



*Consejo Superior  
de la Judicatura*

**REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO  
JUZGADO SÉPTIMO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
JUDICIAL DE TUNJA**

**JUEZ: ADRIANA ROCÍO LIMAS SUÁREZ**

Tunja, diecisiete (17) de Septiembre de dos mil dieciocho (2.018).-

**RADICACIÓN No. 15001-33-31-007-2010-00170-00**  
**DEMANDANTE: JUAN HERIBERTO SANABRIA Y OTROS**  
**DEMANDADO: E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**  
**Y OTROS**  
**MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA**

En virtud del informe secretarial que antecede, y en presencia de los presupuestos procesales y en ausencia de causal de nulidad alguna que invalide lo actuado, procede el Despacho a dictar sentencia de fondo dentro del proceso de la referencia.

**I. SÍNTESIS DE LA DEMANDA**

Los ciudadanos JUAN HERIBERTO SANABRIA e HILDA LEÓN RINCÓN, actuando a nombre propio y en representación de su menor hija SELENE CATALINA SANABRIA LEÓN, JORGE ADOLFO SANABRIA LEÓN, JENNY LUCERO SANABRIA LEÓN y MARÍA MARCELA RINCÓN DE LEÓN acuden ante esta jurisdicción a fin de instaurar demanda de REPARACIÓN DIRECTA prevista en el artículo 86 del C.C.A. contra la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA y la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, para que previos los trámites legales, en sentencia, se pronuncie en forma favorable sobre las siguientes:

**1. Pretensiones.**

Se declare extracontractual y administrativamente responsable a la parte demandada de los perjuicios causados a los demandantes con ocasión de la muerte del menor RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN como consecuencia de la indebida y tardía atención realizada al menor en las instalaciones de los Hospitales Regional de Duitama y San Rafael de Tunja, irregularidades que concluyeron con la muerte del menor el día 17 de junio de 2008.

Como consecuencia de la anterior declaración, solicitan se condene a la parte demandada a pagar a los demandantes por concepto de perjuicios morales, las siguientes cantidades:

- Para JUAN HERIBERTO SANABRIA, 100 S.M.L.M., en calidad de padre de la víctima.
- Para HILDA LEÓN RINCÓN, 100 S.M.L.M., en calidad de madre de la víctima.
- Para JORGE ADOLFO SANABRIA LEÓN, 100 S.M.L.M., en calidad de hermano de la víctima.
- Para JENNY LUCERO SANABRIA LEÓN, 100 S.M.L.M., en calidad de hermana de la víctima.
- Para SELENE CATALINA SANABRIA LEÓN, 100 S.M.L.M., en calidad de hermana de la víctima.
- Para MARÍA MARCELA RINCÓN DE LEÓN, 100 S.M.L.M., en calidad de abuela de la víctima.

Así mismo, solicita se condene a la parte demandada a pagar a los señores JUAN HERIBERTO SANABRIA e HILDA LEÓN RINCÓN, por concepto de perjuicios materiales, la suma de \$175.761.000 correspondiente al valor del 50% del salario mínimo legal mensual vigente para la época de la muerte del menor (\$496.500) multiplicado por los meses de esperanza de vida (708) de acuerdo a las tablas de la Superintendencia Financiera.

Que las anteriores sumas sean indexadas con base en el IPC; que la sentencia se cancele y tenga los ajustes económicos previstos en los artículos 176 y siguientes del C.C.A., y se condene en costas y agencias en derecho a la parte demandada

## **2. Fundamento fáctico.**

Se indica en el escrito de demanda que la señora MARÍA MARCELA RINCÓN DE LEÓN es madre de la señora HILDA LEÓN RINCÓN y que esta última convive en unión marital de hecho con el señor JUAN HERIBERTO SANABRIA. Que de la anterior unión nacieron JORGE ADOLFO, JENNY LUCERO, RAFAEL GUILLERMO (q.e.p.d.) y SELENE CATALINA SANABRIA LEÓN; grupo familiar caracterizado por sus excelentes relaciones regidas por el cariño, ayuda mutua y valores morales.

Señalan que en el mes de diciembre de 2007, el menor RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN, quien para dicha época contaba con 16 años de edad, se vio obligado a viajar a la ciudad de Santa Marta, en la cual una tía le brindaba la posibilidad de laborar para que pudiera culminar sus estudios de secundaria y colaborar económicamente a sus padres.

Que, para el mes de marzo de 2008, el menor comenzó a sentir varios quebrantos de salud con síntomas como fiebre, dolor de

cabeza y huesos, vómito y diarrea, por lo que fue atendido en urgencias en la ciudad de Santa Marta. Que en vista de que el continuaba con los referidos síntomas, el menor decidió viajar a la ciudad de Duitama, y el 30 de marzo de 2018, ingresó por urgencias a la E.S.E. Hospital Regional de Duitama donde le fueron practicados varios exámenes a partir de los cuales los médicos le diagnosticaron anemia y trombocitopenia, lo que obligó a los galenos a realizarle transfusiones de sangre.

Manifiestan que durante los 7 días que permaneció el menor en el Hospital de Duitama, los síntomas persistieron y solo presentaba mejorías leves de corta duración, lo que obligó a los médicos de dicha institución a realizarle un TAC el cual teóricamente reflejó normalidad, sin embargo, con posterioridad el menor es diagnosticado con Bicitopenia, siendo indispensable la transfusión de plaquetas hecho que fue imposible teniendo en cuenta que dicha institución no contaba con ese servicio.

Que, en virtud de lo anterior, el menor RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN fue trasladado a la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja donde le fueron practicados los exámenes de rigor y donde le diagnosticaron nuevamente anemia y trombocitopenia. Que teniendo en cuenta los síntomas y el diagnóstico del menor, se llevó a cabo una evaluación por parte de los profesionales en medicina interna, neurología, psicología, hematología, terapia física, terapia respiratoria y nutrición; personal que no poseía especialidad alguna en pediatría; adicionalmente en varias ocasiones fue necesario remitir al menor a la Unidad de Cuidados Intensivos como consecuencia del incierto y grave estado de salud.

Precisan que la mala atención del paciente se confirmó el 06 de abril de 2008, con evidente negligencia por parte del Hospital San Rafael de Tunja, al no poderse realizar la toma de unos exámenes teniendo en cuenta que la entidad no contaba con los elementos necesarios para dicho procedimiento (frascos para hemocultivos), e igualmente se agotaron las existencias del medicamento a suministrar (metronidazol).

Sostienen que durante el tiempo de hospitalización el estado de salud del menor se fue deteriorando, sin que el personal médico lograra establecer el origen de la enfermedad, hasta el punto que los mismos médicos informaron a la familia que desde un inicio el caso era "*perdido*", dejando al menor en una habitación en la cual se colocó un letrero de aislamiento por "*virus contagioso*".

Aducen que el día 13 de abril de 2008, el menor presentó complicaciones, sin que el médico internista ni el especialista se encontraran en las instalaciones del Hospital San Rafael de Tunja, procediendo a recetar telefónicamente al paciente sin revisar la historia y sin ningún tipo de valoración.

Dice que el 25 de abril de 2008, se remitió al menor al Hospital de la Misericordia de la ciudad de Bogotá, caracterizado por su especialidad en pediatría, con el propósito de realizarle unos exámenes de hematología, sin embargo, teniendo en cuenta el grave estado de su salud, el menor no pudo salir de dicha institución. Que desde la llegada del niño RAFAEL GUILLERMO SANABRIA, el personal del Hospital La Misericordia al abrir la historia clínica dejó constancia escrita de la falta de claridad en la historia remitida por la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja.

Precisa que durante los dos meses siguiente al ingreso del menor al Hospital La Misericordia, su estado de salud se deterioró como consecuencia de la falta de atención oportuna en los hospitales que lo remitieron, presentando para el 16 de junio de 2008, las siguientes deficiencias en salud: i) PURPURA TROMBOCITOPENICA TRONBOTICA, ii) ANEMIA EMOLITICA NO INMUNE, iii) CRISIS CONVULSIVAS RESUELTAS, iv) ACCIDENTES ISQUEMICOS TRANSITORIOS, v) SINDROME MENTAL ORGANICO, vi) FALLA RENAL, vii) DESACONDICIONAMIENTO FISICO, viii) SINDROME ANEMICO POLI TRANSFUNDIDO, ix) SINDROME FEBRIL, x) CHOQUE VASODILATADO, y xi) SANGRADO.

Que el 17 de junio de 2008, el menor RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEON sufre un paro cardiorrespiratorio que le produce la muerte.

### **3. Fundamentos de derecho.**

Como fundamentos de derecho indica el artículo 90 de la Constitución Nacional, los artículos 86, 136, 137, 206 y ss. del C.C.A., y la Ley 1285 de 2009.

Señala que el personal médico integrante de las entidades demandadas, principalmente la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja, incurrió en una **falla del servicio** médico cuando decide por su cuenta y riesgo asumir la atención del menor RAFAEL GUILLERMO SANABRIA a sabiendas que por tratarse de un menor de edad desde el inicio de su valoración debió estar acompañado del personal idóneo y especializado que pudiese evaluar correctamente la patología que desde un principio se mostró incierta; por tanto, al asumir un riesgo para el cual no se estaba preparado implica que el servicio público de salud falló.

Resalta que en el sub lite se da una **falla presunta**, pues la muerte del menor ocurrió como consecuencia de una actuación irregular de las entidades, principalmente la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja, centro hospitalario donde se evidencia la materialidad de una atención irresponsable, situación frente a la cual la jurisprudencia nacional exige

la simple prueba del perjuicio por parte de los demandantes, presumiéndose que el servicio falló.

Que igual manera, se presenta un **daño especial y riesgo excepcional**, pues como consecuencia de la prestación de un servicio público (seguridad social), se causó la muerte del menor, circunstancia a partir de la cual se impuso una carga a los familiares de la víctima, inequidad que los mismos no están obligados a asumir debiendo el Estado reparar por lo menos pecuniariamente el daño que causó, garantizando la igualdad de los asociados frente a las cargas públicas que el estado colombiano le impone. Que nos encontramos frente a un daño causado mediante una actividad legal, como lo es el servicio público de seguridad social.

Manifiesta que la teoría del **daño antijurídico** tiene vigencia en el presente caso, pues por generar el Estado un perjuicio a los particulares, sin que exista justificación legal para el mismo, debe la administración reparar patrimonialmente el daño que causó en los términos del artículo 90 de la Constitución Nacional.

## II. ACTUACIÓN PROCESAL

La demanda fue presentada el 22 de julio de 2010 (fl.16 Vto.), siendo asignada a este Despacho mediante acta individual de reparto de la misma fecha (fl.354), posteriormente, a través de auto calendado del 25 de agosto de 2010, se dispuso su admisión (fls.356-357), surtida la etapa de la notificación a los demandados (fls.362-364) el proceso se fijó en lista por el término de 10 días comprendido entre el 19 de mayo y el 01 de junio de 2011 (fl.365), término dentro del cual las entidades accionadas presentaron contestación la demanda (fls.370-387, 671-686).

Por auto de 24 de agosto de 2011 (fls.697-700) se admitieron los llamamientos en garantía efectuados por el apoderado judicial de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja, y en consecuencia, se dispuso la vinculación de Seguros del Estado S.A., la Cooperativa de Trabajo Asociado para la Comercialización de Productos y Servicios "CICODIS", la Cooperativa Nacional de Neurociencias "NEUROCOL", Compañía de Seguros La Previsora S.A., y Cooperativa de Trabajo Asociado de Médicos Internistas "INTERCOOP", en virtud de los diferentes contratos de seguro y contratos de prestación de servicios suscritos con el Ente Hospitalario accionado.

Con auto de fecha 06 de marzo de 2013 (fls.803-807), se declaró sin efecto vinculante el llamamiento en garantía de la Cooperativa de Trabajo Asociado de Médicos Internistas "INTERCOOP" y la Cooperativa de Trabajo Asociado para la Comercialización de Productos y Servicios "CICODIS".

Por auto de fecha 09 de abril de 2014 (fl.815), adicionado mediante auto de 28 de mayo de 2014 (fl.819), y modificado por auto de 12 de mayo de 2015 (fls.844-846) se decretaron las pruebas del proceso, concluida la etapa probatoria, mediante providencia del 06 de mayo de 2016 (fls.1037-108), se corrió traslado a las partes por el término común de 10 días para alegar de conclusión, término dentro del cual las partes presentaron los respectivos alegatos de conclusión (fls.1039-1061).

Luego, mediante auto de 24 de junio de 2016 (fls.1071-1072), se dispuso vincular como parte demandada a la Fundación Hospital de la Samaritana, vinculación que fue dejada sin efectos mediante providencia de 12 de diciembre de 2017 (fls.1091-1092). Finalmente, el proceso ingresa al Despacho el día 22 de enero de 2018, para proferir sentencia (fl.1096).

### **III. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA**

#### **1. E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA (fls.370-387)**

Manifiesta oponerse a todas y cada una de las pretensiones de la demanda, teniendo en cuenta que la atención prestada al paciente RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN se ajustó a los protocolos médicos y a la lex artis, de manera oportuna, eficiente, eficaz, diligente, pertinente y con la pericia de cada uno de los profesionales médicos.

Señala que la atención prestada por la E.S.E Hospital San Rafael de Tunja correspondió a la pericia, diligencia y oportunidad del personal asistencial, y consecuencial a la orden de remisión del paciente del Hospital Regional de Duitama, con base en los diagnósticos iniciales encontrados, cuestionamientos planteados y antecedentes del paciente. Indica que el paciente presentaba comportamiento y variables morfo-fisiológicas de adulto y por ello fue valorado por medicina interna, neurología, hematología, terapia física, terapia respiratoria, nutrición, psicología, llevando una atención integral y con la presencia de profesionales capacitados. Que no existían parámetros clínicos que supusieran la atención por el servicio de pediatría, por tratarse de un menor adulto de 16 años, con talla de 1.78 metros de altura y 73 kilogramos, visible en cada uno de los registros clínicos, precisando que en Colombia no existe norma que en forma explícita determine qué grupo de edad valora el pediatra o el médico especialista en medicina interna.

Dice que no es cierto que el personal médico no encontraba la etiología de la enfermedad, pues contrario a lo afirmado por el apoderado de la parte actora, a partir de las historias clínicas se establece que a partir de su ingreso el 06 de abril de 2008, al paciente en concordancia con la remisión correspondiente, le fue prestada toda la atención médica

requerida por parte del servicio de medicina interna, siendo atendido por todas las especialidades que ameritaban diagnósticos iniciales, realizándosele todas las pruebas diagnósticas que desde el punto de vista de la patología infecciosa que presentaba eran requeridas, hasta lograr determinar que su caso se trataba de "ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE Y PURPURA TROMBOCITOPENICA", considerándose la remisión del paciente a IV nivel de complejidad el día 25 de abril de 2018, para continuar tratamiento, dada la poca respuesta obtenida con terapia iniciada.

Precisa que para el momento del egreso con ocasión de la remisión solicitada, el paciente tenía integridad de su estado neurológico confirmado con resonancia nuclear magnética cerebral norma, es decir, se fue sin patología neurológica. Que de igual manera, durante la hospitalización en la entidad no presentó signos de disfunción renal, mientras en el Hospital La Misericordia en Bogotá, requirió manejo por esta complicación, de acuerdo a lo registrado en la epicrisis correspondiente.

Propone las siguientes excepciones:

### **1.1 Inexistencia de la falla en el servicio (fls.377-381).**

Expresa que a partir de lo consignado en la historia clínica de RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN, queda claro que la atención prestada fue la adecuada, prestándose las valoraciones multidisciplinarias requeridas de acuerdo a la complejidad de la patología del paciente, esto es, "Anemia Hemolítica auto-inmune". Que la conducta desplegada por la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja fue adecuada, oportuna, diligente y acorde con los protocolos médicos de la patología que presentaba y sus complicaciones; descartándose de esta manera la impericia, negligencia e imprudencia, toda vez que el caso del paciente fue estudiado acuciosamente y el tratamiento suministrado fue pertinente.

### **1.2. Inexistencia del nexo de causalidad (fl.381).**

Manifiesta que si bien se ha producido un daño, el mismo no es atribuible a la entidad demandada, pues la conducta desplegada por la misma no fue la causa eficiente de su producción, toda vez que su actuar se enmarcó dentro de la *lex artis* para promover la salud y curar al paciente, destinando todos los medios para ello. Que a través de personal adiestrado, técnico y diligente la entidad hizo todo lo que estuvo en sus manos para sanar al paciente, desde su ingreso hasta cuando fue remitido al Hospital La Misericordia por requerir atención en un nivel superior.

### **1.3 Inexistencia de causa legal (fl.382).**

Arguye que los argumentos propuestos por la parte demandante carecen de fundamentos probatorios y jurídicos, pues no existe vulneración por parte del Hospital San Rafael de Tunja respecto a que se cumplió con el deber legal en la prestación del servicio de salud, de manera eficiente, oportuna y eficaz, teniendo en cuenta la pericia y destreza del personal profesional asistencial, brindando cada uno de los tratamientos médicos requeridos por el paciente RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN (q.e.p.d.).

#### **1.4 Ineptitud de la demanda (fl.382)**

Señala que de conformidad a la relación fáctica jurídica y técnica, el libelo demandatorio no corresponde a la normatividad procesal, teniendo en cuenta que la atención prestada al menor adulto obedeció a una conducta médica, profesional, oportuna, adecuada, diligente y pertinente, pues si no hubiese sido así el deceso no se hubiera producido dos meses después en un centro asistencial de IV nivel de complejidad con mayor avance tecnológico.

#### **2. E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA (fls.671-686)**

Manifiesta oponerse a todas y cada una de las pretensiones de la demanda, por cuanto no existen razones de hecho ni de derecho a partir de las cuales se pueda atribuir responsabilidad alguna a la E.S.E. Hospital Regional de Duitama.

Precisa que de conformidad con el artículo 34 del Código Civil, y 3 de la Ley 1098 de 2006, en el presente caso nos encontramos ante el fallecimiento de un menor adulto o adolescente, y no de un niño como erróneamente se afirma en el escrito de demanda. Que el menor adulto ingresa por urgencias el día 30 de abril de 2008, en donde se le presta atención de manera inmediata, por personal médico especializado e idóneo, con un primer diagnóstico de Anemia, EDA, posible dengue o fiebre amarilla. Sin embargo, al no lograrse la estabilización del cuadro clínico se reenfoca como una bicitopenia (anemia trombocitopenia severa) y se decide su remisión a un nivel de mayor complejidad para estudios y manejo por hematología, egresando el paciente para la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja en aceptable estado general, palidez muco cutánea y cefalea persistente, hidratado con signos vitales estables.

Señala que es política institucional de las diferentes IPS que el tratamiento por pediatría se debe limitar a los menores de 15 años, toda vez que los menores adultos o adolescentes tienen un desarrollo anatómico y fisiológico de un adulto y como tal su tratamiento y medicación debe ceñirse al de un adulto.

Reitera que al paciente se le prestaron los servicios asistenciales en la oportunidad, la pertinencia en desarrollo del cuadro clínico y con apoyo de exámenes y personal médico especializado, lejos de poderse señalar

como una conducta negligente, descuidada ni mucho menos dolosa, durante los seis días de internación en dicha institución hospitalaria.

Propone las siguientes excepciones:

### **2.1 Falta de legitimación en la causa por pasiva (fl.683).**

Expresa que el paciente fue dado de alta en condiciones estables y con signos vitales normales dos meses antes de que falleciera, y por tratamiento posterior en el Hospital San Rafael de Tunja y en el Hospital La Misericordia de Bogotá. En ese sentido, la responsabilidad debe ser objeto de imputación a este último, toda vez que fue allí en donde se desencadenó la crisis que provocó el deceso del paciente.

### **2.2. Falta de derecho para promover la acción (fl.684).**

Indica que el paciente fue atendido en todo momento de acuerdo a los protocolos médicos establecidos para el efecto, dentro de los niveles de atención de segundo nivel que se desarrolló previo el egreso por referencia del Hospital Regional de Duitama al de tercer nivel San Rafael de Tunja. Que la verdadera causa de la muerte de RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN no ocurrió como consecuencia de una mala práctica o negligencia de parte del personal médico de la E.S.E. de Duitama, no se ha probado y no puede ser atribuida a los procesos médicos adelantados y consignados en la historia clínica desde el 30 de marzo de 2008 hasta su salida el 06 de abril del mismo año, por remisión a una institución de mayor nivel de complejidad.

### **2.3 Ausencia de responsabilidad (fl.684).**

Señala que para la época de los hechos, existió una alerta por la aparición de una enfermedad infecto contagiosa que se denominó Dengue Hemorrágico, razón por la cual se debía actuar de conformidad con los protocolos de diagnóstico impartidos por el Ministerio de Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, los cuales se encontraban demarcados dentro de un término mínimo para evaluación de las pruebas, antes de suministrarse el medicamento denominado TAMIFLU, el cual era de uso restringido, para esa época, por su costosa y difícil importación, toda vez que afectaba gran parte del continente.

## **3. De los llamados en garantía.**

### **3.1. SEGUROS DEL ESTADO (fls.723-744).**

Manifiesta oponerse a todas y cada una de las pretensiones de la demanda al no darse los presupuestos de la falla en el servicio médico, daño, el nexo de causalidad ni responsabilidad civil contractual, toda vez que la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja obró con eficiencia,

prudencia e idoneidad en la atención brindada al paciente RAFAEL GUILLERMO SANABRIA (q.e.p.d.). Indica que en el presente caso no se prueba siquiera sumariamente la mala praxis médica ni mucho menos negligencia médica por la entidad hospitalaria. De igual manera, en tratándose de la responsabilidad civil, la presente demanda carece de dos elementos esenciales para su configuración, la culpa y el nexo causal entre el hecho y el daño alegado, razón por la cual, no posee fundamento jurídico y todas las pretensiones deberán desestimarse de plano.

Propone las siguientes excepciones:

### **3.1.1. Ausencia de falla en el servicio en cabeza de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja (fl.726).**

Manifiesta que en el presente caso no se aprecia que la praxis médica adolezca de impericia, negligencia o imprudencia, factores calificadorios para la configuración de la culpa médica o falla del servicio, y al no probarse ninguna de las anteriores no se puede establecer la responsabilidad civil en cabeza de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja ni de sus funcionarios. Que según la historia clínica obrante el expediente, es plausible que el procedimiento y atención frente a la patología presentada por RAFAEL GUILLERMO SANABRIA (q.e.p.d.) fue realizada por una serie de profesionales de la salud idóneos y que su praxis médica encaja dentro de la diligencia, responsabilidad, conocimiento y pericia requerida, razón por la cual no es posible atribuir responsabilidad alguna al Hospital San Rafael de Tunja.

### **3.1.2. Ausencia del nexo de causalidad y culpa (médica) (fl.727).**

Señala que frente a la culpa médica, los modos de conducta con los cuales esta se genera son: la imprudencia, la impericia, la negligencia y la violación a los reglamentos. Que en el caso bajo estudio no existe prueba que demuestre que el Hospital San Rafael de Tunja haya actuado bajo alguno de las cuatro modalidades antes mencionadas. Que según la historia clínica aportada por la entidad demandada, se deja claro que el proceso de atención a la víctima fue constante, oportuno e idóneo, y no existió negligencia, impericia y errores en cabeza de los médicos que atendieron al paciente.

### **3.1.3. Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro (fl.730).**

Precisa que los hechos base de la presente controversia, se presentaron el 17 de junio de 2008, con la ocurrencia del fallecimiento del menor RAFAEL GUILLERMO SANABRIA, y sólo transcurridos más de dos (2) años es que se vincula al proceso a la entidad aseguradora. En consecuencia, se concluye que se presenta la figura jurídica de la

prescripción de conformidad con lo previsto en el artículo 1081 del Código de Comercio, el cual regula expresamente lo relacionado con el contrato de seguros.

En virtud de lo anterior, cualquier acción derivada de los Contratos de Seguros Pólizas de Responsabilidad Civil Extracontractual Nos.39-40-101001180, 39-40-101001201, 39-40-101001202 y 39-40-101001258, se encuentran prescritas.

#### **3.1.4. Inexistencia de amparo para los hechos de la demanda (fl.737).**

Expresa que la cobertura otorgada a la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja gira exclusivamente sobre la responsabilidad civil extracontractual que le sea imputada por causas del contratista, y que de ninguna manera obedecen a responsabilidad civil contractual o responsabilidad civil por falla o culpa médica, y mucho menos por daños antijurídicos como erróneamente se pretende.

#### **3.1.5. Existencia de exclusión para el pago de lucro cesante y daño moral (fl.738).**

Indica que tanto los perjuicios por lucro cesante como por daño moral deben ser objeto de acuerdo expreso entre las partes y estipulado claramente en la carátula de las pólizas, situación ésta que no sucedió en las pólizas de seguro base del llamamiento en garantía. En consecuencia, no se encuentran como objeto de indemnización a cargo de Seguros del Estado S.A., y por ende no existe obligación alguna a cargo de dicha entidad, el reconocimiento de tales conceptos de daño.

#### **3.1.6. Existencia de exclusión absoluta (II) "Responsabilidad Civil Contractual" (fl.740).**

Arguye que lo que se ventila en el presente proceso es un incumplimiento de carácter contractual entre la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja y uno de sus usuarios, que decanta una falla o culpa médica con un daño antijurídico, situación que no fue objeto de cobertura y que por lo mismo, expresamente fue pactada como un hecho no asegurable dentro de los amparos otorgados en las pólizas de responsabilidad civil extracontractual otorgadas por dicha compañía hacia el hospital asegurado.

#### **3.1.7. Existencia de exclusión absoluta (III) "Responsabilidad Civil Profesional" (fl.740).**

Dice que teniendo en cuenta que la situación fáctica de la presente Litis gira entorno a una falla o culpa médica por mala praxis médica a cargo de los galenos y auxiliares adscritos al Hospital San Rafael de Tunja, es claro que de acuerdo con la estipulación contractual, Seguros del Estado no está llamado a responder pecuniariamente dentro del presente proceso.

### **3.1.8. Inexistencia del siniestro e inexistencia de la obligación (fl.741).**

Afirma que teniendo en cuenta que la responsabilidad civil profesional y contractual no fue objeto de cubrimiento bajo ninguna de las pólizas, tampoco puede hablarse de siniestro, y como quiera que la obligación condicional a cargo de la aseguradora nace a partir de este, no puede condenarse ni exigírsele a la entidad el pago de indemnizaciones por realización de riesgos inexistentes al interior del contrato de seguros.

### **3.1.9. Inexistencia de la obligación (fl.741).**

Señala que al presentarse la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, así como una o varias exclusiones absolutas dentro de las pólizas de seguro, conlleva innegablemente a que no exista siniestro y no nazca a la vida jurídica la obligación condicional y contractual por parte de Seguros del Estado S.A. para pagar indemnización alguna por los hechos ya repasados, de conformidad con los artículos 1045, 1054, 1056 y 1072 de Código de Comercio.

### **3.1.10. Cláusula de deducible a cargo del asegurado (fl.742).**

Precisa que de acuerdo al valor probado y a indemnizar en una eventual condena por los conceptos que son objeto de la cobertura del seguro, daño emergente, deberá descontarse el 15% de ese valor o la suma de salarios de la póliza afectada, y el saldo después de esta resta será el valor límite máximo a cargo de la aseguradora sin sobrepasar en ningún caso el valor límite máximo asegurado en la póliza, según el clausula vigente, depositado en la Superfinanciera, que rige este contrato de seguros y que es ley para las partes en concordancia con los artículos 1079 y 1103 del Código de Comercio.

### **3.1.11. Límite asegurado y principio indemnizatorio (fl.743).**

Indica que conforme a lo indicado en las carátulas de las pólizas aportadas en los anexos de la demanda, la cobertura máxima de dicha aseguradora es aquella que figure como suma asegurada en el contrato de seguros, haciendo hincapié en que en virtud del principio indemnizatorio contemplado en el artículo 1088 del Código de Comercio, esta clase de seguro es de mera indemnización y el valor de la pérdida deberá ser aquel que se refiera al daño emergente y efectivamente sea demostrado, refiriéndose a que el valor asegurado opera como un máximo a indemnizar o tope y no como una suma fija pactada para cualquier indemnización como ocurre en los seguros de vida; así mismo, y por ningún motivo, en caso de condena, podrá exigirse a cargo de Seguros del Estado S.A. el valor que supere la cifra mencionada.

### **3.2 COMPAÑÍA DE SEGUROS LA PREVISORA S.A. (fls.753-763).**

Manifiesta oponerse a todas y cada una de las pretensiones de la demanda al no estar demostrados los elementos que configuran la responsabilidad de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja por la muerte del paciente RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN. Precisa que entre la entidad hospitalaria y dicha compañía de seguros, se celebró un contrato de seguros de responsabilidad civil profesional derivada de la prestación de servicios médicos, consignado en la Póliza No.1001880 y con una vigencia inicial del 06 de marzo de 2007 al 07 de marzo de 2008, prorrogada sucesivamente y con vigencia del 07 de marzo de 2008 al 22 de marzo de 2008 y del 07 de marzo de 2008 hasta el 15 de agosto de 2008.

Expresa que las obligaciones que eventualmente pudieran corresponder a la entidad aseguradora se encuentran delimitadas por las coberturas otorgadas, los valores asegurados y las exclusiones pactadas, constando las mismas en las condiciones generales y particulares del seguro que la integran.

Ahora, frente a las pretensiones de la demanda propuso las siguientes excepciones:

### **3.2.1 Inexistencia de una falla en el servicio (fl.755).**

Considera que a partir de las pruebas aportadas, la atención médica y paramédica prestada por el Hospital San Rafael de Tunja estuvo encuadrada dentro de la correcta aplicación de los protocolos establecidos en el manejo de pacientes, los cuales fueron ejecutados por profesionales altamente calificados y con amplia experiencia.

### **3.2.2 Ausencia de los elementos constitutivos de la responsabilidad médica (fl.755).**

Señala que al paciente se le prestaron todas las atenciones que requirió, practicándosele todos los exámenes y dándole el tratamiento médico de manera oportuna a la patología que padecía, encuadrándose las conductas médicas a los protocolos de manejo conforme a la literatura médica universal y dando con ello un estricto cumplimiento a todas las obligaciones, encontrándose liberada de cualquier responsabilidad médica que se le pudiera adjudicar.

Que no existe relación de causalidad entre la atención brindada por el Hospital San Rafael y el deceso del adolescente RAFAEL GUILLERMO SANABRIA, el cual se presentó 54 días después de ser remitido al Hospital La Misericordia de la ciudad de Bogotá, teniendo como única causa las patologías que padecía desde su permanencia en la ciudad de Santa Marta.

### **3.2.3. Actividad médica es de medio y no de resultado (fl.756).**

Precisa que las patologías que sufrió el menor no fue posible tratarlas con éxito por parte de las tres instituciones hospitalarias intervinientes, las cuales, a partir de las historias clínicas, aplicaron su ciencia, profesionalismo, pericia y experiencia; y no por ser infructuosos sus esfuerzos se puede predicar que existe relación de causalidad entre los tratamientos y el deceso del menor, teniendo en cuenta que los procedimientos médicos son de medio y no de resultado y por lo mismo aun cuando se realicen con la mayor diligencia posible no puede siempre garantizarse su éxito, pues en ocasiones el tratamiento se puede dificultar, siendo ello inherente a la praxis médica.

#### **3.2.4. Falta de prueba sobre la cuantía de la pérdida (fl.756).**

Manifiesta que dentro del expediente no se encuentra prueba idónea que permita establecer cuál fue la cuantía del supuesto daño ocasionado, pues si bien en las pretensiones de la demanda se especifican los daños que supuestamente sufrieron y sufrirán los accionantes, no existe ningún documento que respalde las pretensiones formuladas.

#### **3.2.5. Improcedencia de los perjuicios morales en la forma que son solicitados (fl.756).**

Aduce que por disposición legal la tasación de estos perjuicios corresponde exclusivamente al juez, quien los fijará teniendo en cuenta el grado de afectación o de dolor físico o psíquico como consecuencia de un hecho que generó consecuencias dañosas.

Frente al llamamiento en garantía, propuso las siguientes excepciones:

#### **3.2.6. Falta de Cobertura de la póliza de responsabilidad civil número 1001880 mediante la cual se llamó en garantía a La Previsora S.A. Compañía de Seguros (fl.759).**

Manifiesta que esta póliza sólo ampara siniestros que hayan sido reclamados por el asegurado -Hospital San Rafael de Tunja-, o directamente por la víctima, durante la vigencia de la póliza que correspondió inicialmente al periodo del 06 de marzo de 2007 al 07 de marzo de 2008, prorrogada hasta el 25 de agosto de 2008. En otras palabras, la aseguradora otorgó amparo para reclamaciones presentadas en contra del asegurado o directamente en contra de la aseguradora por "EVENTOS QUE SEAN RECLAMADOS Y NOTIFICADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA".

En consecuencia, al ocurrir el evento el 17 de junio de 2008 (fecha en la que falleció RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN) y no presentándose reclamación alguna durante la vigencia anteriormente descrita, no habría lugar a amparar el hecho por el cual se reclama.

### **3.2.7 Falta de cobertura del lucro cesante en la Póliza de Responsabilidad Civil Número 1001880 (fl.760).**

Sostiene que la Póliza de Responsabilidad Civil 1001880 no tiene cobertura de lucro cesante en virtud a lo establecido en el artículo 1088 del Código de Comercio. Que ni en la carátula de la póliza, ni en sus anexos, se hace referencia al cubrimiento de lucro cesante, de forma que se encuentra excluido del contrato de seguros y en esa medida no puede reclamársele a dicha entidad aseguradora.

### **3.2.8. Limitación a la cobertura del daño moral en la Póliza de Responsabilidad Civil Número 1001880 (fl.761).**

Aduce que en el evento en que se profiera una sentencia condenatoria, la entidad sólo podría ser condenada al pago de \$50.000.000 en virtud del sublímite establecido en la carátula de la póliza, para perjuicios morales.

### **3.2.9. Límite de valor asegurado, limitación de responsabilidad de La Previsora S.A. Compañía de Seguros al monto de la suma asegurada. Artículo 1079 del Código de Comercio (fl.761).**

Indica que en el evento remoto que el llamamiento en garantía prospere, a La Previsora S.A. no se le podría condenar a suma superior al valor asegurado, previo descuento del deducible pactado del 10% sobre el valor del siniestro, mínimo \$5.000.000.000,00.

### **3.2.10. Limitación de responsabilidad de La Previsora S.A. Compañía de Seguros a la disponibilidad del valor asegurado por concepto de responsabilidad civil, artículo 1111 del Código de Comercio (fl.761).**

Manifiesta que desde la presentación de la demanda y hasta la fecha en que se profiera la sentencia, la disponibilidad del valor asegurado de la Póliza No.1001880 puede verse disminuido por el pago de eventuales condenas, transacciones, conciliaciones y en general otras reclamaciones que afecten la misma cobertura. En consecuencia, en caso de proferirse sentencia desfavorable a los intereses de la aseguradora, será necesario solicitar una certificación actualizada de la disponibilidad del valor asegurado.

### **3.2.11. Aplicación del deducible pactado en la póliza (fl.762).**

Sostiene que en la Póliza No.1001880 se establecen los deducibles que deben aplicarse a los diferentes amparos otorgados por La Previsora S.A. a favor del Hospital San Rafael de Tunja , el cual corresponde al 10%, con un mínimo de \$5.000.000,00. Que el valor establecido como deducible debe ser asumido indefectiblemente por el asegurado y por lo mismo deberá ser descontado de la indemnización que le corresponde asumir a la aseguradora.

**3.3. La COOPERATIVA NACIONAL DE NEUROCIENCIAS** no presentó contestación al llamamiento en garantía.

#### **IV. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN**

##### **1. LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS (fls.1039-1046).**

En esta oportunidad, el apoderado de la entidad llamada en garantía reitera todos y cada uno de los argumentos de defensa expuestos en la contestación a la demanda. Considera que en el presente caso no se encuentran estructurados los elementos generadores de la responsabilidad médica que se pretende adjudicar, estableciendo con ello que no existió ninguna falla en la prestación del servicio médico asistencial suministrando al familiar de los demandantes y el desenlace desafortunado que se presentó en su salud corresponden a causas patológicas, orgánicas o a la simple reacción del organismo del paciente, reacciones que hasta la fecha no se pueden determinar de forma efectiva, por cuanto los adelantos de la ciencia no han sido suficientes para determinarlas.

##### **2. SEGUROS DEL ESTADO S.A. (fls.1047-1049).**

Expresa que en virtud del recuento fáctico de la demanda, el presente caso se refiere a una responsabilidad civil de naturaleza contractual y profesional por actividades médicas, sin embargo, las pólizas de seguro que fueron traídas al proceso expedidas por Seguros del Estado S.A., claramente indican que son pólizas de responsabilidad civil extracontractual, razón por la cual las pólizas expedidas son inoperantes al caso concreto.

Que las coberturas otorgadas en las pólizas de seguro recaen sobre daños a bienes de terceros y lesiones o muerte, producidas fuera del contrato y de manera accidental e imprevista a terceros (no usuarios del servicio de salud) durante la ejecución del contrato, que causare el contratista afianzado, siendo evidente que ninguna de estas situaciones se presentan en los hechos de la presente litis.

Que las coberturas de las pólizas de seguro cubren exclusivamente el patrimonio de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja, razón por la cual la entidad aseguradora responderá sobre las obligaciones impuestas a ésta únicamente y no frente a las obligaciones de las demás entidades de salud demandadas.

Aclara que en caso de una sentencia desfavorable a la entidad, debe tenerse en cuenta que las pólizas de seguro tienen una cláusula de deducible o porcentaje que debe ser asumido por el asegurado (Hospital San Rafael de Tunja) como primera parte de la pérdida.

Finalmente, manifiesta que de acuerdo a las previsiones prescriptivas del artículo 1081 del Código de Comercio, las acciones derivadas del contrato de seguro se encuentran prescritas frente a Seguros del Estado S.A.

### **3. PARTE DEMANDANTE (fls.1050-1053).**

Resalta que el menor RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN ingresó a la E.S.E Hospital Regional de Duitama el día 30 de marzo de 2008, en donde después de siete días de hospitalización se le determinó Bicitopenia, patología que requería de trasfusión de plaquetas, tratamiento que no se pudo realizar en dicha institución pues no contaba con este servicio, existiendo negligencia por parte de la misma ya que después de mucho tiempo y demasiado tarde (mal diagnóstico) establece la necesidad de un tratamiento especializado que no pudo realizar, razón por la cual decide tardíamente remitir el paciente a la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja para que le realicen un tratamiento especializado, resaltando que no se hizo el mayor esfuerzo por establecer la etiología de la enfermedad.

Dice que la negligencia médica continuó en el Hospital San Rafael de Tunja como quiera que dicho ente solo se limitó a realizar transfusiones de sangre y plaquetas, circunstancia que conllevó a la necesidad de remitir al paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos sin que se realizara tratamiento alguno de diagnóstico efectivo y valoración por especialistas, principalmente en pediatría, a pesar que se trataba de un menor de edad.

Que sólo hasta el 25 de abril de 2008, pasados 19 días después de su ingreso al Hospital San Rafael de Tunja, y debido al avanzado deterioro de salud del menor, se decide remitirlo al Hospital La Misericordia de Bogotá, a donde llegó con un avanzado y deplorable estado de salud, que posteriormente implicó su fallecimiento, resaltando que dicha institución fue cuidadosa en registrar el deplorable estado de salud en que llegó el paciente, ratificando la negligencia de las entidades demandadas.

Precisa que las demandadas son objetivamente responsables, por la acción o la omisión, derivada de la indebida prestación del servicio de salud que recibió el menor RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEON, como quiera que no se actuó con diligencia y cuidado frente a la realización del diagnóstico y tratamiento que debía recibir el menor, pues solo se limitaron a la estabilización del paciente en momentos de crisis, pero nada se hizo para determinar la patología real que padecía, y de esta manera proseguir con un tratamiento adecuado y especializado, o en su defecto decidir la remisión oportuna a una entidad especializada para el menor.

#### **4. COOPERATIVA NACIONAL DE NEUROCIENCIAS –NEUROCOL- (fls.1054-1055).**

Señala que, aunque el daño no se probó, lo que si resultó demostrado es que el procedimiento de atención médica se hizo con diligencia, responsabilidad e idoneidad por parte del demandado Hospital San Rafael de Tunja, correspondiéndole a la parte demandante demostrar tal presupuesto.

Aclara que dicha cooperativa no participó a través de sus agentes en el tratamiento médico controvertido y por consiguiente, no le es endilgable o imputable daño alguno, por cuanto ni siquiera desde el punto de vista circunstancial o fenomenológico concurrió en la realización de dicho procedimiento. Que si bien con el Hospital San Rafael de Tunja existía un vínculo contractual formalizado a través de la Convención 081 de 2008, también es cierto que ninguno de los especialistas vinculados para cumplir con el objeto contractual, participó el procedimiento médico aplicado al joven RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN.

#### **5. E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA (fls.1056-1058).**

Reitera los argumentos expuestos en la contestación a la demanda. Manifiesta que el paciente fue ingresado y atendido en dicha institución hospitalaria, y por la información de ingreso que brindan los acompañantes se deja constancia que el paciente fue trasladado de la ciudad de Santa Marta, con el cuadro clínico presente desde el sitio de origen; que la atención que se le dio desde su ingreso por urgencias fue prestada en oportunidad por personal médico idóneo, se le prestó toda la capacidad de diagnóstico, se trató adecuadamente al paciente para tratar de estabilizar su salud ante una enfermedad que al parecer no fue nunca identificable por la variedad de sintomatología que hacían imposible su recuperación.

Resalta que a partir de las pruebas aportadas, se puede concluir que el proceder del personal médico del hospital, fue diligente, oportuno, y eficiente de acuerdo a los protocolos médicos establecidos para el efecto, dentro de los niveles de atención de segundo nivel.

Concluye que no hay lugar a declarar la responsabilidad de la institución hospitalaria, toda vez que no se demostró de manera certera una falla directa en la prestación del servicio que ocasionara el daño reclamado, por el contrario, se comprobó que no existió la falla denunciada, que si hubo una atención oportuna y diligente con el personal médico idóneo, con observancia del protocolo para elaborar el diagnóstico y disponer la remisión a institución de mayor nivel de complejidad.

#### **6. E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA (fls.1059-1061).**

Reitera los argumentos expuestos en la contestación a la demanda. Precisa que el paciente ingreso a la institución hospitalaria con un cuadro clínico que evidenciaba probable dengue hemorrágico de alrededor de 16 días de evolución; que una vez observado el estado de salud, éste es valorado por medicina interna además de una valoración por la sub especialidad de hematología y servicios de neurología, obteniendo prioridad y oportuna atención por parte de los galenos de la institución, circunstancia que desvirtúa lo afirmado por la parte actora respecto a la deficiente atención brindada al menor.

Precisa que en virtud del diagnóstico con el que ingresó el paciente a la institución (Anemia Hemolítica), los médicos tratantes consideraron se le realizara valoración con prontitud por hematología de adultos, que era con la que contaba el Hospital San Rafael para la época de los hechos, pues la institución no prestaba el servicio de hematología pediátrica. Aunado a que la condición anatómica y fisiológica del joven, permitía que le fuere tratado como adulto.

Expresa que la institución actuó por conducto de su personal médico, de manera adecuada, brindándole todos los servicios necesarios al paciente, realizando los exámenes, medicación, estabilización, etc. En consecuencia, si sobrevienen circunstancias y modalidades ajenas a la voluntad del personal médico, mal puede afirmarse que los quebrantos de salud que sobrevengan tengan como causa la atención médica y hospitalaria suministrada, máxime si se tiene en cuenta que tal circunstancia debe probarse por los medios idóneos.

Concluye que en el presente caso no existió falla en el servicio para atribuir una obligación indemnizatoria a cargo del Hospital San Rafael de Tunja; que al no existir falla, se presenta ausencia de imputación material, en la medida que no hay un comportamiento negligente, imprudente o imperito que pueda ser atribuido a la entidad, para soportar sobre él un nexo con el daño presuntamente padecido por los demandantes.

## **7. MINISTERIO PÚBLICO.**

La delegada del Ministerio Público no rindió concepto.

## **V. CONSIDERACIONES**

### **1. Problema jurídico.**

Debe determinar el Despacho si la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja y la E.S.E. Hospital Regional de Duitama son extracontractual y administrativamente responsables, por los perjuicios causados a los demandantes por la presunta indebida y tardía atención médica que derivó en la muerte del menor RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN.

## **2. Marco jurídico aplicable y resolución del caso concreto.**

En aras de resolver el problema jurídico propuesto, se abordará el análisis de los siguientes puntos: **i)** imputación fáctica; **ii)** cláusula general de responsabilidad del Estado; **iii)** requisitos de la responsabilidad del Estado; **iv)** falla en el servicio médico y, **iii)** el caso concreto.

### **2.1. Imputación fáctica.**

La parte demandante señala que el menor RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN falleció como consecuencia de la falla en la prestación de los servicios de salud prestados por los Hospitales San Rafael de Tunja y Regional de Duitama.

Expresa que las entidades demandadas son objetivamente responsables, por la acción o la omisión, derivada de la indebida y tardía prestación del servicio de salud que recibió el menor RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEON, como quiera que no actuaron con diligencia y cuidado frente a la realización del diagnóstico y tratamiento que debía recibir el menor, pues solo se limitaron a la estabilización del paciente en momentos de crisis, pero nada se hizo para determinar la patología real que padecía, y de esta manera proseguir con un tratamiento adecuado y especializado, o en su defecto decidir la remisión oportuna a una entidad especializada para el menor.

### **2.2. De la cláusula general de responsabilidad del Estado.**

La cláusula general de responsabilidad del Estado consagrada en el artículo 90 de la Constitución Política, parte del concepto de daño antijurídico imputable al Estado a causa de una acción u omisión de las autoridades públicas. Este elemento esencial del daño corresponde a la concepción del Estado Social de Derecho como servidor de los derechos fundamentales de las personas para lo cual las autoridades de la república están para garantizar y proteger dichos derechos (Art. 2 CP), por ello responden no sólo por el incumplimiento de la ley sino por acción, omisión o extralimitación en sus funciones (Art. 6 y 122 CP). El Estado Social de Derecho se define estructuralmente no sólo por las garantías estáticas sino también por las dinámicas de las protección y promoción de los derechos, por esta razón las funciones públicas que asume no son simples dispositivos normativos sino verdaderas obligaciones normativas con efectos jurídicos que invade todo el ordenamiento jurídico y permite asegurar o garantizar los derechos de las personas.

De conformidad con lo anterior, el Estado tiene el deber de responder patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas, norma que le sirve de fundamento al artículo 86 del Código Contencioso Administrativo que consagra la Acción de reparación directa, cuyo

ejercicio dio origen al presente proceso y que establece la posibilidad que tienen los interesados de demandar la reparación del daño cuando su causa sea un hecho, una omisión, una operación administrativa o la ocupación temporal o permanente de un inmueble por causa de trabajos públicos o por cualquier otra causa imputable a la entidad pública.

### **2.3. De los requisitos de la responsabilidad del Estado.**

Toda responsabilidad patrimonial del Estado debe partir, en primer lugar, por examinar la existencia del **daño antijurídico**, "*entendido como la lesión a un derecho o bien jurídico o interés legítimo que los demandantes no están obligados a soportar*"<sup>1</sup>. Es decir, los ciudadanos tienen derecho al disfrute pacífico y pleno de sus derechos fundamentales y sólo pueden ser limitados o restringidos, por medio de la ley debidamente validada constitucionalmente, lo cual implica que el ciudadano tiene el deber de tolerar estas limitaciones (Art. 95 CP). Ahora, toda intervención del Estado en los derechos de los ciudadanos de manera injustificada, por lo general, deben ser reparados. Este elemento fáctico debe estar debidamente probado.

El otro elemento de la responsabilidad es **la imputación**, con el fin de establecer si el daño antijurídico es atribuible a alguna autoridad pública y específicamente a la entidad demandada, o si por el contrario fue producto de la actuación de un tercero. La imputación del daño antijurídico es la posibilidad de atribuir el resultado o hecho objeto del proceso al obrar de un sujeto llamado autoridad pública, y lo será siempre que ésta lo haya producido por acción u omisión.

Finalmente, la responsabilidad es el llamado **nexo causal**, que como ha aclarado el Consejo de Estado<sup>2</sup>, este constituye un concepto estrictamente naturalístico que sirve de soporte o elemento necesario a la configuración del daño, otra cosa diferente es que cualquier tipo de análisis de imputación, supone, *prima facie*, un estudio en términos de atribuibilidad material (*imputatiofacti* u objetiva), a partir del cual se determina el origen de un específico resultado que se adjudica a un obrar -acción u omisión-, que podría interpretarse como causalidad material, pero que no lo es jurídicamente hablando porque pertenece al concepto o posibilidad de referir un acto a la conducta humana, que es lo que se conoce como imputación.

*"No obstante lo anterior, la denominada imputación jurídica (imputatio iure o subjetiva) supone el establecer el fundamento o razón de la obligación de reparar o indemnizar determinado perjuicio derivado de la materialización de un daño antijurídico, y **allí es donde intervienen los títulos de imputación que corresponden a los diferentes sistemas de responsabilidad que tienen cabida tal como lo ha***

<sup>1</sup> Consejo de Estado, sección tercera, expediente: 50001233100019 9904688 01, radicación interna no.: 17.994 del 26 de marzo de 2009, cp. Enrique Gil Botero.

<sup>2</sup> Ibídem.

*dicho la jurisprudencia en el artículo 90 de la Constitución Política.*<sup>3</sup> (Negrillas del Despacho)

En el ámbito jurídico la atribución de una consecuencia jurídica (sanción) supone que haya habido una vulneración de una proposición jurídica que imponía un deber u obligación, por lo tanto resulta evidente que a partir del concepto de causalidad es insuficiente atribuir un resultado dado que *"es posible que un determinado suceso tenga origen material en una específica conducta (causa material), pero las consecuencias del mismo sean atribuidas a un tercero (v.gr. la responsabilidad por el hecho de las cosas, o por el hecho de otro; la posición de garante)*<sup>4</sup>.

#### **2.4. Del servicio de salud - falla en el servicio médico.**

Acorde con los hechos en que se sustenta la demanda, advierte el Despacho que el presente asunto debe abordarse bajo la óptica de la falla en el servicio, pues se imputa a la Administración una indebida y tardía atención médica al menor RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN, lo que originó su posterior deceso.

Mediante providencia de 12 de junio de 2017<sup>5</sup>, el Consejo de Estado se refirió al régimen de responsabilidad aplicable en casos en que se discute la responsabilidad extracontractual del Estado por daños causados con ocasión de las actividades médico-sanitarias, fijando las siguientes subreglas:

- a. La citada providencia evocó que, en casos en los cuales se ventila la acción imperfecta de la Administración o su omisión, como causa del daño reclamado, el título de imputación aplicable es el de la falla del servicio<sup>6</sup>.
- b. Indicó la Máxima Corporación que *"...frente a supuestos en los cuales se analiza si procede declarar la responsabilidad del Estado como consecuencia de la producción de daños provenientes de la atención médica defectuosa, se ha retornado, como se verá, a la teoría clásica de la falla probada..."* (Negrilla fuera de texto).
- c. En dicha oportunidad, decantó la jurisprudencia que es necesario efectuar el contraste entre el contenido obligacional

<sup>3</sup> Consejo de Estado, sentencia de 12 de julio de 1993, Expediente No. 7622, M.P. Dr. Carlos Betancur Jaramillo, citada en ibídem.

<sup>4</sup> En la responsabilidad del Estado la imputación no se identifica con la causalidad material, pues la atribución de la responsabilidad puede darse también en razón de criterios normativos o jurídicos" (Se resalta) Sentencia proferida por la Sección Tercera del Consejo de Estado, de 21 de febrero de 2002 expediente 14215.

<sup>5</sup> CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera - Subsección A. Consejera Ponente: Marta Nubia Velásquez Rico. Sentencia de 12 de junio de 2017. Rad.: 25000-23-26-000-2004-01763-01 (42496). Actor: Miguel Antonio Aguilar Pérez y Otros. Demandado: Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá y otros.

<sup>6</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, sentencia del marzo 8 de 2007, Exp. 27.434, C.P. Mauricio Fajardo Gómez.

que, en abstracto, las normas pertinentes fijan para el órgano administrativo implicado, de un lado, **y el grado de cumplimiento u observancia del mismo por parte de la autoridad demandada en el caso concreto**, para lo cual hizo referencia a lo expuesto en sentencia de 8 de marzo de 2007, en donde se había expuesto que en aquellos casos en que se imputa responsabilidad a la administración por el incumplimiento o el cumplimiento defectuoso de sus obligaciones, la determinación de si el daño causado al particular tiene el carácter de daño antijurídico, *"...depende de acreditar que la conducta de la autoridad fue inadecuada..."*, concluyendo que si el daño que se imputa deriva del incumplimiento de un deber que legalmente le corresponde, o de su cumplimiento inadecuado, *"...la antijuridicidad del daño surgirá entonces aquí de dicha conducta inadecuada, o lo que es lo mismo, de una FALLA EN EL SERVICIO..."*. Se citó entonces el siguiente aparte:

*"...2.- Para determinar si aquí se presentó o no dicha falla del servicio, debe entonces previamente establecerse **cuál es el alcance de la obligación legal incumplida o cumplida inadecuadamente por la administración. Debe precisarse en qué forma debió haber cumplido el Estado con su obligación; qué era lo que a ella podía exigírsele;** y, sólo si en las circunstancias concretas del caso que se estudia se establece que no obró adecuadamente, esto es, que no lo hizo como una administración diligente, su omisión podrá considerarse como causa del daño cuya reparación se pretende.*

*"La falla de la administración, para que pueda considerarse entonces verdaderamente como causa del perjuicio y comprometa su responsabilidad, no puede ser entonces cualquier tipo de falta. Ella debe ser de tal entidad que, teniendo en cuenta las concretas circunstancias en que debía prestarse el servicio, la conducta de la administración pueda considerarse como **'anormalmente deficiente'**" (Negrilla fuera de texto).*

- d. En el precitado pronunciamiento de 12 de junio de 2017, recordó el Consejo de Estado que, por un tiempo, la jurisprudencia Contencioso Administrativa aceptó que el título de imputación jurídica que permitía establecer la responsabilidad médica fuera la falla presunta. Sin embargo, se dilucidó en dicho pronunciamiento que *"...se retomó la senda clásica de la responsabilidad subjetiva o falla probada<sup>8</sup>, por lo que en la actualidad, según esta sub-regla jurisprudencial, deben ser acreditados en este punto tres elementos inexcusables por parte del actor, a saber: i) **el daño;** ii) **la falla en el acto médico** y iii) **el nexo causal, sin los cuales improcedente se hace la condena del Estado por esta vía..."** (Negrilla fuera de texto).*

<sup>7</sup> Ibídem.

<sup>8</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 26 de marzo de 2008, exp. 15.725, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

- e. Así las cosas, se concluye que aunque en algún momento de la historia se aceptó el régimen objetivo de responsabilidad para abordar el estudio de casos originados en el acto médico, actualmente, conforme lo precisó la misma jurisprudencia del Órgano Vértice de la Jurisdicción en el fallo precitado, *"...se moderó esa tesis, pues no es un régimen de tal naturaleza el que permite analizar la imputación de un caso del talante del que se estudia, sino uno subjetivo con flexibilización frente al rigor de la prueba de la falla..."*.

Ahora bien, la jurisprudencia del Consejo de Estado, Sección Tercera, en sentencia de 27 de abril de 2.011 radicación número 17001-23-31-000-1996-7003-01 (20374), Consejera Ponente: Dra RUTH STELLA CORREA PALACIO, también ha depurado que la responsabilidad por daños causados con ocasión de la actividad médica, puede involucrar dos (2) aspectos: el primero de ellos, **el acto médico propiamente dicho** *"...que se refiere a la intervención del profesional médico en sus distintos momentos y comprende particularmente el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, incluidas las intervenciones quirúrgicas..."*<sup>9</sup> y el segundo, **"...todas aquellas actuaciones previas, concomitantes y posteriores a la intervención del profesional médico, que operan desde el momento en que la persona asiste o es llevada a un centro médico estatal, actividades que están a cargo del personal paramédico o administrativo..."**<sup>10</sup>. Frente a tales aspectos, la citada providencia señala:

*"...Sobre la distinción entre el acto médico propiamente dicho y los actos anexos que integran el llamado "acto médico complejo", la Sala ha tenido oportunidad de pronunciarse en repetidas oportunidades y ha acogido la clasificación que sobre tales actos ha sido realizada por la doctrina en: (i) actos puramente médicos, que son realizados por el facultativo; (ii) actos paramédicos, que lo son las acciones preparatorias del acto médico y las posteriores a éste; que regularmente, son llevadas a cabo por personal auxiliar, tales como suministrar suero, inyectar calmantes o antibióticos, controlar la tensión arterial, etc. y (iii) actos extramédicos, que están constituidos por los servicios de hostelería, entre los que se incluyen el alojamiento, manutención, etc. y obedecen al cumplimiento del deber de seguridad de preservar la integridad física de los pacientes. (...)"*

De igual forma, el H. Consejo de Estado en la providencia que se analiza, se ha referido a la responsabilidad del Estado por daños producidos como consecuencia de omisiones en las actividades relacionadas con el acto médico o quirúrgico, al referir que es obligación de las entidades hospitalarias mantener la seguridad de sus pacientes en las instituciones hospitalarias, en los siguientes términos:

<sup>9</sup> Consejo de Estado. Sección Tercera. Sentencia de 27 de abril de 2011. Rad.: 17001-23-31-000-1996-7003-01 (20374). C.P.: Ruth Stella Correa Palacio. Actor: Luis Evelio Ospina Franco y otros.

<sup>10</sup> Ibid.

*"En relación con la responsabilidad del Estado por los daños que se producen como consecuencia de errores u omisiones en las actividades conexas al acto médico o quirúrgico propiamente dicho, se registran en la jurisprudencia de la Corporación casos, como: (i) lesiones debidas a una vigilancia inadecuada, que ocasionan caída de camillas; (ii) la falta de mantenimiento de los equipos o instrumentales; (iii) la omisión o el error en el suministro o aplicación de medicamentos; (iv) falta de diligencia en la adquisición de medicamentos, y (v) lesiones causadas dentro de la institución hospitalaria. Un desarrollo particular se ha dado en la jurisprudencia a la obligación de seguridad que deben prestar las entidades hospitalarias, tema en relación con el cual la jurisprudencia de la Sala ha tenido oportunidad de señalar que el deber de seguridad de los hospitales y clínicas, se contrae a impedir que el paciente no sufra ningún accidente en el curso o con ocasión de la atención médica que se le preste, y que dentro de este deber se incluyen los de "custodia y vigilancia" cuando se trata de establecimientos para enfermos mentales, pero que no se extiende a brindar protección a los pacientes frente a actos de terceros, salvo que se trate de "situaciones especiales en las que los administradores de los hospitales deben extremar las medidas de control y vigilancia de los pacientes, dadas las condiciones de riesgo en que éstos pueden encontrarse."<sup>11</sup>*

Así entonces, la responsabilidad del Estado en estos casos, se extiende a todos los ámbitos de la actividad médica, tal es así que se ha reiterado que la falla en el servicio médico puede presentarse **"...desde el momento en que la persona ingresa al centro médico y cobija no sólo los llamados actos puramente médicos o realizados por el profesional de la salud, sino también los actos preparatorios o posteriores al igual que los servicios de hostelería prestados por la institución."**<sup>12</sup> (Negrilla fuera de texto); que en todo caso, hacen parte del actuar de la Entidad pública.

Finalmente, debe decirse que en los casos en que la falla en el servicio médico tiene su origen en el **error en el diagnóstico**, se ha señalado que esta falla es propia del acto médico propiamente dicho, siendo uno de los principales aspectos de la actividad médica en tanto de sus resultados se construye lo que corresponde al tratamiento médico, relacionándose comúnmente la falla en este tipo de actividad a la *"(...) indebida interpretación de los síntomas que presenta el paciente o a la omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto(...)"*<sup>13</sup>, razón por la que se puede afirmar que existe falla del servicio cuando *"(...)no se agotan los recursos científicos y*

<sup>11</sup> Consejo de Estado. Sección Tercera. Sentencia del 27 de abril de 2011. Radicación número: 17001-23-31-000-1995-05004-01(20368). C.P.: Ruth Stella Correa Palacio. Actor: María Ofir Muñoz López y otros

<sup>12</sup> Consejo de Estado. Sección Tercera. Sentencia del 28 de marzo de 2012. Radicación número: 25000-23-26-000-1994-09658-01(20941). Consejero ponente: Olga Melida Valle De La Hoz. Actor: Carlos Alberto Guzmán Soriano y otro

<sup>13</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera. Magistrada Ponente: Ruth Stella Correa Palacios. Sentencia del 27 de abril de 2011. Expediente No. 19846

*técnicos al alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente(...)*<sup>14</sup>, en virtud de un diagnóstico no conclusivo cuando los síntomas presentados pueden asociarse a distintas patologías.

## 2.5 Caso concreto.

De acuerdo con lo expuesto en precedencia, corresponde al Despacho hacer el estudio del caso en concreto determinando si se presentan los tres elementos configurativos de la responsabilidad patrimonial del Estado:

- a) Un daño antijurídico.
- b) Una conducta de la Administración que pueda calificarse como "anormalmente deficiente".
- c) Un nexo de causalidad entre el daño y la conducta deficiente de la Administración, es decir, que el resultado (el daño) le sea imputable al Estado, vale repetir, que sea consecuencia directa de la acción u omisión del servidor público.

### 2.5.1. De la existencia del daño.

La muerte del menor **Rafael Guillermo León Sanabria** se acreditó con **i)** el Registro Civil de Defunción Indicativo Serial 06909806, visible a folio 40 del expediente, y **ii)** con la copia del Informe Pericial de Necropsia No.2008010111001002319 del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, visible a folios 41 a 44 del plenario, en donde se indica que el menor de 16 años murió en Bogotá el día 17 de junio de 2008, a las 2:20 de la tarde. Además en el informe de necropsia se indica que "*Se trata de un adolescente con causa y manera de muerte en estudio hasta la valoración del estudio histopatológico.*".

Los señores **Juan Heriberto Sanabria** e **Hilda León Rincón** demostraron ser padres del menor fallecido, según consta en el Registro Civil de Nacimiento de Rafael Guillermo León Sanabria obrante a folio 38 del expediente.

De igual manera, se demostró que **Jorge Adolfo**, **Jenny Lucero** y **Seleny Catalina Sanabria León** son hermanos del fallecido, conforme a los Registros Civiles de Nacimiento visibles a folios 36, 37 y 39 del expediente.

Finalmente, a partir del Registro Civil de Nacimiento obrante a folio 35 del plenario, se demuestra que la señora **María Marcela Rincón de León** es abuela materna del fallecido.

---

<sup>14</sup> *Ibidem.*

Ahora, en relación con el daño moral que reclaman los demandantes, la jurisprudencia del Consejo de Estado ha sostenido que la sola *"prueba del parentesco es suficiente para inferir la existencia del daño moral, respecto de los parientes más próximos del fallecido, como son los padres, el cónyuge, los hijos, los hermanos y los abuelos"*<sup>15</sup>.

A partir de lo anterior, concluye el Despacho que la existencia del daño está probada, aunque no se encuentra acreditado su carácter antijurídico, circunstancia que se dilucidará solamente hasta que se adelante el estudio de los demás elementos de la responsabilidad.

### **2.5.2. De la conducta de la administración.**

Verificada la existencia del primer elemento de la responsabilidad, es menester establecer si este daño es imputable a las entidades demandadas debido a una prestación tardía, negligente, inadecuada o deficiente del servicio médico y hospitalario. Para ello, es preciso analizar los reproches planteados por la parte actora al procedimiento médico que le fue dispensado al menor Rafael Guillermo Sanabria León, a la luz del material probatorio que obra en el plenario, esto es, las historias clínicas y los conceptos técnicos.

Según manifiesta la parte actora, las entidades demandadas son responsables por la acción o la omisión, derivada de la indebida prestación del servicio de salud que recibió el menor RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN, como quiera que no se actuó con diligencia y cuidado frente a la realización del diagnóstico y tratamiento que debía recibir, pues solo se limitaron a la estabilización del paciente en momentos de crisis, pero nada se hizo para determinar la patología real que padecía, y de esta manera proseguir con un tratamiento adecuado y especializado, o en su defecto decidir oportunamente su remisión a una entidad especializada. De igual manera, señala que por tratarse de un menor de edad desde el inicio de su valoración debió estar acompañado de personal idóneo y especializado en Pediatría, que pudiese evaluar correctamente la patología que desde un principio se mostró incierta; concluyendo que la muerte del menor ocurrió como consecuencia de la atención irregular e irresponsable de las instituciones demandadas.

Teniendo en cuenta las anteriores afirmaciones, el Despacho estudiará la imputación del daño entorno a las actividades médicas relacionadas con el diagnóstico y procedimiento efectuado al menor RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN, a fin de verificar si se presentó o no falla en la prestación del servicio médico, y si a partir del servicio prestado puede establecerse los fundamentos para imputarle a las entidades demandadas el daño sufrido por los demandantes.

---

<sup>15</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 11 de agosto de 2005, Radicación número: 63001-23-31-000-1996-04281-01(15648), Consejera ponente: María Elena Giraldo Gómez.

En este punto de la discusión, ha de recordarse que en el presente caso se está estudiando la eventual responsabilidad que le pueda asistir a las entidades hospitalarias demandadas, razón por la cual, el estudio y el análisis que emprenda el Despacho debe tener en cuenta única y exclusivamente las actividades desplegadas por el personal médico y asistencial de las accionadas E.S.E. Hospital Regional de Duitama y E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja, a partir del ingreso del paciente a cada una de ellas.

Así entonces, debe precisarse que, aunque durante sus últimos días de vida el menor RAFAEL GUILLERMO estuvo hospitalizado en la Fundación Hospital de la Misericordia de la Ciudad de Bogotá, las actuaciones o procedimientos allí practicados no resultan relevantes en este evento, pues en el caso bajo estudio se debe analizar única y exclusivamente si la atención médica prestada tanto por el Hospital Regional de Duitama como por el Hospital San Rafael de Tunja fue anormalmente deficiente, o si por el contrario, dichos servicios se prestaron conforme a los protocolos médicos y demás obligaciones legales.

Precisado lo anterior, el Despacho comenzará el estudio del fondo del asunto abordando el argumento de la parte actora relacionado con la especialidad que considera debió haber atendido y valorado al menor RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN, pues el apoderado de los demandantes manifiesta que por tratarse de un menor de edad desde el inicio de su valoración debió estar acompañado de personal idóneo y especializado en Pediatría.

Al respecto, conforme al Registro Civil de Nacimiento obrante a folio 38 del expediente, se encuentra probado que RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN nació el día 18 de agosto de 1991. Por tanto, para la época en que ingresó por el servicio de urgencias del Hospital Regional de Duitama (30 de marzo de 2008), contaba con 16 años y 7 meses de edad, catalogándose como adolescente de acuerdo con las etapas de desarrollo del ciclo vital<sup>16</sup>.

Ahora, conforme a lo recomendado por la Sociedad Colombiana de Pediatría<sup>17</sup> la edad límite de finalización de la atención médica por parte de los pediatras e inicio de la atención médica por parte los médicos internistas, es al cumplir los **18 años de edad**. Respetando en todo caso la autonomía del médico y de las instituciones prestadoras de los servicios médicos.

Por su parte, observa el Despacho que el Ministerio de Salud y Protección Social en Concepto No. 201611601513481 de fecha 19 de agosto de 2016, dio alcance al memorando número 201634100190213

---

<sup>16</sup> <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx>

<sup>17</sup> <https://scp.com.co/notas-destacadas/los-18-anos-de-edad-sera-el-limite-y-finalizacion-de-la-atencion-medica-por-los-pediatras-e-inicio-de-la-atencion-medica-por-los-medicos-internistas/>

emitido por la Subdirección de Beneficios en Aseguramiento de dicho Ministerio, en donde se pronunció respecto a la edad máxima para la atención de los menores de edad por la especialidad de pediatría, indicando expresamente que, ***"no conocemos norma que regule hasta que edad deben ser atendidos los niños por pediatría en Colombia, siendo pertinente señalar que la atención por parte de la especialidad de pediatría se encuentra cubierta independientemente de la edad del paciente atendido."***<sup>18</sup>.

Como se estableció anteriormente, en el presente caso el paciente RAFAEL GUILLERMO SANABRIA para la época en que ingresó al Hospital Regional de Duitama contaba con 16 años y 7 meses de edad, y de acuerdo a lo señalado por el Médico Internista Arturo Alonso Hernández de Castro en el informe técnico visible a folios 606 a 609 del plenario, se trataba de un menor con talla de 1.78 metros, y peso de 73 kilogramos, condiciones pondoestaturales de un adulto, razón por la cual fue aceptado por el servicio de medicina interna del Hospital San Rafael de Tunja. El anterior concepto fue ratificado por el galeno en la audiencia de testimonios llevada a cabo el 05 de abril de 2016 (CD fl.1021).

Así las cosas, este estrado judicial concluye que en Colombia no existe norma alguna que establezca la edad que deben tener los pacientes para ser atendidos por la especialidad de pediatría. Sin embargo, la Sociedad Colombiana de Pediatría recomienda que dicha atención debe ser prestada hasta los 18 años de edad, claro está, **respetando la autonomía del médico y de las instituciones prestadoras de los servicios médicos.**

En ese sentido, considera el Despacho que en casos como el ahora estudiado, se debe atender a las condiciones propias del paciente y al criterio del médico tratante, pues en últimas él es la persona idónea para establecer, bajo su criterio profesional, las condiciones reales en las que se encuentra el paciente y el procedimiento médico a seguir. Así pues, si bien es cierto que el menor RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LÉON contaba con 16 años de edad, también lo es que por su condición morfológica (talla y peso) el tratamiento a seguir correspondía al de un adulto, de conocimiento de los médicos internistas.

Por lo anterior, no es posible jurídicamente sostener que por este aspecto se presentó una falla en el servicio y mucho menos que la conducta de la administración fue anormalmente deficiente, pues si bien no fue valorado por la especialidad de pediatría, lo cierto es que al paciente se le garantizó la prestación del servicio de salud por parte de medicina interna, la cual adelantó el procedimiento médico que consideró adecuado de acuerdo a la patología que presentaba, y frente al cual el Despacho procede a pronunciarse.

<sup>18</sup>

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Concepto%20Jur%C3%ADdico%20201611601513481%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Concepto%20Jur%C3%ADdico%20201611601513481%20de%202016.pdf)

Ahora, en relación con la atención médico – hospitalaria recibida por el paciente RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN en la **E.S.E. Hospital Regional de Duitama**, se tiene que a folio 99 del expediente, se allegó copia de la "EPICRISIS – REFERENCIA" de la cual se puede extraer concretamente, lo siguiente:

*"Primer Apellido: Sanabria*

*Segundo Apellido: León*

*Nombres: Rafael Guillermo*

*Edad: 16 años*

*No. Historia Clínica: 16983746*

*Iniciación de atención: 30/03/08*

*Finalización de atención: 06/04/08*

***Diagnóstico principal de ingreso: Dengue con manifestaciones hemorrágicas***

***Diagnóstico principal de egreso: Bicitopenia***

*Institución a la que se remite: Hospital San Rafael de Tunja*

*Especialidad: Medicina Interna*

**EL INGRESO:**

***Paciente de 16 años quien llegó el día 30 marzo /08*** consultando por cuadro de 10 días de fiebre no cuantificada, deposiciones líquidas y emesis en 2 oportunidades; días antes había estado en Santa Marta.

**DE LA EVOLUCIÓN:**

*Cuadro hemático inicial, los cuales no son automatizados, muestran anemia y trombocitopenia, se hizo Dx inicial de Dengue se solicitó IgM para dengue, el cual se realiza pero no ha llegado reporte, se transfundirá 2 unidades de glóbulos rojos + 10 unidades de plaquetas, con lo cual hubo mejoría clínica parcial, pero persiste con fiebre; se descartó igualmente malaria y anemia hemolítica, volvió a presentar disminución de las cifras de hemoglobina y hematocrito, por lo que se decidió transfundir nuevamente; transaminasas iniciales normales (...), función renal normal; posteriormente hubo mejoría clínica más de 48 horas, sin fiebre, con episodios de cefalea, vómito y hemiparesia izquierda, se solicitó TAC cerebral el cual es normal (...); consideramos que el paciente no tenga dengue en el momento lo enfocamos como una bicitopenia a estudio, (...) hay disminución muy importante de las cifras de hemoglobina y hematocrito a pesar de haber transfundido en 1 semana 4 unidades de glóbulos rojos, consideramos como Dx alterno un síndrome mielodisplásico o una enfermedad que curse con homólisis (Les) (...) se ordenó transfundir otras 2 UGRG.*

***Plan de Manejo Ambulatorio: Remisión III nivel requiere transfusión de plaquetas. No hay en esta institución.***" (Negrillas del Despacho)

El anterior recuento clínico encuentra soporte en el Formato de "EVOLUCIÓN" de la E.S.E. Hospital Regional de Duitama allegado a folios 104 a 110 del expediente, en donde se detallan los servicios y

procedimientos suministrados al paciente durante los días **30 de marzo a 06 de abril de 2008**, así como de las eventualidades y complicaciones que presentó el paciente durante su estadía en dicha institución hospitalaria. De igual manera, a folios 111 a 136 se allega copia de los exámenes de laboratorio clínico y de los controles de las transfusiones practicadas al paciente (31 de marzo, 01, 09 y 18 de abril, y 13 de mayo de 2008), así como el resultado del "TAC CRANEO SIMPLE" cuyo resultado fue normal.

Así mismo, a folios 693 y 694 del expediente, obra Acta del Comité Técnico Científico de la E.S.E. Hospital Regional de Duitama de fecha 11 de mayo de 2010, en donde respecto del Paciente RAFAEL SANABRIAL, Historia Clínica No. 16983746, se indica lo siguiente:

*"Hombre de 16 años quien consulta al servicio de Urgencias de la ESE hospital Regional de Duitama el 30/03/08, a las 18:47 horas, con cuadro de mas menos 10 día de evolución de **fiebre, cefalea, dolor abdominal y diarrea**, procedente de la ciudad de Santa Martha. Paciente **previamente sano**; se encuentra en aceptable estado, con signos vitales normales, **palidez muco cutánea y con equimosis en brazo izquierdo y cuello de pie**. No se encontraron megalias ni adenopatías ni petequias. **Se hospitaliza con diagnóstico de síndrome febril y con base en cuadro hemático que demostraba anemia severa y disminución de plaquetas a 8.000, se plantea "probable Dengue Hemorrágico"** y se hospitaliza. Se transfunde en total (31/03/08) 10 unidades de plaquetas, más 4 de glóbulos rojos (2 y 6/04/08), con **persistencia de trombocitopenia** hasta 10.000. Paralelamente se le administró tratamiento con líquidos endovenosos, acetaminofen, metilprednisolona, pero ante no logro de estabilización del cuadro clínico **se reenfoca como una bicitopenia (anemia trombocitopenia severa) y se decide su remisión a un nivel de mayor complejidad para estudios y manejo por hematología** (5/04/08). Egresado Usuario en aceptable estado general, palidez muco cutánea y cefalea persistente hidratado con signos vitales estables TA 100/70, FC 62 por min, FR 18 por min (6/04/08).*

### 3. CONCLUSIONES

*...El cuadro clínico **sugería fuertemente un diagnóstico de Dengue Hemorrágico (Fiebre, presencia de equimosis, trombocitopenia, anemia, antecedente epidemiológico de procedencia)**, por lo cual se le maneja como tal y solamente la evolución contradice la impresión diagnóstica por lo cual se re enfoca el caso y se actúa de manera consecuente e inmediata con remisión a tercer nivel para estudio y manejo por Hematología." (Negrillas del Despacho)*

Por su parte, en relación con la atención médica prestada por la **E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja**, a folios 146 a 178 y 388 a 419 del expediente, se allega copia auténtica de la historia clínica del paciente, a partir de la cual se logra extraer cronológicamente, los siguientes apartes:

**"DATOS DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS**  
FECHA: 06-04-2008

HORA: 08+00

REMITIDO: Duitama

MOTIVO DE LA CONSULTA: "Decaimiento"

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente con cuadro de +/- 20 días de evolución consistente en (...) en ambos hemicuerpos y cefalea frontal (...). Hace +/- 8 días presentó dificultad respiratoria y cefalea intensa, por lo que llevan a Hospital de Duitama y por hallazgos paraclínicos interrogan dengue hemorrágico. Durante estadía hospitalaria presenta múltiples **episodios eméticos diarios** (...) **persistencia de la cefalea, hemiparesia izquierda**, se han trasfundido +/- 6 UGRE con **persistencia de anemia** (...).

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

1. Sdx ictérico a estudio
2. Fiebre amarilla
3. Enfermedad tropical a estudio
4. Encefalopatía a estudio
5. Hemorragia (...) Vs Hematoma (...)

CONDUCTA.

1. (...)
2. Ranitidina 50 mg IV ahora
3. s/s hemograma, glicemia, TGO, TGP, PT-INR, PTT, Bilirrubinas totales y diferenciales, fosfatasa alcalina, P. orina, TAC cerebral (...)
4. Valoración por medicina interna
5. Hoja neurológica
6. (...)

**06-04-2008** 10+10 paciente refiere sensación nauseosa, no episodios eméticos. Metoclopramida 10 mg IV ahora.

**06/04/08** 15+30 TAC cerebral simple dentro del parámetro normal.

FECHA SALIDA: 6-4

HORA SALIDA: 16+00

DESTINO DEL PACIENTE: HOSPITALIZACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO: NO

SERVICIO DE ADMISIÓN: **HOSPITALIZACIÓN**

FECHA DE INGRESO: 2008/04/06 18:10:25

SERVICIO AL QUE INGRESA: MEDICINA INTERNA

**DIAGNOSTICO INGRESO: FIEBRE DEL DENGUE HEMORRAGICO**

APELLIDOS Y NOMBRES: SANABRIA LEON RAFAEL GUILLERMO

**EPICRISIS CONTINUA**

TRATAMIENTO INICIAL: Transfundir 60 de plaquetas,...metoclopramida, ranitidina,...dipirona. Ecografía abdominal total: vesícula distendida con barro biliar, ectasia renal derecha.

EVOLUCIÓN:

**07-04-2008** (...)

**08-04-2008.** Paciente con leve mejoría del estado de conciencia, (...)

**09-04-2008.** Familiar refiere indiferencia al medio, diuresis (+), deposición (+). (...), palidez cutánea generalizada (...) cuello sin megalias ni adenopatías, sin cianosis central. RsCs rítmicos sin soplos (...) Abdomen blando, no doloroso, (...), reducción fuerza muscular hemicuerpo izquierdo, (...). Plan: Nutrición por (...) soporte nutricional, (...) Dexametasona 6 mg que se suspende, metronidazol 500 mg (...), albendazol 400 mg (...), aislamiento, **hoja neurológica, (...), T. física ocupacional y de lenguaje 2 veces al día, Psicología.**

**10/04/2008.** Refiere sentirse mejor, tolera vía oral, diuresis (+), deposiciones (+), (...) palidez cutánea generalizada (...). Ansias, desorientado en tiempo y (...).

Análisis: Paciente **con adecuada evolución neurológica, con recuperación hemiparesia y del estado de conciencia.** Se debe descartar fiebre equina venezolana (...).

**11/Abril/2008:** Familiar refiere indiferencia al medio, apertura ocular espontánea, no respuesta verbal, no obedece órdenes pero responde al dolor, (...). **Se presenta en caso clínico de medicina interna en donde se plantea la posibilidad de tipo inmunológico y hematológico.** (...).

**Plan: Descartar mediante estudios complementarios: Anemia hemolítica, cupus eritematoso sistémico, síndrome de Evans.** (...). Cuadro hemático reporta Hb 6,9 Hcto (...) por lo que se decide trasfudir 2 U de GRE y s/s cuadro hemático postransfusión.

**12/Abril/2008.** Familiar refiere que el paciente presenta alucinaciones. Fue llevado ... a las 24 horas ayer para realizar RMN cerebral, sin embargo el paciente se presenta inquieto y ansioso por lo que no se le pudo realizar. (...).

**13/Abril/2008.** Adecuado patrón sueño, no picos febriles, tolera la vía oral, diuresis (+), deposición (+). Regular estado general, afebril, (...) Fuerza muscular 5/5 hemicuerpo derecho, 4/5 hemicuerpo izquierdo (...). Plan. Continuar igual manejo instaurado.

**14/Abril/2008.** Paciente refiere sentirse mejor, cefalea tipo picada leve frontal, no irradiada, (...), sin plejía, fuerza muscular conservada, (...), orientado en las 3 esferas. (...) sin déficit motor ni sensitivo, leve dolor en la palpación profundo hipocóndrio derecho.

Familiar manifiesta verbalmente que no permite realizar al paciente ningún procedimiento no toma de muestra para exámenes.

Es **valorado por el servicio de hematología que plantea anemia hemolítica y trombocitopenia de etiología autoinmune** actuando el virus como disregulador del sistema inmune. (...)

**15/Abril/2008.** Paciente con **diagnóstico de anemia hemolítica y trombocitopenia autoinmune de posible origen viral.** (...) Continuar igual manejo implantado desde ayer con concepto de hematología, (...).

Paciente presenta en horas de la tarde, desde la mañana episodios 2 de emesis de contenido (...).

**16/Abril/2008.** Paciente con evolución hacia la mejoría, tolerando vía oral (...).

**17-04-08:** Paciente con adecuada evolución clínica (...)

**18-04-2008:** Paciente con evolución clínica satisfecha (...) por lo que se ordena transfundir 2 U de GRE (...).

**19-04-2008:** Paciente con adecuada evolución a quien se le transfundieron 2 U de GRE, ayer, hoy el CH postransfusión evidencia (...). Tratamiento: igual manejo.

**20-04-2008:** Paciente estable termodinámicamente, asintomático (...). Tratamiento: Igual manejo.

**21-04-2008:** Paciente a quien presenta convulsión (...) generalizada que se prolonga durante +/- 2 horas (...), por lo que se solicita **valoración por UCI.**

S/S TAC cerebral simple dado que el paciente presenta (...). La Unidad de Cuidado valora al paciente y decide bajar a la UCI. (...) Hospitaliza en UCI.

CONDICIONES AL EGRESO: Malas condiciones generales, en estado convulsivo por lo que será llevado a UCI.

**DIAGNÓSTICO DE EGRESO DEFINITIVO: Encefalopatía** de origen a establecer. (...).

### **EPICRISIS ACTIVA - UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO**

FECHA DE INGRESO: **21 DE ABRIL DEL 2008**

PACIENTE MASCULINO DE 16 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA POR URGENCIAS EL DÍA 06 DE ABRIL DE 2008 CON CUADRO CLINICO DE CEFALEA INTENSA ASOCIADO A PARESTESIAS, HEMIPLEJIA IZQUIERDA, MULTIPLES EPISODIOS EMETICOS, FIEBRE Y ANEMIA QUE REQUIERE TRANSFUSIONES DE GRE Y PLAQUETAS, ES INGRESADO POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA Y NEUROLOGÍA E INICIAN ALGUNOS ESTUDIOS DE PATOLOGÍA DE BASE, DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN PACIENTE CON ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA, DE MANERA EMPÍRICA SE HAN REALIZADO MANEJO CON CEFTRIAXONA, VANCOMICINA, ACICLOVIR Y METRONIDAZOL PERO PACIENTE CON EVOLUCIÓN ESTACIONARIA. EL DÍA DE HOY PACIENTE CON DETERIORO SÚBITO DEL ESTADO DE CONCIENCIA GLASAGOW 11/15 Y QUIEN PRESENTA MÚLTIPLES EPISODIOS CONVULSIVOS TÓNICO CLÓNICOS GENERALIZADO CON OCULOEVERSION, NO LIBERACIÓN DE ESFÍNTERES, SIALORREA Y SOMNOLENCIA POSTERIOR, PACIENTE EN QUIEN SE CONSIDERA ENCEFALOPATÍA DE ORIGEN POR ESTABLECER POR DETERIORO DEL ESTADO DE CONCIENCIA SE TRASLADA A UCI. (...)

**ABRIL 21.** PACIENTE QUE **PERSISTE CON TROMBOCITOPENIA SEVERA, REQUIRIENDO TRASFUSIONES DE PLAQUETAS, TRASFUSIÓN DE GRE**, SE REINICIA PREDNISOLONA, SE PASA SNG SE INICIA GASTROCLISIS. **SS VALORACIÓN POR HEMATOLOGÍA, QUIENES HABÍAN CONSIDERADO LA POSIBILIDAD DE SD HEMOLITICO AUTOINMUNE.** (...)

**ABRIL 22.** PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE (...) DADA LA IMPOSIBILIDAD DE NUEVA VALORACIÓN POR HEMATOLOGÍA, SE DECIDE REMISIÓN PARA VALORACIÓN POR ESTE SERVICIO CONTINUAR ESTUDIOS EN PISO. NO REQUIERE EN EL MOMENTO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

**EPICRISIS CONTINUA.**

FECHA DE INGRESO: 22-04-08

FECHA DE EGRESO: 25-04-08

MOTIVO CONSULTA: Ingreso de UCI

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente quien es trasladado de UCI luego de 2 días por síndrome convulsivo, en UCI se iniciaron trámites de revisión a hematología con **Dx Síndrome Hemolítico – Anemia hemolítica autoinmune, trombocitopenia.** (...).

DIAGNOSTICO DE INGRESO: Anemia hemolítica autoinmune.

**23/04/08.** (...) no episodios convulsivos, no fiebre, hemodinamicamente estable, alerta, no sangrados, no deterioro neurológico.

TRATAMIENTO: Igual manejo (P) Remisión a hematología.

24/04/08. Presenta episodio de agitación psicomotora durante la noche, alerta, hemodinamicamente estable, no fiebre, **valorado por hematología quien indica reajustar dosis de corticoide** iniciando con (...) por no conseguirse disminución de actividad hemolítica, se reinicia ácido fólico, resto igual.

**25/04/08.** Asintomático, tolera vía oral, buen patrón de sueño – alerta, hidratado, (...) No deterioro clínico.

Se aceptó **remisión a Hospital de La Misericordia Bogotá** por hematología (...)

**DIAGNOSTICO DE EGRESO DEFINITIVO. Anemia hemolítica autoinmune.**

**DIAGNOSTICO DE EGRESO RELACIONADOS. Trombocitopenia** (...)." (Negrillas del Despacho)

Como soporte de la anterior historia clínica, se allega copia del Formato de "EVOLUCIÓN MÉDICA" de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja en la cual se detallan los servicios y procedimientos médicos suministrados al menor RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN durante los días que estuvo hospitalizado en dicha institución, esto es, entre el **06 y el 24 de abril de 2008**, evidenciando los exámenes (ecografías, radiografías, TAC y exámenes de laboratorio, de dengue y fiebre amarilla), transfusiones y valoraciones (Medicina Interna, Neurología,

Terapia Física, Terapia Ocupacional, Psicología y Nutrición) practicadas al paciente (fls.179-317, 420-569).

De igual manera, a folios 606 a 609 del plenario, se aporta copia auténtica del **Informe Técnico** emitido por el Médico Internista Arturo Alonso Hernández de Castro, en calidad de Gerente de Intercoop CTA, quien respecto del caso de RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEON, consideró lo siguiente:

**“SE TRATA DE MENOR ADULTO DE 16 AÑOS CON TALLA DE 1.78 MTS Y PESO DE 73 KGS, CONDICIONES PONDOESTATURALES DE UN ADULTO REMITIDO DEL HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, (...) INGRESA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, MORFOFISIOLOGIA DE MENOR ADULTO POR LO QUE ES ACEPTADO POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA (...) SE TOMAN PARACLINICOS QUE CONFIRMAN HIPERBILIRRUBINEMIA A EXPENSAS INDIRECTA, FOSFATASA ALCALINA, TRASAMINASAS ELEVADA, CUADRO HEMÁTICO CON TROMBOCITOPENIA Y SIN ANEMIA, SE CONSIDERA CUADRO SUGESTIVO DE COLESTACIS INTRAHEPATICA SECUNDARIA PATOLOGIA EN PRIMER LUGAR DE ORIGEN INFECCIOSA POR LO QUE SE PLANTEA COMO DX DE TRABAJO:**

1. HEPATITIS VIRAL
2. FIEBRE AMARILLA
3. LEPTOSPIROSIS
4. DENGUE
5. ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR DE TIPO HEMORRAGICO SECUNDARIO A LA TROMBOCITOPENIA.

**ES VALORADO POR NEUROLOGÍA,** TOMA TAC DE CRÁNEO SIMPLE EL CUAL DESCARTA CUADRO HEMORRAGICO Y CONSIDERAN ENCEFALITIS SECUNDARIA A DENGUE Y/O LEPTOSPIROSIS Y DESCARTAR CEREBRITIS POR HALLAZGO CLINICO DE MENINGISMO (RIGUIDEZ DE NUCA), E INICIAN MANEJO ANTIBIOTICO SIN TOMA DE LIQUIDO CEFALORAQUIDEO MEDIANTE PUNSION LUMBAR POR ALTO RIESGO DE SANGRADO POR TROMBOCITOPENIA E HIPERENSION ENDOCRANEANA, **SE HOSPITALIZA CON INDICACIÓN DE AISLAMIENTO PROTECTOR POR TRATARSE DE POSIBLE ENFERMEDAD INFECCIOSA,** (...) **ES VALORADO POR EL GRUPO DE SOPORTE NUTRICIONAL** PARA ALIMENTACION POR SONDA NASOGASTRICA PARA ASEGURAR SU SOPORTE CALORICO ADECUADO, HA REQUERIDO DE **MULTIPLES POLITRANSFUSIONES POR DESCENSO DE HEMATOCRITO Y PERSISTENCIA DE TROMBOCITOPENIA,** (...) EL DIA 10 DEL MES DE ABRIL DE 2008 PRESENTA CUADRO DE CRISIS CONVULSIVAS POR LO QUE NEUROLOGIA INICIA TERAPIA ANTICONVULSIONANTE CON FENITOINA, EL DIA 11 DEL MISMO MES SE RECIBE DEL **GRUPO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE VECTORES** IgM PARA DENGUE SIENDO ESTA NEGATIVA, (...) EL MISMO DIA **SE LLEVA CASO CLINICO A JUNTA MEDICA** DONDE SE DESCARTA PATOLOGIA DE TIPO INFECCIOSA, PLANTEANDOSE COMO NUEVO PROBLEMA DIAGNOSTICO PATOLOGIA DE TIPO AUTOINMUNE COMO:

1. ANEMIA HEMOLITICA

2. 2. LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO
3. SINDROME DE EVANS

(...) EL DIA 12 SE SOLICITA RNM CEREBRAL CON GODOLINIO, PRUEBAS DE DUNCION RENAL LAS CUALES SE ENCUENTRAN DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES, (...) **CUADRO HEMATICO CON PERSISTENCIA DE TROMBOCITOPENIA**, (...) EL DIA 14 VALORADO POR NEFROLOGIA QUIEN CONSIDERA NO ALTERACION DE LA FUNCION RENAL, EL DIA 14 DEL MISMO MES (OCTAVO DIA DE HOSPITALIZACION) **VALORADO POR HEMATOLOGIA** QUIEN INDICA SUSPENDER (...), EL MISMO DIA EL PADRE SE NIEGA A QUE AL MENOR ADULTO RAFAEL GUILLERMO SANABRIA SE LE PRACTIQUEN ESTUDIOS CLINICOS ADICIONALES, Y HEMATOLOGIA **CONFIRMA DX DE ANEMIA HEMOLITICA MAS TROMBOCITOPENIA DE POSIBLE ORIGEN VIRAL**, PARA EL DIA 15 DEL MES SE ESPERA PERMISO DE LOS PADRES PARA REALIZACION DE PUNCION LUMBAR PARA CONFIRMAR CUADRO INFECCIOSO A NIVEL CENTRAL RESUELTO, LA CUAL NO SE REALIZA POR FALTA DE AUTORIZACION, (...).

EL DIA 21 DEL MISMO MES (...), PRESENTA NUEVA CRISIS CONVULSIVA Y ALTERACION DEL ESTADO DE CONCIENCIA POR LO CUAL ES **TRASLADADO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS** EN UN SENTIDO PROTECTOR PARA EVITAR QUE EL PCTE SE PRODUZCA O AUTOINFRINGA ALGUN TIPO DE LESION, (...) EL 24 DEL MISMO MES EN CURSO ES **VALORADO NUEVAMENTE POR HEMATOLOGIA QUIEN CONSIDERA REAJUSTE DE TERAPIA CORTICOIDEA (...)** Y **REAFIRMA QUE EL MENOR ADULTO CURSA CON ANEMIA HEMOLITICA INMUNE COOMBS DIRECTO NEGATIVO Y TROMBOCITOPENIA AUTOINMUNE SEVERA E INDICA REMISION A IV NIVEL DE COMPLEJIDAD** PARA CONTINUAR TRATAMIENTO DADA LA POCA RESPUESTA OBTENIDA CON TERAPIA INDICADA, EL DIA 25 DEL MISMO MES ES **ACEPTADO EN HOSPITAL LA MISERICORDIA DONDE PERMANECE POR 2 MESES EN TRATAMIENTO PARA FINALMENTE FALLECER POR CUADRO DE TROMBOENBOLOSMO PULMONAR Y FALLA RENAL SECUNDARIA** ADEMAS DE HABER CURSADO CON VARIAS **COMPLICACIONES INERENTES A LA TERAPIA DE PLASMAFERESIS** COMO SEPSIS ASOCIADA A CATETER POR ESTAFILOCOCO AURES, FALLA RENAL, INSUFICIENCIA SUPRERRENAL INDUCIDA POR MEDICAMENTOS YA QUE EN LA HISTORIA CLINICA DE ESA INSTITUCION **REPITEN NUEVO BOLO DE CORTICOIDES CON METIL PREDNISOLONA TERAPIA YA INSTAURADA EN NUESTRA INSTITUCION.**(...)” (Negrillas del Despacho)

Ahora, a folios 976 a 981 del expediente, obra copia del complemento del Informe Pericial de Necropsia 2008010111001002319 de quien en vida respondiera al nombre de RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN, en el cual la Dra. Mabel Zurbarán, Profesional Especializado Forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, indica lo siguiente:

“...Adolescente masculino, de 16 años de edad, quien, según la epicrisis del hospital La Misericordia, ingresó a este hospital el 25 de abril del año 2008 por remitido del hospital de Tunja por cuadro de 3 meses de evolución consistente en **anemia en estudio, acompañada por**

**cefalea, náuseas y convulsiones. En los laboratorios se encuentra trombocitopenia.** Se hospitaliza, realizan valoraciones por especialistas y **se diagnostica una púrpura trombocitopénica trombótica.** Se da tratamiento, **se estudia la posibilidad de una esplenectomía,** presenta cuadro séptico con descompensación hemodinámica, en un paciente con inmunosupresión por tratamiento médico. El 16 de junio (52 días de hospitalización) se anotan diagnósticos de: Púrpura Trombocitopénica trombótica, Anemia hemolítica no inmune, Crisis Convulsivas resueltas, Accidentes isquémicos transitorios, Síndrome mental orgánico; Falla renal en estudio. Desacondicionamiento físico, Síndrome anémico politransfundido, Síndrome febril a estudio y Choque vasodilatado que requirió manejo vasopresor resuelto. Evoluciona con dolor epigástrico, epistaxis e hipotensión, recibe tratamiento con transfusiones. Posteriormente presenta episodio convulsivo durante la administración de medicamento, seguido en estado postictal de mal patrón respiratorio, acompañado por bradicardia, se realizan maniobras de reanimación son respuesta adecuada y fallece..." (Negrillas del Despacho).

El dicho informe, la referida Profesional Forense continua con la exposición del marco teórico de la "PURPURA TROMBOCITOPENICA TROMBOTICA" y concluye que "con la información disponible y hallazgos de necropsia, la muerte es debida a insuficiencia respiratoria aguda por extensa hemorragia pulmonar asociada a probable arritmia cardiaca por múltiples microhemorragias en miocardio, **secundaria a su enfermedad de base: Púrpura Trombocitopénica Trombótica.**" (fl.981)

Así mismo, a folios 260 y 261 del Cuaderno "CARPETA No.1" se observa copia auténtica del informe rendido por la Policía Judicial dentro del Caso No.110016000028200802041, en el que, respecto de la investigación adelantada con ocasión de la muerte de RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN, se manifiesta lo siguiente:

**"...5. Resultados de la actividad investigativa (Descripción clara y precisa de los resultados)**

...COMO CONCLUSIÓN DEFINE QUE CON LA INFORMACIÓN DISPONIBLE Y LOS HALLAZGOS DE LA NECROPCIA, LA MUERTE ES DEBIDA A INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA POR EXTENSA HEMORRAGIA PULMONAR ASOCIADA A PROBABLE ARRITMIA CARDIACA POR MULTIPLES MICROHEMORRAGIAS EN MIOCARDIO, **SECUNDARIA A SU ENFERMEDAD DE BASE: PURPURA TROMBOCITOPENIA TROMBOLICA PROBABLE MANERA DE MUERTE NATURAL SE ESPERA REUNIÓN CON LOS FAMILIARES DE LA VICTIMA PARA SER EXPLICADO LA MUERTE DE NIÑO YA QUE EN REUNIÓN CON EL SEÑOR FISCAL SE CONSIDERO QUE SEGÚN RESULTADOS DE LA NECROPCIA LA MUERTE SE DIO NATURAL.**" (Negrillas del Despacho)

Finalmente, observa el Despacho que la Fiscalía General de la Nación mediante providencia de 17 de febrero de 2010, proferida dentro del Caso No.110016000028200802041, ordenó el archivo de las

diligencias de conformidad con lo establecido en el artículo 79 del C.P.P., teniendo en cuenta que, a partir de los medios probatorios allegados, se infirió que la muerte del menor RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN no sobrevino por acción de manos criminales, sino que se produjo por causa natural (fls.263-264 Carpeta No.1).

Así las cosas, a partir de los anteriores antecedentes el Despacho puede extraer, puntualmente, las siguientes apreciaciones: El día **30 de marzo de 2008**, el menor RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN acudió por urgencias al **Hospital Regional de Duitama** con cuadro de más o menos diez días de evolución de fiebre, cefalea, dolor abdominal y diarrea, procedente de la ciudad de Santa Martha, con signos vitales normales, palidez muco cutánea y con equimosis en brazo izquierdo y cuello de pie. Fue hospitalizado con diagnóstico de síndrome febril y, con base en cuadro hemático que demostraba anemia severa y disminución de plaquetas, se planteó probable Dengue Hemorrágico. Los días **31 de marzo, 2 y 6 de abril de 2008**, le transfundieron 10 unidades de plaquetas, más 4 de glóbulos rojos, con persistencia de trombocitopenia. Paralelamente le administraron tratamiento con líquidos endovenosos, acetaminofen, metilprednisolona, pero ante no logro de estabilización del cuadro clínico se reenfocó el diagnóstico como una bicitopenia (anemia trombocitopenia severa), razón por la cual se decide su remisión a un nivel de mayor complejidad para estudios y manejo por hematología - **5 de abril de 2008**-.

Para el **06 de abril de 2008**, el paciente ingresó al **Hospital San Rafael de Tunja** con diagnóstico de fiebre del dengue hemorrágico y con antecedentes de episodios eméticos, persistencia de la cefalea, hemiparesia izquierda y anemia. Para los días **08 y 10 de abril de 2008**, el paciente presentó leve mejoría, con adecuada evolución neurológica, con recuperación hemiparesia y del estado de conciencia. De igual manera, se dispuso descartar fiebre equina venezolana. Para el **11 de abril de 2008**, se planteó por medicina interna la posibilidad de tipo inmunológico y hematológico, ordenándose descartar mediante estudios complementarios: Anemia hemolítica, cupus eritematoso sistémico y síndrome de Evans. El **14 de abril de 2008**, el paciente fue valorado por el servicio de hematología que planteó anemia hemolítica y trombocitopenia de etiología autoinmune. Para el **21 de abril de 2008**, el paciente presentó convulsión generalizada prolongada durante mas o menos 2 horas, razón por la cual fue ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos en donde se iniciaron trámites de remisión a hematología con Diagnóstico de Síndrome Hemolítico - Anemia hemolítica autoinmune, trombocitopenia.

Durante los días **23 a 25 de abril de 2008**, el paciente estuvo asintomático, no presentó episodios convulsivos ni fiebre, estuvo hemodinamicamente estable, alerta, sin sangrados, sin deterioro neurológico, tolerando vía oral, con buen patrón de sueño, hidratado y sin deterioro clínico. Para esta fecha se aceptó la remisión al Hospital

La Misericordia de Bogotá, a donde finalmente fue remitido con diagnóstico de egreso definitivo de Anemia hemolítica autoinmune, y diagnóstico de egreso relacionado de Trombocitopenia.

Conforme al recuento de la atención médica y hospitalaria prestada a RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN, lo primero que establece el Despacho es que el menor ingresó al Hospital Regional de Duitama con síntomas de fiebre, cefalea, dolor abdominal, vómito, diarrea, hemiparesia izquierda y anemia, a partir de los cuales tanto la institución hospitalaria referida como el Hospital San Rafael de Tunja plantearon como diagnósticos Síndrome Hemolítico – Anemia hemolítica autoinmune, trombocitopenia de etiología autoinmune.

Por su parte, conforme a los informes rendidos tanto por la Policía Judicial como por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, referenciados anteriormente, la muerte del menor fue consecuencia de una insuficiencia respiratoria aguda por extensa hemorragia pulmonar, secundaria a una enfermedad de base denominada purpura trombocitopenia trombótica.

Así las cosas, el Despacho considera necesario y prudente acudir a la literatura médica para establecer si la atención brindada al paciente en los Hospitales Regional de Duitama y San Rafael de Tunja fue oportuna y adecuada de acuerdo a los diagnósticos emitido por los médicos tratantes.

Al respecto, se tiene que la **trombocitopenia**<sup>19 20</sup> es una enfermedad que afecta tanto a niños como adultos en la que se manifiesta un recuento bajo de plaquetas. Las plaquetas o trombocitos, son células sanguíneas incoloras que ayudan a la sangre a coagular, deteniendo los sangrados pues aglutinan y forman tapones en las lesiones de los vasos sanguíneos.

Con frecuencia, esta enfermedad es el resultado de otro trastorno, como la leucemia o un problema del sistema inmunitario. La trombocitopenia puede ser leve y causar pocos signos o síntomas. En casos poco frecuentes, el número de plaquetas puede ser tan bajo que se produce un peligroso sangrado interno.

Como causas o trastornos que provocan esta enfermedad se encuentran, entre otros, los siguientes: **i)** Las infecciones producidas por el virus de la hepatitis C, por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y por el virus de Epstein-Barr (la causa más habitual de mononucleosis). **ii)** Que la médula ósea no produzca suficientes plaquetas, como sucede en la leucemia y en algunas anemias. **iii)** Que

<sup>19</sup> <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/thrombocytopenia/symptoms-causes/syc-20378293>

<sup>20</sup> <https://www.msdmanuals.com/es-co/hogar/trastornos-de-la-sangre/trastornos-de-las-plaquetas/introducción-a-la-trombocitopenia>.

las plaquetas queden atrapadas en el bazo cuando este aumenta de tamaño, como ocurre en la mielofibrosis, la cirrosis hepática y la enfermedad de Gaucher, con lo cual se reduce el número de plaquetas en el torrente sanguíneo. **iv)** Ciertos medicamentos pueden reducir la cantidad de plaquetas en la sangre. En ocasiones, un medicamento confunde al sistema inmunitario y hace que este destruya las plaquetas.

De igual manera, existen afecciones que pueden hacer que el organismo agote o destruya las plaquetas más rápido de lo que las produce, llevando a una escasez de plaquetas en el torrente sanguíneo. Algunas de estas afecciones son:

- ✓ **Trombocitopenia inmunitaria (PTI).** Es un trastorno hemorrágico causado por la disminución del número de plaquetas que se produce en una persona que no tiene otra enfermedad.<sup>21</sup> Este tipo de trombocitopenia se produce a causa de enfermedades autoinmunitarias, donde el sistema inmunitario del cuerpo ataca por error las plaquetas y las destruye. Cuando se desconoce la causa exacta de esta enfermedad, se le denomina "*púrpura trombocitopénica idiopática*". Este tipo de trastorno afecta, con mayor frecuencia, a los niños en los cuales a menudo desaparece por sí sola. En los adultos esta enfermedad suele ser de larga duración o crónica.
- ✓ **Púrpura trombocitopénica trombótica (PTT).** Esta es una afección poco frecuente que ocurre cuando se forman repentinamente pequeños coágulos de sangre en todo el cuerpo, los cuales agotan grandes cantidades de plaquetas.

El término trombótico significa que se forman coágulos de sangre, trombocitopénica significa que el recuento de plaquetas es bajo, y púrpura significa que aparecen manchas moradas o moretones en la piel<sup>22</sup>.

La causa de esta enfermedad es a menudo desconocida, pero algunas personas la desarrollan después de tomar ciertos medicamentos (como quinina, ciclosporina y mitomicina C) o durante el embarazo. En otros casos, la PTT puede aparecer como consecuencia de un trastorno autoinmunitario, en el que el sistema inmunitario del organismo produce anticuerpos que destruyen la enzima ADAMTS13. Cuando esta enzima es deficiente, las plaquetas comienzan a formar coágulos inadecuadamente dentro de los vasos sanguíneos, el número de plaquetas en la sangre

<sup>21</sup> <https://www.msmanuals.com/es-co/hogar/trastornos-de-la-sangre/trastornos-de-las-plaquetas/trombocitopenia-inmunitaria>

<sup>22</sup> <https://www.msmanuals.com/es-co/hogar/trastornos-de-la-sangre/trastornos-de-las-plaquetas/purpura-trombocitopenica-trombotica-y-sindrome-uremico-hemolitico>

disminuye, y los órganos en los que se forman los coágulos (tales como el cerebro y los riñones) pueden sufrir lesiones<sup>23</sup>.

- ✓ **Síndrome urémico hemolítico (SUH).** Este trastorno poco frecuente produce una caída repentina en la cantidad de plaquetas, la destrucción de glóbulos rojos y el deterioro de la función renal. En ocasiones, pueden ocurrir en relación con una infección bacteriana producida por la ingesta de alimentos contaminados por *Escherichia coli*, por ejemplo, al consumir carne cruda o poco cocida, o por otras bacterias productoras de toxinas.

El término *hemolítico* significa que los glóbulos rojos se rompen, y *urémico* significa que la lesión renal hace que un producto de desecho, la urea, se acumule en la sangre.

Ahora, la hemorragia en la piel puede ser la primera señal de que existe un número bajo de plaquetas. Con frecuencia aparecen pequeñas manchas rojas (petequias) en la piel de la parte inferior de las piernas, y cualquier golpe causa hematomas (equimosis). Las encías sangran y es posible que se detecte sangre en las heces y en la orina. El sangrado empeora a medida que disminuye el número de plaquetas. Las personas que tienen muy pocas plaquetas pueden perder mucha sangre en el tracto digestivo, o sufrir una hemorragia cerebral, potencialmente mortal, sin haber sufrido lesión alguna.

Los médicos sospechan trombocitopenia en las personas que presentan hematomas y sangrados anormales. Ciertos síntomas ayudan a establecer la causa, por ejemplo, si la trombocitopenia es producida por una infección, el paciente presenta fiebre. Por el contrario, la trombocitopenia inmunitaria (PTI), la púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) y el síndrome urémico hemolítico (SUH) cursan sin fiebre. El bazo aumentado de tamaño, que el médico puede detectar durante la exploración física, indica que el bazo está atrapando plaquetas y que, por tanto, la trombocitopenia es resultado del trastorno que causa su tamaño aumentado.

La púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) y el síndrome urémico-hemolítico (SUH) son trastornos raros y relacionados, en los cuales repentinamente se forman gran cantidad de pequeños coágulos de sangre (trombos) en todo el cuerpo. Estos coágulos bloquean los pequeños vasos sanguíneos de todo el cuerpo, sobre todo los del cerebro, el corazón y los riñones. La obstrucción de los vasos sanguíneos daña los órganos y puede comportar la rotura de glóbulos rojos que pasan a través de los vasos parcialmente bloqueados. Los coágulos también implican que un número anormalmente alto de plaquetas está siendo utilizado por el organismo, y esta situación conlleva una disminución importante en el total de plaquetas del torrente sanguíneo.

---

<sup>23</sup> Íbidem.

Las principales diferencias entre la PTT y el SUH son que la primera es más habitual en adultos y no suele causar insuficiencia renal (lesión renal aguda), mientras que el segundo es más común en los niños y causa insuficiencia renal.

En la **púrpura trombocitopénica trombótica**, los pequeños coágulos de sangre que se forman causan una amplia **variedad de síntomas y de complicaciones**, algunas de las cuales pueden ser mortales. Los síntomas que resultan de la **presencia de coágulos en el cerebro incluyen dolor de cabeza, confusión, convulsiones y coma**. Los síntomas que resultan de la formación de coágulos en el cerebro pueden ser intermitentes, y pueden variar en gravedad. Los síntomas de la **presencia de coágulos en el resto del organismo son arritmias cardíacas, sangre en la orina y dolor abdominal**<sup>24</sup>.

En el **síndrome urémico-hemolítico**, los niños pequeños suelen presentar primero vómito y diarrea. La diarrea es a menudo con sangre. Los principales síntomas de las complicaciones del SUH están relacionados con coágulos de sangre en los riñones, que provocan una lesión que suele ser grave y que a menudo deriva en insuficiencia renal y puede requerir diálisis. El SUH no suele causar síntomas cerebrales.

El diagnóstico de la **trombocitopenia inmunitaria** se efectúa a través del análisis de sangre con el propósito de llevar a cabo un recuento de plaquetas.

Los médicos emiten un diagnóstico de PTI cuando el recuento de plaquetas es inferior a 100.000 por microlitro de sangre sin una disminución similar en el recuento de glóbulos rojos ni de glóbulos blancos, y cuando no hay ninguna otra explicación clara para la trombocitopenia, como una infección, o el uso de ciertos medicamentos. **No existe ninguna prueba bien establecida para confirmar que una persona tiene PTI**<sup>25</sup>.

Como tratamiento de esta enfermedad se encuentra el suministro de **i) Corticoesteroides**<sup>26</sup>, **ii) Inmunoglobulina intravenosa**, agonistas del receptor de la trombopoyetina, rituximab, u otros fármacos inmunosupresores (por ejemplo, azatioprina o micofenolato), y **iii) en ocasiones, extirpación del bazo**.

Los corticoesteroides, como la prednisona, y el concentrado de inmunoglobulinas por vía intravenosa, pueden bloquear temporalmente los anticuerpos que destruyen las plaquetas en la PTI, permitiendo así que el número de plaquetas aumente. Los adultos que

<sup>24</sup> Íbidem.

<sup>25</sup> <https://www.msmanuals.com/es-co/hogar/trastornos-de-la-sangre/trastornos-de-las-plaquetas/trombocitopenia-inmunitaria>

<sup>26</sup> Los corticosteroides conocidos también como corticoides, cortisona o cortisol, son hormonas producidas por las glándulas suprarrenales que poseen una fuerte acción antiinflamatoria, siendo por esto muy utilizados en el tratamiento de problemas crónicos como por ejemplo asma, alergias, artritis reumatoide, lupus o en casos de trasplante de riñón. <https://www.tuasaude.com/es/corticosteroides/>

no responden de manera adecuada a los corticoesteroides pueden requerir fármacos adicionales que inhiben el sistema inmunitario, como rituximab, azatioprina o micofenolato.

De otra parte, el diagnóstico de la **púrpura trombocitopénica trombótica (PTT)** y el **síndrome urémico hemolítico (SUH)** se da partir de los síntomas de las personas afectadas y de los análisis de sangre. Los médicos sospechan de estas patologías cuando observan un recuento bajo de plaquetas en personas que han estado enfermas, que han tomado ciertos medicamentos, o que están embarazadas. Aunque **no hay pruebas de sangre que permitan diagnosticar específicamente la PTT o el SUH, los médicos llevan a cabo una serie de análisis de sangre que, junto con los síntomas de las personas afectadas, ayudan a establecer el diagnóstico.** Estos análisis de sangre con frecuencia incluyen pruebas que demuestran que los glóbulos rojos de la sangre están siendo destruidos y pruebas para detectar la presencia de anticuerpos contra la enzima ADAMTS13<sup>27</sup>.

Como tratamiento de estas patologías se encuentran: Para la PTT, corticoesteroides y plasmaféresis<sup>28</sup>, y para el SUH, diálisis renal y algunas veces el fármaco eculizumab. Las personas con PTT a menudo son tratadas con corticoesteroides y recambio plasmático (transfusiones de plasma junto con plasmaféresis).

En caso de SUH, cerca de la mitad de los niños requieren temporalmente diálisis renal. Muy a menudo los riñones se recuperan, pero algunos niños tienen daño renal permanente. La plasmaféresis no resulta de utilidad. El eculizumab es un anticuerpo que reduce la tasa de daño renal y, en algunas personas, permite restaurar rápidamente la función renal.

Así las cosas, el Despacho a partir de lo consignado en el escrito de demanda, en las contestaciones a la misma, en las pruebas allegadas al expediente y apoyado en la literatura médica referida anteriormente, arriba a las siguientes conclusiones.

El menor RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN acudió el día 30 de marzo de 2008, al servicio de urgencias del Hospital Regional de Duitama con síntomas de fiebre, cefalea, dolor abdominal y diarrea, los cuales presentaba desde hacía aproximadamente 10 días, cuando se encontraba en la ciudad de Santa Marta. A partir del examen de cuadro hemático que arrojó como resultado anemia severa y disminución de plaquetas a 8000, fue hospitalizado planteándose como diagnóstico

27 <https://www.msmanuals.com/es-co/hogar/trastornos-de-la-sangre/trastornos-de-las-plaquetas/púrpura-trombocitopénica-trombótica-y-síndrome-urémico-hemolítico>

28 La plasmaféresis es un procedimiento extracorpóreo, en el cual a partir de la sangre extraída del paciente se procede a separarla en sus componentes plasma y elementos celulares. Constituye una variedad de aféresis, y su objetivo principal es remover elementos específicos del plasma, los cuales se consideran que son mediadores de procesos patológicos.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v34n1/v34n1a5.pdf>.

probable Dengue Hemorrágico y ordenándose la transfusión de plaquetas y glóbulos rojos, la cual se llevó a cabo los días 31 de marzo, 2 y 6 de abril de 2008, así como la administración de líquidos endovenosos y medicamentos. Pese a lo anterior, ante la no estabilización del cuadro clínico, los médicos tratantes reenfocaron el diagnóstico hacia una bicitopenia (anemia trombocitopenia severa) y ordenaron su remisión a un nivel de mayor complejidad para estudios y manejo por hematología, circunstancia que se hizo efectiva el día 6 de abril de 2008.

En cuanto al diagnóstico de Dengue Hemorrágico planteado inicialmente por los galenos del Hospital de Duitama, el Despacho considera que el mismo se dio de acuerdo a los síntomas presentados por el paciente, los cuales se ajustaban a los originados por esta clase patología. Lo anterior, conforme a lo indicado por la literatura médica que al respecto señala que *"...El Dengue se caracteriza por fiebre, dolor en los huesos y dolor de cabeza, dolores en las articulaciones, pérdida del apetito y dolor detrás de los ojos."* De igual manera, (...) *Hay unos síntomas que son de alarma, como decaimiento mayor, permanencia de fiebre, sangrado en las encías, en la orina, moretones en la piel y dolor abdominal persistente...*<sup>29</sup>. Sin embargo, ante la no evolución del paciente, luego de realizados y suministrados los exámenes y medicamentos para dicha enfermedad, el diagnóstico se replanteó hacia una bicitopenia (anemia trombocitopenia severa), ordenándose su remisión a una institución de tercer nivel de complejidad, esto es, al Hospital San Rafael de Tunja, para estudio y manejo por Hematología.

Observa el Despacho entonces, que los supuestos en que se funda la demanda frente al Hospital Regional de Duitama, carecen de respaldo probatorio, pues se considera que el diagnóstico y la atención brindada por esta institución en este caso particular, fue oportuna y acorde con los síntomas que presentaba el paciente RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN.

Así pues, debe concluirse que, en este caso, el diagnóstico y la atención médica fue concordante con los síntomas que presentaba el paciente, de acuerdo con el examen y los hallazgos encontrados al momento de su ingreso, de manera que no es posible jurídicamente sostener que en este caso se presentó una falla en el servicio y mucho menos que hubo una prestación tardía, negligente, inadecuada o deficiente del servicio médico de la E.S.E. Hospital Regional de Duitama, como lo afirma la parte actora.

Ahora, en cuanto al servicio médico prestado por la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja, se tiene que el paciente ingresó el 06 de abril de 2008, con diagnóstico de fiebre del dengue hemorrágico, presentando

<sup>29</sup> <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Dengue.aspx>

episodios eméticos diarios, hemiparesia izquierda y persistencia de la cefalea y anemia, razón por la cual se ordenó como tratamiento inicial la transfusión de plaquetas, así como su valoración por parte de las especialidades de neurología, terapia física ocupacional y de lenguaje, y psicología. Luego, medicina interna planteó la posibilidad de tipo inmunológico y hematológico, especialidad esta última que luego de valorar al paciente, diagnosticó anemia hemolítica y trombocitopenia de etiología inmune formulando dosis de corticoide como tratamiento de las mismas y ordenado su remisión al Hospital La Misericordia de Bogotá para ser valorado por hematología.

De igual manera, frente al anterior procedimiento, en el expediente obra declaración rendida por el señor **Martín Germán Ayala García (fls.2021-1024)**, Médico Especialista en Neurología de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja, el cual expresamente señaló lo siguiente:

*"...paciente que ingresa con alteraciones en su esfera mental dado por una conjunción mental y una aparente hemiparesia izquierda que es una falta de movimiento del lado izquierdo sin signos meníngeos sin signos de infección en el sistema nervioso central que ingresa para evaluación completa integral (...) paciente se encontraba desorientado un poco confuso agitado y pues **venía para practicarse los estudios pertinentes de extensión o sea completar todo el estudio en aras de hacer un diagnóstico y llevar a cabo el tratamiento pertinente.** ...*

*...hallazgo clínico de **alteraciones en la sangre por trombocitopenia** que es lo que llamamos nosotros en medicina **disminución de las plaquetas y anemia, ósea disminución de los glóbulos rojos.** (...) enfermedad bastante activa agresiva que tiene características autoinmunes o sea el propio sistema de defensas del organismo reacciona contra sí mismo y en este caso también atacando el sistema nervioso central que da cuadros de desestabilización de la Esfera mental...*

*...era un **diagnóstico muy evidente no daba lugar a ningún equivoco al respecto era una enfermedad autoinmune** claramente autoinmune como decía hasta el cansancio las células de defensa atacan sitios que en muchos casos son varios sitios las propias células de defensa que son tanto células como anticuerpos ambas modalidades atacan sitios células propias del organismo este caso atacaban plaquetas atacaban glóbulos rojos atacaban endotelio vascular del cerebro de los vasos sanguíneos cerebrales y en muchas ocasiones pues atacan riñón..."*

*...soy perentorio y enfático en decir que en él **todas las armas terapéuticas y de diagnóstico con las que se contaba en la época se contemplaron, se hicieron, se tuvieron en cuenta, el reflejo de eso es que el paciente salió estabilizado obviamente con una enfermedad autoinmune** actuando sobre el sistema sanguíneo puesto que sobre el sistema nervioso se logró controlar, desde punto de vista neurológico se logró controlar esa vasculitis del sistema nervioso de manera muy apropiada Y esa se logró controlar en sus*

*convulsiones en su psicosis en su vasculitis, desde el punto de vista de sistema nervioso él salió muy estabilizado (...) lógicamente con una enfermedad enmarcado dentro del escenario de una enfermedad agresiva muy activa y agresiva si **se cumplieron todas las posibilidades terapéuticas con las que contaba para esa parte en un hospital de Tercer nivel...***"

De igual manera, se recepcionó el testimonio del Médico Cirujano **Arturo Hernández de Castro**, quien frente a la pregunta de si en el Hospital San Rafael de Tunja se realizaron las actividades médicas pertinentes y necesarias para dar con el diagnóstico del paciente, manifestó lo siguiente:

*"pues hizo todo lo que había que hacer en primera instancia me acuerdo que el paciente llegó con remisión de un dengue, se descartó esa patología como primera posibilidad diagnóstica **paciente persistía con la trombocitopenia** y todos comenzamos a descartar posibles causas de trombocitopenia dentro de esas estudiamos todas las posibles enfermedades infecciosas que pudiesen ocasionar una púrpura trombocitopénica una trombocitopenia en ese momento descarta toda esta serie patologías de tipo infecciosa pues entonces comenzamos a considerar patologías de tipo inmunológico de ahí de que **se le pidieron hacer exámenes de tipo de autoinmunidad confirmado diagnóstico** (...) mientras estuve en el hospital San Rafael no presentó complicaciones (...) las manifestaciones adicionales a su trombocitopenia y anemia era el curso natural de la enfermedad (...) presentó muchas veces o nos tocó en varias oportunidades transfundir pero eso es dentro del mismo curso natural de la enfermedad o sea yo no consideró que haya presentado complicación (...)."*

*"...es diferente no conocer el diagnóstico de la patología a no tener un diagnóstico, al no tener un diagnóstico no podemos iniciar tratamiento eso sí sería un error gravísimo médico iniciar un tratamiento sin saber que tiene el paciente (...) **ahora porque nos demoramos tanto en decidir remitir el paciente porque son exámenes la mayoría de alta complejidad que no se hacen en la ciudad de Tunja son exámenes que hay que remitirlos a Bogotá y eso se demora en cualquier examen de tipo inmunológico que pidamos ...** estos exámenes se demoran mínimo 10 días aquí en Tunja en Bogotá dónde lo ponga en cualquier lugar del mundo."*

Así mismo, frente a las preguntas relacionadas con el tratamiento a seguir frente a la patología denominada púrpura trombocitopénica trombótica, y si frente a la misma se cumplieron los protocolos establecidos en medicina, afirmó puntualmente lo siguiente:

*"...el tratamiento de primera línea son los **esteroides** los cuales se le iniciaron en el hospital San Rafael..."*

*"...evidentemente dentro del alegato que presenta el hospital yo creo que ahí personalmente yo elabore un documento de una revisión del tema donde precisamente se narra cada uno de los pasos que se debe seguir en el estudio de un paciente de esta naturaleza (...) de acuerdo*

*a esos pasos se siguieron al pie de la letra como debe ser y como lo recomienda la literatura médica internacional...".*

A partir de todo lo expuesto anteriormente, encuentra el Despacho que la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja adelantó el procedimiento médico necesario para establecer la patología que presentaba el menor RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN, de acuerdo con una adecuada praxis médica y con lo previsto en la literatura médica traída a colación anteriormente.

Recuérdese que es la propia literatura médica la que reconoce que no hay pruebas de sangre que permitan diagnosticar específica y concretamente la púrpura trombocitopénica trombótica, sino que como en el presente caso, su diagnóstico se establece a partir del estudio de los síntomas presentados por el paciente (fiebre, cefalea, dolor abdominal, diarrea, equimosis brazo izquierdo y cuello de pie) y de los análisis de sangre que evidencien recuento bajo de plaquetas (8.000).

Ahora, conforme se estudió líneas atrás, el tratamiento para la patología de púrpura trombocitopénica trombótica, es el suministro de **corticoesteroides** y el procedimiento denominado **plasmaféresis**. Frente al primero, en el presente caso se demostró a partir de la historia clínica del paciente y del testimonio del Médico Arturo Hernández de Castro, su suministro por parte de la especialidad de hematología del Hospital San Rafael de Tunja.

Frente al segundo, se observa que el día 24 de abril de 2008, el paciente fue valorado por la especialidad de hematología quien reajusto la terapia corticoidea y solicitó su remisión a una institución de IV nivel de complejidad con el propósito de continuar con el tratamiento dada la poca respuesta obtenida con terapia indicada, es decir, para continuar con el procedimiento plasmaféresis.

Frente a este aspecto, el Médico Especialista **Martín Germán Ayala García** señaló lo siguiente:

*"... desde el punto de vista médico el paciente sale vivo, en buenas condiciones, **él necesitaba era un tratamiento complementario** puesto que él **salió con un diagnóstico claramente hecho** inequívocamente hecho el diagnóstico fue una enfermedad autoinmune que atacaba sistemas corporales que en este caso fueron la sangre tanto en la línea celular de glóbulos rojos como de plaquetas. (...)*

*...él salió del hospital para **estudio complementario y posiblemente tratamiento pertinente de cuarto nivel** porque como enfatizó y como dije antes hay cuestiones de cuarto nivel que definitivamente no tenía en ese momento, **en ese momento no tenía el hospital San Rafael de Tunja** que era por ejemplo el concurso de ciertos tratamientos que por técnicas de digamos de cuarto nivel como tal no tuviera nos estuviera haciendo esas técnicas en ese momento en el hospital **Cómo es por ejemplo la plasmaféresis...** qué es como una*

*especie de diálisis para remover para quitar filtrar los elementos que supone que están generando el problema que son anticuerpos. Entonces **ese tratamiento de plasmaféresis se hizo fue finalmente en la ciudad de Bogotá** pero el paciente salió en buenas condiciones salió simplemente para ir a la ciudad de Bogotá a qué se le terminaran de hacer todas las evaluaciones inherentes a su enfermedad autoinmune inherentes tanto desde el punto de vista diagnóstico como de posibilidades terapéutica paciente salió en estabilidad lo que llamamos nosotros en medicina en condiciones de estabilidad clínica ósea no salió en coma en estado de coma no salió con compromiso que llamamos nosotros multisistémico sea compromiso de varios órganos, **el compromiso que tuvo siempre fue el de las plaquetas y el de glóbulos rojos** salió hablando bien salió sin problemas en el movimiento de brazos o piernas...*

*...el paciente salió totalmente estabilizado salió con su enfermedad autoinmune la cual jamás iba a dejar de tener hasta que se muriera a los 15 a los 20 a los 30 a los 40 años a los 50 con esa enfermedad autoinmune iba a estar todo el resto de su vida entonces **él salió con su enfermedad autoinmune ya controlada para evaluación y estudio complementario a cuarto nivel en la ciudad de Bogotá donde debería hacerse la parte terapéutica ya más agresiva más pertinente que era imposible hacerla en Boyacá...***

En conclusión, el Despacho encuentra demostrado que el Hospital San Rafael suministró el tratamiento adecuado para la enfermedad presentada y diagnosticada al menor RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN. Es decir, se encuentra probado que al paciente le fue suministrado inicialmente **corticoesteroides**, y ante la poca respuesta obtenida con esta terapia, se ordenó la remisión del paciente a una institución de IV nivel de complejidad (Hospital La Samaritana) a efectos que se le pudiera llevar a cabo el procedimiento denominado **plasmaféresis**. Procedimiento que, se repite, se encuentra acorde con lo consignado en la literatura médica para este tipo de patologías, conforme se estudió ampliamente en párrafos anteriores.

Así las cosas, en lo que concierne a la atención médica prestada por la ESE Hospital San Rafael de Tunja, en la historia clínica se encuentran consignados los servicios y procedimientos suministrados, así como las eventualidades, mejorías y complicaciones que presentó el paciente durante su estadía en dicha institución, los cuales denotan el estado de salud del paciente como consecuencia de la patología de carácter autoinmune que presentaba.

El referido documento es descriptivo de los pasos, tratamientos, procedimientos y demás actividades que el personal médico y asistencial adelantó sobre la humanidad de RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN (q.e.p.d.) e incluso ilustra los estados de salud que presentó el mismo (mejorías y complicaciones), sin que se pueda sostener, luego de agotado el trámite procesal, que la muerte del menor surgió como consecuencia de un deficiente e inadecuado servicio médico, pues en este estado de las diligencias no se puede

sostener que existieron falencias en los procedimientos médicos que perjudicaran la salud del paciente.

Contrario a ello, las pruebas documentales y testimoniales demuestran con suficiente claridad los síntomas, procedimientos y eventualidades que se suscitaron desde el ingreso del paciente y las consecuencias negativas que la enfermedad tuvo en su integridad física, acontecimientos que llevan al Despacho a concluir que el deterioro de la salud del paciente devino de la enfermedad autoinmune que padecía y no de la existencia de una mala praxis o una deficiencia en la prestación de los servicios de salud.

Considera el Despacho que en el presente caso no se configura error en el diagnóstico, pues si bien los síntomas que presentaba el paciente daban lugar a diagnosticar varias enfermedades, lo cierto es que desde su valoración en el Hospital Regional de Duitama se diagnosticó la patología de trombocitopenia, afección por la cual fue remitido y tratado en la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja, y la cual fue determinada como la causa natural de muerte del menor RAFAEL GUILLERMO.

En este punto de la discusión no debe perderse de vista que el Instituto Nacional de Medicina Legal luego de realizar la necropsia al cuerpo del menor fallecido, concluyó que su muerte se derivó de una insuficiencia respiratoria aguda por extensa hemorragia pulmonar, **secundaria a su enfermedad de base Púrpura Trombocitopénica Trombótica** (fl.981). Conclusión que fue ratificada por la Policía Judicial dentro del informe de los resultados de la actividad investigativa rendido dentro de la investigación adelantada con ocasión de la muerte de RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN (fls.260-261).

De igual manera, no debe perderse de vista que la Fiscalía General de la Nación ordenó el archivo de las diligencias teniendo en cuenta que, a partir de los medios probatorios allegados, se concluyó que la muerte del menor no sobrevino por acción de manos criminales, sino que se produjo por causa natural (fls.263-264 Carpeta No.1).

En consecuencia, el servicio médico y hospitalario prestado tanto por el Hospital Regional de Duitama como por el Hospital San Rafael de Tunja no puede ser catalogado en ningún momento como inoportuno, negligente e inadecuado, pues, por el contrario, de acuerdo a lo probado en el expediente las decisiones de los galenos fueron acertadas conforme a los protocolos médicos que al respecto señala la literatura médica, circunstancia que deja sin fundamento la imputación fáctica efectuada por la parte accionante, pues no se puede sostener que en este caso particular, la administración incurrió en una deficiente prestación del servicio de salud.

En ese orden de ideas, debe señalarse que las pruebas allegadas al proceso no permiten evidenciar la existencia de irregularidades en la

atención médica brindada al menor GUILLERMO RAFAEL SANABRIA LEÓN (q.e.p.d.).

Observa el Despacho entonces, que los supuestos en que se funda la demanda carecen de respaldo probatorio, pues no está probado que hubiese deficiencias en la prestación del servicio de salud y contrario a lo manifestado por la parte actora, el material probatorio permite arribar a la conclusión que la atención brindada por las instituciones hospitalarias accionadas en este caso particular, fue oportuna y acorde con el diagnóstico que presentaba el paciente, y con los protocolos médicos establecidos para el efecto.

Así entonces, debe concluirse que en el presente caso, la atención médica fue concordante con la patología que presentaba el paciente y que los diagnósticos arribados por los médicos tratantes resultaron consecuentes con el examen y los hallazgos advertidos al momento del ingreso al Hospital Regional de Duitama, de manera que no es posible jurídicamente sostener que en este caso se presentó una falla en el servicio y mucho menos que la conducta de la administración fue anormalmente deficiente, por lo que no se cumple con la segunda de las exigencias que permiten predicar la responsabilidad extracontractual de las entidades accionadas.

Cabe resaltar que si bien el apoderado de la parte actora en el desarrollo de la audiencia de pruebas (Parte 2 Minuto 15:40 Cd fl.1021) tachó a los testigos **Martín Germán Ayala García** y **Arturo Hernández de Castro** "*como quiera que los mismos tuvieron contacto con el paciente en el año 2008*", lo cierto es que dicha circunstancia no es suficiente para desestimar la eficacia probatoria de aquellos, pues valorados con mayor cuidado y rigor, no puede desconocerse que los hechos por ellos relatados coinciden plenamente con los registros de la historia clínica del paciente, además sus versiones no fueron tachas de falsas, ni desvirtuadas por la parte demandante. Por lo tanto, para el Despacho las pruebas testimoniales recaudadas tienen total validez probatoria a efectos de desatar el fondo del asunto planteado.

### **2.5.3. Del nexo causal.**

Aunque lo expuesto en precedencia es suficiente para denegar las pretensiones de la demanda, debe señalar el Despacho que los elementos de prueba recaudados durante el trámite procesal no permiten concluir que en el caso bajo estudio existe algún tipo de relación entre el fallecimiento del menor RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN y la atención médica brindada en los Hospitales Regional de Duitama y San Rafael de Tunja, pues además que no se logró demostrar que la conducta de la administración fuere anormalmente deficiente, el Instituto Nacional de Medicina Legal, la Policía Judicial y la Fiscalía General de la Nación concluyeron que la muerte del menor sobrevino por causa natural.

Lo anterior permite afirmar que la parte actora no logró probar los supuestos de hecho en que se sustenta la demanda, por lo que habrá de concluirse que incumplió con el deber legal contenido en el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil,<sup>30</sup> aplicable a la presente actuación, razón por la cual debe asumir las consecuencias de su falta de actividad probatoria.

Ha enfatizado el Consejo de Estado que según el mandato de la citada norma *"...la carga probatoria de los supuestos de hecho **está radicada en cabeza de la parte que pretende derivar de ellos determinadas consecuencias jurídicas**, lo cual implica que, con fundamento en el deber de lealtad procesal que debe inspirar las distintas actuaciones procesales de las partes, éstas, tanto en la demanda como en su contestación, expondrán los hechos en los cuales fundamentan sus pretensiones o su defensa **y las pruebas que al efecto pretenden hacer valer...**"*<sup>31</sup>.

En torno a las consecuencias de no asumir la carga de la prueba en debida forma, el Consejo de Estado<sup>32</sup> sostuvo:

*"...la parte que desee obtener un resultado favorable a sus pretensiones necesitará probar y alegar todo aquello que sea útil y pertinente para la defensa de su posición."*

*En otros términos, "no existe un deber de probar, pero el no probar significa en la mayoría de los casos la derrota"<sup>33</sup>; **las reglas de la carga de la prueba sirven para establecer cuál de las partes tendrá que soportar el resultado desfavorable derivado de una actividad probatoria o de la falta de alegación o de una alegación incompleta**<sup>34</sup>, pues aunque el juez no disponga de todos los hechos cuyo conocimiento hubiera resultado necesario para fallar en uno u otro sentido, la prohibición de «non liquet» le obliga a resolver, en todo caso..."* (Negrilla del Despacho).

Así las cosas, al no encontrarse acreditada la falla en el servicio médico y, por ende, el nexo causal entre el deceso y la actuación de la administración, es preciso negar las pretensiones de la demanda, situación que releva a la presente instancia, para manifestarse frente a las situaciones relacionadas con los llamamientos en garantía, dada la inexistencia de condena.

<sup>30</sup> "ARTÍCULO 177. Carga de la prueba. Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen."

<sup>31</sup> CONSEJO DE ESTADO. Sección Tercera. Consejero Ponente (E): Mauricio Fajardo Gómez. Sentencia de 28 de abril de 2010. Rad.: 76001-23-25-000-1997-04474-01(20087) A. Actor: Saúl Saavedra Gutiérrez y otros. Demandado: Instituto de Seguros Sociales-Seccional Valle del Cauca. Referencia: Acción de Reparación Directa

<sup>32</sup> CONSEJO DE ESTADO, 04 de febrero de 2010, Exp. No. 70001-23-31-000-1995-05072-01(17720), Actor: ULISES MANUEL JULIO FRANCO Y OTROS

<sup>33</sup> MUÑOZ SABATÉ, Luis, Técnica probatoria. Estudio sobre las dificultades de la prueba en el proceso, Praxis, Barcelona, 1967, pp. 48-49.

<sup>34</sup> GUASP, Jaime, Derecho Procesal Civil, I., cit., p. 318.

## **2.6. De la renuncia de poder y reconocimiento de personería.**

Al respecto, observa el Despacho que la Abogada Lidia Esperanza Cruz Gutiérrez, en calidad de apoderada de la E.S.E. Hospital San Rafael presenta renuncia al poder conferido (fl.1079), allegando la respectiva comunicación a la entidad conforme al artículo 76 del C.G.P. (fls.1025-1026), razón por la cual, se procederá a su aceptación.

De igual manera, a folio 1097 del expediente, obra memorial poder conferido al Abogado Elmer Ricardo Rincón Plazas, para actuar en nombre y representación de la E.S.E. Hospital San Rafael, el cual cumple con los requisitos legales, razón por la cual se le reconocerá personería para actuar.

Finalmente, a folio 1105 del expediente, obra memorial de renuncia de poder presentado por la Abogada Linda Cateryn Rodríguez Cely, quien dice actuar como apoderada de la E.S.E. Hospital San Rafael. Al respecto, basta con señalar que a la profesional del derecho en mención no le fue reconocida personería para actuar dentro del presente proceso, razón por la cual no se dará trámite a la renuncia de poder por ella presentada.

## **3. Costas.**

Finalmente, el Despacho observa que, de conformidad con lo previsto en el artículo 55 de la Ley 446 de 1998, sólo hay lugar a la imposición de costas cuando alguna de las partes haya actuado temerariamente y en el sub lite ninguna procedió de tal forma; en consecuencia, no habrá lugar a imponerlas.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Séptimo Administrativo del Circuito Judicial de Tunja, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

### **FALLA:**

**PRIMERO: NEGAR** las pretensiones de la demanda, por las razones expuestas en la parte motiva.

**SEGUNDO:** Sin condena en costas.

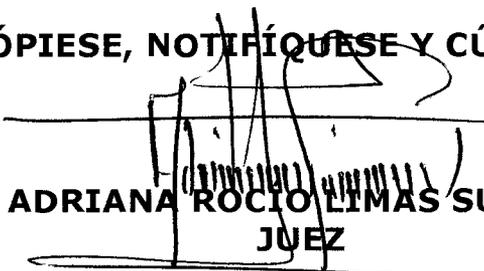
**TERCERO:** En firme esta providencia, por Secretaría adelántense las gestiones pertinentes para el archivo del proceso, dejando las constancias y anotaciones de rigor. Si al liquidarse los gastos ordinarios del proceso quedaren remanentes a favor del consignante, desde ahora se ordena la devolución correspondiente y se autorizan las copias que soliciten las partes, para lo cual el interesado deberá proceder al pago de las expensas correspondientes.

**CUARTO.- ACEPTAR** la renuncia del poder para representar a la E.S.E. Hospital San Rafael, presentada por la Abogada **LIDIA ESPERANZA CRUZ GUTIÉRREZ**, identificada con cédula de ciudadanía No.46.670.879 de Duitama, y portadora de la Tarjeta Profesional No.102.334 del C. S. de la J.

**QUINTO.- RECONOCER** personería para actuar como apoderado judicial de la E.S.E. Hospital San Rafael, al Abogado **ELMER RICARDO RINCÓN PLAZAS**, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.057.590.689 de Sogamoso, y portador de la T.P. 241.414 del C. S. de la J. en los términos y para los efectos del poder conferido (fl.1097).

**SEXTO.- NO DAR TRÁMITE** a la renuncia de poder presentada por la Abogada **LINDA CATERYN RODRÍGUEZ CELY**, de conformidad con lo expresado en la parte motiva de esta providencia.

**CÓPIESE, NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE**

  
**ADRIANA ROCIO LIMAS SUÁREZ**  
**JUEZ**