargo sus células de defensa están ahí, se van al piso, a 1700, ¿por qué? Ni idea, yo pensaría de pronto será que ese niño tiene una leucemia pero resulta que tampoco aparece el daño oncológico como un evento diagnosticado demostrado en el menor y que finalmente no ha existido para poder decir es que se bajaron las defensas porque el niño era un niño con un cáncer, no, y no hay una razón

para eso, pero en cambio sí puedo decir que las defensas bajas facilitan la infección, facilitan que el niño no se defiende y facilitan que una venopunción termine infectándose y produciendo todo ese cuadro clínico tan rápido, que si es propio en el tiempo, así de rápido por el estafilococo, a diferencia de otros agentes infecciosos también como me lo preguntada el apoderado del hospital, o sea, el periodo de incubación depende fundamentalmente también del germen y hablando del estafilococo es muy rápido en producir infección”

Esta demostrado en el proceso igualmente que el niño estuvo hospitalizado los días 26, 27 y 28 de septiembre de 2015 y allí le realizaron la canalización en la mano izquierda sin que se viera algún signo de flebitis (inflamación de la vena).

Alega la parte accionada que al niño le fue dada el alta médica el día 28 de septiembre de 2015 por insistencia de los padres, situación que está demostrada en la historia clínica, y que entre el alta y el reingreso del niño pudo presentarse la infección, sin embargo, advierte el despacho en primer lugar que el alta médica se dio por cuanto según los padres, el niño tenía una cita médica particular con la especialidad de Pediatría, y que el egreso del centro asistencial se dio a las 17:11 horas del día 28 de septiembre y que el reingreso ocurrió el 29 del mismo mes a las 00:33 horas, es decir que no transcurrieron sino 7 horas entre la salida y el nuevo ingreso a la sala de urgencias y que fue en esa atención donde ya se describen los signos de edema en mano izquierda eritematosa y flebitis en el miembro superior izquierdo descritos tanto por los profesionales en medicina como del área de enfermería, sin que hasta ese momento presentara algún signo de infección, por lo que fue dado de alta nuevamente, de acuerdo con la historia clínica y con lo señalado por el medico Renato Trujillo Suarez nuevamente para ser visto de forma particular por médico Pediatra.

Sobre esta visita al especialista en Pediatría, tanto en el relato que hiciera la madre del niño, señora Carmen Eliana Paredes Urrea como el medico Renato Trujillo Suarez, se indica que no fue elaborado por parte del especialista un resumen de atención ni una fórmula médica, pues según la madre del niño esta atención no ocurrió en ningún centro asistencial ni fue una cita formal, sino una revisión de “amigos” y que allí le fueron aplicados factores de transferencia (medicamento) pero de forma intramuscular en los glúteos, con ello se desvirtúa la teoría de la parte accionada relativa a que la infección pudo haber sido inoculada en la atención del médico pediatra, pues como está demostrado en el proceso con tanto con la historia clínica como con el dictamen pericial el lugar de inoculación (ingreso) de la bacteria ocurrió en la mano izquierda, precisamente el sitio de venopunción que se le había realizado en el Hospital de Fresno accionado.

El perito afirmó: “... el estafilococo aureus es un germen muy agresivo, es un germen deja un rastro cuando infecta a alguien, de tal manera que decir que hubiese estado presente como causa específica de la fiebre que motivó las consultas del menor (...) Diferente a la última hospitalización, porque en la última hospitalización cuando el niño ingresa con un cuadro respiratorio los elementos de información que arrojan están direccionados hacia un proceso infeccioso neumónico, o sea de los pulmones, y efectivamente lo que comprueban que el paciente tiene una neumonía multilobar severa y grave, de tal manera que ese momento es totalmente diferente a los otros momentos de atención y los signos son diferentes y si hubiese habido alguna exposición al estafilococo que infectara al menor pues el cuadro clínico hubiera sido totalmente diferente en las primeras consultas a que estamos haciendo referencia. **Por esa misma razón debo descartar que el niño tuviese una infección por estafilococo que hubiese sido la causa de las fiebres que lo llevaron a las primeras consultas.** el cuadro clínico hubiese sido totalmente diferente, si estamos hablando del germen que fue identificado que fue el estafilococo aureus resistente, es que él es muy agresivo, hubiera podido ser cualquier otro germen. Sin embargo, desde el punto de vista de la evolución normal, lo

típico, lo lógico, lo habitual es que un paciente llegue con fiebre, no se encuentre ningún tipo de sintomatología, la responsabilidad se le asigne a una virosis, casi uno podría decir que la mayoría de los colegas y de pronto uno mismo ha pecado en eso, cada vez que le dicen mire es que tengo fiebre, decir ah, eso es una virosis, como indicando no tiene nada, pero los virus son muy severos, en ese mismo orden de ideas, hablar de, como lo indiqué en un momento de mi intervención, fue tan rápida la evolución hacia el proceso neumónico que uno pudiese pensar que hubiera podido ser cualquier otra posibilidad, pero como posibilidad y no tener respaldo en la historia clínica ese perito no la mencionó, pero decir que un paciente adquiere una neumonía en comunidad en dos días pues es posible, y desarrolla una neumonía, que si fuere un H1N1 pues hubiera podido ofrecer un cuadro respiratorio tan severo en tan poquito tiempo, en esos dos días, pero tampoco hay mención a eso.”

Es así como para el día 1º de octubre el niño ingresó nuevamente al centro asistencial ya con signos de deterioro en su salud, pues presentó dificultad para respirar y se describe en la historia clínica que en sitio de venopunción en dorso de mano izquierda el niño presenta eritema y costra necrótica, es decir, con infección, por lo que se decide el manejo antibiótico y su remisión inmediata a un centro del mayor nivel de complejidad para ser tratado en unidad de cuidado crítico o intensivo.

Sobre este aspecto el perito señaló: “ ...Cuando ya el medico examina dice que hay una zona eritematosa, que hay un centro **negruzco o necrótico, entonces uno dice algo está pasando ahí, ese no es el resultado normal de un sitio donde se le colocó una aguja y luego se retiró, sino que algo está,** pero no hubo tiempo de hacer nada más porque el paciente dos días después estaba con una dificultad respiratoria muy severa y la atención se centró en la dificultad respiratoria y en la remisión del paciente, más no en la atención específica que pudiera tener una flebitis, o sea, con todo respeto no hay un seguimiento directo y específico a la flebitis que fuera diagnosticada, sino lo más importante era dificultad respiratoria y ante el riesgo de un paciente con un dengue y que se choqueara pues el trámite es la remisión y eso fue lo que aconteció...”

Análisis del Despacho

Como el mismo perito lo explicó, fue durante la estancia hospitalaria y a partir de la venopunción que se le hizo en su mano izquierda al paciente, que se facilitó el ingreso de la bacteria que se encontraba en la piel hacia un nivel vascular y ello fue producto, como lo explicó el perito, o de una falla en el proceso de asepsia y antisepsia, ora bien, porque se le dejó mucho tiempo la misma venopunción.

Conforme lo anterior, considera el Despacho que no existe duda en que se presentó una falla en el servicio, particularmente en el área de enfermería en el proceso de venopunción en la mano izquierda del paciente, que permitió que una bacteria presente en la piel ingresara y causara la grave afectación a la salud del niño Andrés Felipe Marín Paredes, y que tuvo que ser tratada a nivel quirúrgico y con estancia en Unidad de Cuidados Intensivos durante casi un mes, desvirtuándose así la férrea defensa de los protocolos de asepsia y antisepsia del Hospital que hizo el testigo médico en su declaración.

Aún cuando para este punto es clara ya la falla del servicio, conviene precisar que la infección adquirida por el paciente no tiene la característica de ser una infección nosocomial o cuando menos, así no se logró demostrar en el curso del proceso, pues el estafilococo es una bacteria que a partir del estudio de la historia clínica y de la sintomatología del paciente, probablemente ya la tenía Andrés Felipe en su piel al momento de ser llevado a la primera consulta por sus padres, incluso como lo explicó el Doctor Vanegas, se trata de una bacteria que frecuentemente está en

la piel de las personas. Concretamente al ser preguntado por el Despacho sobre si se trataba de una infección nosocomial, el perito contestó:

“En este caso tendría que decirle que no, y la justificación de esa respuesta tan contundente que puede eventualmente reñir con esas otras conclusiones que también y anteriormente lo he dicho, es que cuando el menor ingresa, ingresa por fiebre, ingresa por convulsión y tiene el rash, o sea ya lo tiene, ya lo lleva, pero ese fenómeno que tiene el menor de un trastorno dérmico puede avanzar rápidamente porque las defensas del niño, como ya lo he indicado varias veces, se fueron al piso, porque tiene una presencia del agente infeccioso muy seguramente en la piel responsable de ese rash y de esas maculas de ese eritema que tenía, en esos momentos, y durante el proceso de la atención médica pues es muy fácil “se hubiese podido facilitar” que eso que el niño tenía por fuera como lo he indicado, ingresara en el cuerpo del menor y fuera el responsable de todo lo que ya se conoce, pero lo que si le tengo decir es que no puedo con la información disponible decir que el niño llega sin esa patología y es en el Hospital del Fresno donde adquiere el agente infeccioso para que se pueda hablar de nosocomial y que entonces, esa deficiencia de control infeccioso en el hospital es responsable de lo que le pasó al menor, por qué a mi juicio médico, el niño llevaba alguna lesión dérmica que no se diagnosticó y esa lesión dérmica que tenía muy seguramente era por estafilococo, lo que ya dije y lo reitero en este instante, lo que ya puede favorecer todo el cuadro clínico es el hecho de que se rompa la piel y facilite el ingreso del germen al cuerpo del menor producto de la necesidad de las atenciones médicas que le brindaran en el hospital y eso es canalizar una vena.

*Sí es posible adquirir una infección por estafilococo de orden nosocomial en un centro asistencial, producto de una atención cualquiera de un servicio de salud, pero una de las características específicas para que se puede decir que es nosocomial significa que no había elementos que dijeran que era preexistente al acceso de la persona a los servicios médicos en la institución. Diferente a lo que yo le acabo de mencionar, porque lo que le acabo de mencionar y me baso solamente en la historia clínica, debo decir que el menor cuando ingresa, ingresa con esas lesiones dérmicas no son lesiones que se le producen después de la atención como podría suceder después de que le hicieron la venopunción, como podría suceder después de un procedimiento quirúrgico, como podría suceder con una hospitalización, como podría suceder, porque es que es una historia clínica que no corresponde a la que nosotros estamos analizando; en el caso particular y específicamente se debe indicar que el paciente desde que llega la primera vez el paciente presenta manifestaciones de alteración cutánea y esas manifestaciones de alteración cutánea es la que llama la atención, sin embargo, quiero indicar que para el día 4 por ejemplo, para el mes 4, que es el mes de abril, uno de los aspectos que se indica en la historia, es sin alteraciones de piel, ahí no hay alteraciones de piel pero el niño sí llega con convulsión y llega con fiebre, cuando ya asiste en otra ocasión u el paciente ingresa, con la fiebre con la convulsión en ese momento la historia clínica si hace referencia a la existencia de esas alteraciones en la piel, entonces en ese momento y esa situación me lleva y me permite decirle al Despacho que el paciente de alguna forma tenía esa infección en su hogar y que consulta para en el mes de septiembre al hospital y en el hospital ya lleva eso, **se lo puedo decir con la firmeza de leer la historia clínica** donde digo que **el 26 de septiembre a las 15:09 el médico de urgencias menciona “fotoscopia normal, orofaringe congestiva sin exudados, rash en extremidades”, es algo que ya viene con el menor** y ese es el momento en que el paciente ingresa en ese segundo evento y que ya trae esa manifestación pero avanza muy rápido, porque en ese momento menciona que tiene un rash luego ya menciona que tiene unas maculas, luego que tiene unas pápulas, ese tipo de circunstancias hace que avance muy rápidamente, eso me lleva a tener la posibilidad diagnóstica de que hay una lesión que es una lesión exantemática que ya tiene como lo dice la historia para el día 26, para el día 27, en la nota medica de evolución de las tres de la mañana, donde el medico específicamente*

escribe "PIEL. EXANTEMA PAPULAR DE PREDOMINIO EN BRAZOS", entonces en ese momento ese tipo de alteración podría haber sido como lo fue observada por el médico también por el personal de enfermería pudieron haber hecho unas maniobras habituales o tradicionales pero ante la posibilidad de tener una contaminación dérmica por el estafilococo y especialmente como menciona al decir en predominio en brazos pues yo hubiera buscado canalizar en otro lado, porque era el sitio donde más lesiones, tenía entonces si tengo lesiones por estafilococo que pueden estar ahí en la piel el hecho de que yo canalice pues se convierte en la posibilidad más alta de que yo a través del paso de la aguja lleve los gérmenes que están en el exterior, en este caso estafilococo al interior y produzca entonces todo el cuadro clínico de la flebitis, la celulitis y el absceso como la historia clínica muestra, sucedió".

Conforme lo anterior para el Despacho es claro que no se puede aplicar en el sub examen el régimen objetivo de responsabilidad por la infección intrahospitalaria, sino como quedó demostrado en el caso concreto, se presentó una falla en el servicio asistencial de enfermería, pues al parecer no se cumplieron los protocolos de asepsia y antisepsia necesarios, más para un paciente que presentaba un rash en sus extremidades superiores.

Por lo anterior, está claramente demostrada la falla del servicio, desvirtuándose el argumento exceptivo denominado "*debida diligencia en la prestación del servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Paul E.S.E de Fresno*",

5.3. DEL NEXO CAUSAL

El último elemento que determina la responsabilidad estatal corresponde a la necesaria relación de causalidad que debe existir entre el daño y la falla del servicio de enfermería procurado al paciente por parte del hospital accionado.

Al respecto, es nuevamente obligada la remisión al dictamen pericial practicado, a partir de cuya conclusión, considera también el Despacho que de no haberse presentado la infección en la mano izquierda de Andrés Felipe, producto de la venopunción realizada en el Hospital San Vicente de Paul de Fresno, no se hubieran presentado la cadena de acontecimientos que llevaron al severo compromiso de su estado de salud, ocasionando sepsis y poniendo incluso en riesgo su estabilidad y supervivencia, quien debió recibir un tratamiento médico quirúrgico agresivo y estancia en UCI y hospitalización por casi un mes.

Con respecto a la excepción que se tituló "*El deber de la víctima de evitar o mitigar su daño*", si esta se enfocaba en una culpa de la víctima, la misma no se demostró, menos que hubiese sido exclusiva y determinante en la causación del daño.

6. LA INDEMNIZACIÓN DE PERJUICIOS

En este punto el despacho debe empezar por señalar que al proceso se presentan como demandantes los señores Carmen Eliana Paredes Urrea, Mauricio Andrés Marín Osorio en nombre propio y en representación como padres del niño Andrés Felipe Marín Paredes, y los señores Manuel Paredes Barcias y Maricela Urrea Gómez, estos últimos indican ser los abuelos del niño.

Se advierte que en la demanda las pretensiones fueron formuladas de la siguiente manera:

"2.1 Para el niño AFMP

2.1.1. Perjuicios morales, los cuales se estiman en la suma de noventa (90) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

2.1.2. Perjuicios derivados de daño a la salud los cuales se estiman en la suma de noventa (90) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

2.1.3. Perjuicio derivado del daño a la vida de relación los cuales se estiman en noventa (90) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

2.2. Para los padres del menor de edad, los señores CARMEN ELIANA PAREDES URREA Y MAURICIO ANDRÉS MARÍN OSORIO, los siguientes:

2.2.1. Perjuicios Morales los cuales se estiman en la suma de setenta (70) salarios mínimos legales mensuales vigentes

2.2.2. Perjuicios Materiales los cuales se estiman en CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE

2.3. Para los abuelos del niño, señores MARICELA URREA GÓMEZ Y MANUEL PAREDES BARCIAS:

2.3.1. Los perjuicios morales, los cuales se estiman en la suma de cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes”

6.1. DE LOS PERJUICIOS MORALES

La reparación del daño moral tiene su fundamento en el dolor o padecimiento que se causa a la víctima directa, familiares y demás personas allegadas.

El Consejo de Estado¹⁸, con fines de estandarización judicial, ha sugerido los montos a reconocer en caso de lesiones, los cuales están ligados al porcentaje de pérdida de capacidad laboral que las mismas hayan ocasionado.

En el caso concreto, se tiene que el niño Andrés Felipe Marín Paredes, debido a la falla en el servicio que se presentó por parte del personal de enfermería del Hospital San Vicente de Paul de Fresno en la que se le permitió el ingreso de la bacteria estafilococo a su sistema vascular en el procedimiento de venopunción, que evolucionó a celulitis, luego a absceso y posteriormente por vía hematogena se diseminó formando abscesos a distancia en región axilar derecha y neumonía multilobal con marcada gravedad por ocasionar un choque séptico que requirió manejo en UCI, intervenciones quirúrgicas y una hospitalización de casi un mes.

Pese a conocerse la gravedad de su estado de salud y las complicaciones que cursaron en la atención de las patologías desarrolladas a partir de la infección por estafilococo, dentro del expediente no se estableció que hubiese padecido pérdida de capacidad laboral alguna como consecuencia de tales lesiones, por lo que no se puede acudir a la tabla establecida por el Consejo de Estado para tales eventos.

Sin embargo, se debe precisar que no solamente a partir de la pérdida de capacidad laboral es posible hacer una justipreciación del daño moral, ya que la tabla que hace el Consejo de Estado en su providencia del 28 de agosto de 2014, no contempla otros aspectos que también influyen en la gravedad del perjuicio moral y que igualmente deben ser criterio para su fijación, aún sin que exista pérdida de capacidad laboral o la misma no se alegue al menos, tales como una

¹⁸ Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera, sentencia de unificación jurisprudencial del 28 de agosto de 2014, rad. 27709, M.P. Carlos Alberto Zambrano.

afectación funcional o estética, la edad del afectado al momento de padecer el daño, aspecto que en ese caso se torna relevante, pues se trató de un niño de 4 años de edad, que se vio sometido a un miedo y zozobra, exacerbado al estar bajo el cuidado de personal médico y para él extraño, separado de sus padres en una unidad de cuidado intensivo, donde el acceso de los familiares es controlado y restringido, por lo que dicho padecimiento y angustia también hubo de irradiar en sus seres más cercanos, en este caso sus padres y abuelos, quienes acreditaron el vínculo del parentesco con el que se presentaron como demandantes al proceso y cuya afectación moral se presume por esa cercanía consanguínea.

Por lo anterior, el Despacho acude para la tasación de los perjuicios morales, a lo advertido por dicho Cuerpo Colegiado en su Sala Plena de la Sección Tercera en providencia del 28 de agosto de 2014, que al respecto señaló:

*“Al respecto la Sala advierte que, de acuerdo con la jurisprudencia de la Corporación¹⁹ y por aplicación de máximas de la experiencia, **es posible inferir que quien ha padecido dolencias físicas ha sufrido también perjuicios morales, de manera tal que, en el caso bajo análisis, hay lugar a reconocer al actor una indemnización por dicho concepto²⁰”.***

Luego entonces, teniendo en cuenta que la gravedad del daño a la salud del paciente, su estancia hospitalaria que cursó por 28 días a partir de la remisión a Meintegral, las intervenciones quirúrgicas y el dolor que debió soportar, el Despacho, acudiendo al arbitrio juris, fijará una indemnización que se considera acorde con las lesiones y la angustia padecidas.

Entonces, esta se reconocerá para el directo afectado y sus padres, en una suma equivalente a veinte (20) salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de ejecutoria de esta providencia para cada uno y el equivalente a diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de ejecutoria de esta providencia a favor de cada uno de sus abuelos.

6.2. DAÑO A LA SALUD

En cuanto a la petición de reconocimiento del daño a la vida de relación, se debe tener en cuenta que la Jurisprudencia de Unificación de la Sección Tercera del H. Consejo de Estado, datada 28 de agosto de 2014 Expediente No. 32988, M.P. Ramiro Pazos Guerrero, determinó que se reconocen **únicamente** tres tipos de perjuicios inmateriales: *perjuicio moral, daño inmaterial por afectación a bienes o derechos convencional y constitucionalmente amparados y daño a la salud*, derivado de una lesión corporal o psicofísica.

En efecto, el órgano de cierre adoptó el criterio según el cual, cuando se demanda la indemnización de daños inmateriales provenientes de la lesión a la integridad psicofísica de una persona, ya no es procedente referirse al perjuicio fisiológico o al daño a la vida de relación o incluso a las alteraciones graves de las condiciones de existencia, sino que es pertinente hacer referencia a una nueva tipología de perjuicio, denominada **daño a la salud**.

¹⁹ Sección Tercera, sentencia de 10 de julio de 2003, exp. 14083, C.P. María Elena Giraldo Gómez. En el mismo sentido, puede consultarse la sentencia de esta Subsección proferida el 14 de abril de 2011, exp. 20587, C.P. Danilo Rojas Betancourth. Allí se dijo: “26. *Demostradas las relaciones de parentesco existentes entre los demandantes puede inferirse, aplicando las reglas de la experiencia, que entre ellos existe un lazo afectivo y, por lo tanto, que sufrieron pena, aflicción y dolor a causa de las lesiones sufridas por su padre, hermano, hijo y compañero, lo cual los legitima para reclamar la reparación de los perjuicios causados*”.

²⁰ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sala Plena. Consejero ponente: DANILO ROJAS BETANCOURTH. Bogotá D. C., veintiocho (28) de agosto de dos mil catorce (2014), Radicación número: 25000-23-26-000-2000-00340-01(28832)

Este tipo de daño se implementó en aras de abandonar la línea jurisprudencial que sobre este punto se había fijado y que indemnizaba por una parte el daño corporal sufrido y, de otra, las consecuencias que el mismo generaba tanto a nivel interior (alteración de las condiciones de existencia), como exterior denominado daño a la vida de relación, para *“delimitar un daño común (lesión a la integridad corporal) que pudiera ser tasado, en mayor o menor medida, a partir de parámetros objetivos y equitativos, con apego irrestricto a los principios constitucionales de dignidad humana e igualdad”*. En esta medida el daño a la salud *“siempre está referido a la afectación de la integridad psicofísica del sujeto, y está encaminado a cubrir no sólo la modificación de la unidad corporal, sino las consecuencias que las mismas generan”*, lo cual implica que no puede desagrégarse en otros conceptos¹⁹.

Bajo estos parámetros se reconoce este tipo de daño **únicamente a la víctima directa del hecho dañoso** y para su indemnización se tiene en cuenta la regla consagrada entre 10 y 100 salarios mínimos²⁰ legales mensuales vigentes de acuerdo a la siguiente tabla:

GRAVEDAD DE LA LESIÓN	Víctima
Igual o superior al 50%	100 SMMLV
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80 SMMLV
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60 SMMLV
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40 SMMLV
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20 SMMLV
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	10 SMMLV

Como se dijere al estudiar el quantum del daño moral, ante la falta de calificación de pérdida de capacidad laboral de la víctima directa, pero por otro lado demostrada la gravedad de las lesiones causadas en su salud, se reconocerá a favor del niño Andrés Felipe Marín Paredes la suma equivalente a veinte (20) salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de ejecutoria de esta providencia.

6.3. DE LOS PERJUICIOS MATERIALES

Se solicita en la demanda como pretensión por concepto de perjuicios materiales la suma de cuatro millones de pesos (\$ 4.000.000).

Ahora bien, dentro del proceso está probado que los padres del niño asumieron el costo del traslado en ambulancia desde el Municipio de Fresno a la ciudad de Manizales por valor de \$ 200.000 (fl. 2 cdo, pruebas parte demandante)

También está probado que el niño estuvo en internado en la Clínica Meintegral durante el 1º al 29 de octubre de 2015 y se encuentra dentro del expediente la factura de venta No. 4696 del 1º de noviembre de 2015 expedida por el Hospedaje La Enca de Manizales, por valor de \$ 1.073.015 (fl. 92 cdo. Principal), documento que no fue tachado por la parte accionada, por tanto, el Despacho le da validez al mismo.

Así las cosas, los perjuicios materiales en la modalidad de daño emergente probados en el proceso ascienden a la suma de un millón doscientos setenta y tres mil quince pesos (\$ 1.273.015,00), suma que deberá ser actualizada con la fórmula establecida por el Consejo de Estado, como se pasa a ver:

$$VA = VH \times \frac{\text{-----}}{\text{ÍNDICE INICIAL}}$$

Donde el VH = \$ 1.273.015
 IPC FINAL (agosto de 2021) = 109.62
 IPC INICIAL (octubre de 2015) = 86.98

En consecuencia:

$$VA = \$ 1.273.015 \times \frac{109.62}{86.98} = \$ 1.604.368$$

Del anterior análisis matemático emerge que el valor que deberá cancelar la entidad demandada como indemnización actualizada por concepto de daño emergente será la suma de UN MILLÓN SEISCIENTOS CUATRO MIL TRESCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS (\$1.604.368).

7. CONCLUSIÓN

Al analizar en conjunto las pruebas, se pudo establecer que hubo una falla en el servicio en el componente de la atención por enfermería al momento de realizar la venopunción en la mano izquierda del paciente en la atención brindada el día 26 de septiembre, pues a partir de la falla en los protocolos de asepsia y antisepsia, se permitió y facilitó el ingreso de la bacteria estafilococo en el sistema vascular al niño Andrés Felipe Marín Paredes, que terminó causando tanto la sepsis como la neumonía y demás complicaciones que requirieron manejo médico quirúrgico y estancia en UCI y ello, porque a pesar de observarse el rash que presentaba en sus extremidades, no se tomaron las precauciones necesarias para impedir que la bacteria presente en la piel del niño ingresara al torrente sanguíneo a través del canal de acceso abierto por la aguja.

8. COSTAS

Al resultar prósperas las pretensiones de la demanda, es claro que la parte demandada ha sido vencida en el proceso (Art. 365-1 del C. G. del P.) y al no tratarse de un asunto en el que se ventile un interés público (Art.188 del C.P.A.C.A), es menester del Despacho realizar la correspondiente condena en costas a favor de la demandante, para lo cual se toma además en consideración, que hubo de incurrir en gastos tales como los necesarios para la notificación a la parte demandada, honorarios de perito, etc, por lo que se fijará la suma de \$3.500.000 como agencias en derecho y se ordenará que por Secretaría se realice la correspondiente liquidación de las costas de los gastos procesales, en los términos del artículo 366 del Código General del Proceso.

En mérito de lo expuesto el **Juzgado Tercero Administrativo Oral del Circuito de Ibagué**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

PRIMERO: DECLARAR que la demandada HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL E.S.E. DE FRESNO, es administrativa y patrimonialmente responsable por el daño antijurídico causado a los demandantes a título de falla en el servicio.

SEGUNDO: CONDENAR a la demandada HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL E.S.E. DE FRESNO a pagar como indemnización perjuicios morales, las siguientes sumas de dinero:

A favor del niño ANDRÉS FELIPE MARÍN PAREDES	La suma equivalente a VEINTE (20) salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de ejecutoria de esta sentencia.
A favor de CARMEN ELIANA PAREDES URREA	La suma equivalente a VEINTE (20) salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de ejecutoria de esta sentencia.
A favor de MAURICIO ANDRÉS MARÍN OSORIO	La suma equivalente a VEINTE (20) salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de ejecutoria de esta sentencia.
A favor de MARICELA URREA GÓMEZ	La suma equivalente a DIEZ (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de ejecutoria de esta sentencia.
A favor de MANUEL PAREDES BARCIAS	La suma equivalente a DIEZ (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de ejecutoria de esta sentencia.

TERCERO: CONDENAR a la demandada HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL E.S.E. DE FRESNO, a pagar como indemnización por daño a la salud, la suma equivalente a VEINTE (20) salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de ejecutoria de esta sentencia, a favor del niño ANDRÉS FELIPE MARÍN PAREDES.

CUARTO: CONDENAR a la demandada HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL E.S.E. DE FRESNO, a pagar como indemnización por perjuicios materiales – daño emergente, la suma de UN MILLÓN SEISCIENTOS CUATRO MIL TRESCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS (\$1.604.368)

QUINTO: CUARTO: CONDENAR en costas de esta instancia a HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL E.S.E. DE FRESNO. Tásense, tomando en cuenta como agencias en derecho la suma de TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$3.500.000).

SEXTO: DENEGAR las demás pretensiones de la demanda.

SÉPTIMO: A la presente sentencia se le dará cumplimiento en los términos de los artículos 192 y 195 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

OCTAVO: Para el cumplimiento de esta sentencia expídanse copias con destino a las partes, con las precisiones del artículo 114 del Código General del Proceso. Las copias destinadas a la parte actora serán entregadas al apoderado judicial que ha venido actuando.

NOVENO: Ejecutoriado el presente fallo y liquidadas las costas, archívese el expediente, previa las anotaciones de rigor.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



DIANA CAROLINA MÉNDEZ BERNAL
Jueza

Firmado Por:

Diana Carolina Mendez Bernal
Juez Circuito
Juzgado Administrativo
Oral 3
Ibague - Tolima

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:

e19a8fcfbe61342e9768b21ffc0844a21c2d2a160309931652e15547d5054d5a
Documento generado en 27/09/2021 02:06:11 AM

Valide este documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>