|  |  |
| --- | --- |
| CIUDAD Y FECHA | **Bogotá D.C., diecinueve (19) de diciembre de dos mil diecinueve (2019)** |
| REFERENCIA | **Expediente No. 11001333603420140048100** |
| DEMANDANTE | **EDWIN ALEXANDER GUTIERREZ HURTADO, ROSA LILIA RODRIGUEZ FERNANDEZ** |
| DEMANDADO | **HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA - SALUDCOOP EPS** |
| MEDIO DE CONTROL | **REPARACIÓN DIRECTA** |
| ASUNTO | **FALLO DE PRIMERA INSTANCIA** |

Agotado el trámite procesal sin que se observe causal de nulidad que invalide lo actuado, se procede a dictar sentencia en el proceso de REPARACIÓN DIRECTA iniciado porEDWIN ALEXANDER GUTIERREZ HURTADO, ROSA LILIA RODRIGUEZ FERNANDEZ contra el HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA - SALUDCOOP EPS.

* 1. **ANTECEDENTES:**
	2. **La DEMANDA**
		1. **PRETENSIONES**
			1. *Sírvase declarar la responsabilidad extracontractual de los demandados, HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA, ESE. - SALUDCOOP E.P.S, por los danos y perjuicios de tipo inmateriales a saber: PERJUICIOS MORALES de conformidad con los parámetros jurisprudenciales y la* ***ALTERACION GRAVE DE LAS CONDICIONES DE EXISTENCIA****, por la afectación a la integridad psicológica del grupo familiar, a la unidad familiar y a la pérdida de oportunidad de tener un hijo con vida, derecho a la salud, a la vida, a la igualdad y a la seguridad social, inferidos a los demandantes por la muerte del menor CRISTIAN DAVID GUTIÉRREZ, ocurrida el día veinte (20) de junio de dos mil doce (2012), en las dependencias del Hospital Infantil Universitario de San José, en Bogotá, D.C, como consecuencia de infecciones urinarias nosocomial que adquirió y desarrolló durante la hospitalización de sesenta y ocho (68) días en el Hospital San Rafael de Tunja, mientras esperaba el traslado a una institución hospitalaria de IV nivel que suministrara los tratamientos de cardiología, urología y nefrología pediátrica, adicionalmente, como consecuencia de la remisión equivocada realizada por SALUDCOOP y el Hospital San Rafael de Tunja, a la institución hospitalaria donde se produjo el deceso.*
			2. *Como consecuencia de la declaración anterior, sírvase reconocer y pagar a título de indemnización por concepto de PERJUICIOS INMATERIALES en su modalidad de* ***PERJUICIOS MORALES****, las siguientes sumas:*
1. *A favor del señor EDWIN ALEXANDER GUTIÉRREZ HURTADO, en su calidad de padre de la víctima directa, la suma de CINCUENTA SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (50 S.M.L.M.V.), o la suma máxima reconocida por la jurisprudencia de conformidad con los fundamentos fácticos.*
2. *A favor de la señora ROSA LILIA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, en su calidad de madre de la víctima directa, la suma de CINCUENTA SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES o la suma máxima reconocida por la jurisprudencia de conformidad con los fundamentos facticos.*
3. *A favor de la señora* ***KENIA YULEIDY VARGAS RODRÍGUEZ,*** *en su calidad de hermana de la víctima directa, la suma de TREINTA SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (30 SM.LJMLV.), o la suma máxima reconocida por la jurisprudencia de conformidad con los fundamentos fácticos.*
4. *A favor de la menor* ***KAREN SOFÍA GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ,*** *en su calidad de hermana de la víctima directa, la suma de TREINTA SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (30 S.M.L.M.V), o la suma máxima reconocida por la jurisprudencia de conformidad con los fundamentos fácticos.*
5. *A favor del menor* ***JULIAN CAMILO GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ,*** *en su calidad de hermano de la víctima directa, la suma de TREINTA SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (30 S.M.L.M.V), o la suma máxima reconocida por la jurisprudencia de conformidad con los fundamentos fácticos.*
6. *A favor del menor* ***LUIS ALEJANDRO VARGAS RODRÍGUEZ,*** *en su calidad de hermano de la víctima directa, la suma de TREINTA SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (30 S.M.LM.V), o la suma máxima reconocida por la jurisprudencia de conformidad con los fundamentos fácticos.*
7. *A favor del menor* ***ANDRÉS FELIPE GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ,*** *en su calidad de hermano de la víctima directa, la suma de TREINTA SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (30 S.M.LM.V), o la suma máxima reconocida por la jurisprudencia de conformidad con los fundamentos fácticos.*
	* + 1. *Como consecuencia de la declaración primera, sírvase reconocer y pagar a título de indemnización por concepto de* ***PERJUICIOS INMATERIALES*** *en su modalidad de* ***ALTERACION GRAVE DE LAS CONDICIONES DE EXISTENCIA,*** *por la afectación a la integridad psicológica del grupo familiar, a la unidad familiar y a la pérdida de oportunidad de tener un hijo con vida, derecho a la salud, a la vida, a la igualdad y a la seguridad social.*

*A favor del grupo familiar demandante, en su calidad de padres y hermanos de la víctima directa, la suma de CIEN SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (100 S.M.LM. V), o la suma máxima reconocida por la jurisprudencia de conformidad con los fundamentos fácticos.*

* + - 1. *Se condene a los demandados, a pagar las anteriores cantidades líquidas debidamente indexadas.*
			2. *Se condene a los demandados, a pagar los respectivos intereses moratorios en términos del inciso segundo del artículo 192 de la Ley 1437 de 2011.*
			3. *Se ordene a los demandados realizar el cumplimiento de la sentencia en términos de los artículos 192 y 195 de la Ley 1437 de 2011.*
			4. *Se condene a los demandados a pagar las costas procesales en términos del artículo 188 de la Ley 1437 de 2011.*
			5. *Se condene al* ***HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA, ESE,*** *como consecuencia de la injustificada inasistencia a la audiencia de conciliación el día veintinueve (29) de julio de 2014, a pagar multa a favor del Consejo Superior de la Judicatura, en cuantía de hasta 2 salarios mininos legales mensuales vigentes, de conformidad con lo establecido en el parágrafo 1 del artículo 35 de la ley 640 de 2001.*
		1. Los **HECHOS** sobre los cuales basa su petición son en síntesis los siguientes:
			1. La señora ROSA LILIA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ es beneficiara del Plan Obligatorio de Salud - Régimen Contributivo - a través de SALUCOOP EPS, con ocasión de la afiliación de su esposo, señor EDWIN ALEXANDER GUTIÉRREZ HURTADO, como cotizante.
			2. El día **27 de noviembre de 2011** la señora **ROSA LILIA RODRÍGUZ FERNÁNDEZ**, dio a luz a los gemelos **ANDRÉS FELIPE y CRISTIAN DAVID GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ**, en el Hospital San José de Sogamoso, Boyacá.
			3. A la media hora del parto, los recién nacidos fueron remitidos a la Clínica de Especialistas de Sogamoso, por un periodo de veinte (20) días, recibiendo atención en la Unidad de Cuidados Intensivos de pediatría - UCI, en incubadora
			4. El menor ANDRÉS FELIPE fue dado de alta con diagnóstico de buen estado de salud.
			5. Por su parte, el menor CRISTIAN DAVID GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ nació con una importante patología de base denominada: Síndrome de PRUNE BELLY (ausencia de musculatura abdominal. Anormalidades severas del tracto urinario, criptorquidia bilateral).
			6. Este paciente fue remitido, luego de un mes de espera, al HOSPITAL CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE CUNDINAMARCA, en Soacha, para ser tratado por especialistas.
			7. En esta institución hospitalaria al paciente le programaron 3 veces la cirugía, y finalmente, le realizaron la "CISTOSTOMÍA PERCUTÁNEA con colocación de sonda".
			8. Diez (10) días después de la cirugía, el menor fue trasladado a la Clínica SALUCOOP de Tunja, Boyacá, en donde estuvo hospitalizado durante 2 días, y posteriormente fue remitido a hospitalización en casa.
			9. Durante la hospitalización en casa, el menor empezó a deteriorar su estado de salud, los exámenes arrojaron resultados de infecciones urinarias.
			10. El día **31 de marzo de dos 2012**, el paciente ingresó por urgencias al Hospital San Rafael de Tunja, ESE, Unidad de Cuidados Intensivos -UCI, con antecedentes de "UROPATÍA OBSTRUCTIVA
			11. Esta institución determinó que el paciente requería con urgencia los tratamientos de cardiología, urología y nefrología pediátrica, suministrados por una institución hospitalaria de IV nivel
			12. En consecuencia, el Hospital San Rafael de Tunja, ESE ordenó la remisión urgente a una institución hospitalaria de IV nivel que suministrara los tratamientos de cardiología, urología y nefrología pediátrica, sin embargo, SALUCOOP EPS no autorizó el traslado.
			13. Los padres del paciente se vieron obligados a interponer una acción de tutela contra SALUCOOP EPS, con fundamento en la vulneración de los derechos fundamentales a la vida, salud en conexidad con el derecho a la seguridad social del menor.
			14. En auto del 4 de mayo de 2012, el Juzgado Primero Penal Municipal con Funciones de Conocimiento de Sogamoso, bajo el expediente 2012-0047, admitió la acción de tutela impetrada por los señores EDWIN ALEXANDER GUTIÉRREZ HURTADO, ROSA LILIA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ contra SALUCOOP EPS
			15. Mediante providencia del 27 de mayo de dos mil 2012, el Juez de tutela concedió el amparo a los derechos fundamentales a la vida, salud en conexidad con el derecho a la seguridad social deprecados por los accionantes, asimismo, otorgó medidas cautelares para ordenar a SALUCOOP EPS, autorizar y disponer lo necesario para llevar a cabo la remisión del paciente a una institución de IV nivel a fin de ser valorado por cardiología, urología y nefrología pediátrica.
			16. El menor estuvo hospitalizado en el Hospital San Rafael de Tunja, ESE, durante sesenta y ocho (68) días, esperando que SALUCOOP EPS autorizara y dispusiera lo necesario para llevar a cabo la remisión a una institución hospitalaria de IV nivel que suministrara los tratamientos de cardiología, urología y nefrología pediátrica.
			17. Mientras esperaba el traslado a una institución hospitalaria de IV nivel que suministrara los tratamientos de cardiología, urología y nefrología pediátrica, el paciente adquirió y desarrolló infecciones urinarias nosocomiales durante la hospitalización de sesenta y ocho (68) días en el Hospital San Rafael de Tunja -ESE.
			18. El día 15 de junio de dos 2012 a las 10:00 p.m., el paciente fue remitido al Hospital Infantil Universitario de San José, en Bogotá, D.C
			19. Durante el trasladado de Tunja a Bogotá, aproximadamente 3 horas, el oxígeno del paciente se agotó antes de llegar al destino.
			20. El referido trasladado fue realizado en una ambulancia que no estaba equipada con suficiente oxígeno, ni contaba con la asistencia de un médico.
			21. Al llegar al Hospital Infantil Universitario de San José, en Bogotá, D.C, le informaron a la señora ROSA LILIA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ que el paciente no estaba autorizado para ingresar, habida cuenta que esta institución no contaba con las especialidades que requería el menor.
			22. También le informaron verbalmente a la madre del paciente que, se trata de una remisión equivocada por parte de SALUCOOP EPS, puesto que el Hospital Infantil Universitario de San José, sólo había autorizado el ingreso de otro paciente menor de edad remitido por SALUCOOP EPS desde los llanos orientales y que tenía apellidos similares a CRISTIAN DAVID GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ
			23. El Hospital Infantil Universitario de San José realizó el ingreso del paciente sólo para tratar la urgencia por desaturación -falta de oxígeno.
			24. Durante el ingreso, el paciente fue diagnosticado con Falla Renal Crónica. Síndrome de Prune Belly. Miocardiopatía Dilatada, Bajo Peso. Antecedente de Falla Orgánica Múltiple. Displasia Broncopulmonar v regulares condiciones generales con signos vitales de ingreso TA 116/76 FC 120lpm FR 20rpm.
			25. El día 20 de junio de dos mil 2012, el menor falleció presentando DX al momento de muerte: Choque séptico vasoplejico. Insuficiencia renal severa agudizada por pielonefritis. Síndrome de Prune Bellv. Cardiopatía Hipertrófica. Desnutrición. Intubación prolongada. Anemia. Taquicardia supraventricular aberrante. Dx final: falla renal congénita
			26. El menor falleció sin que SALUCOOP EPS, lo remitiera a una institución hospitalaria de IV nivel que suministrara los tratamientos de cardiología, urología y nefrología pediátrica.
			27. El día veinte (20) de junio de dos mil catorce (2014), los demandantes radicaron ante la Procuraduría General de la Nación, una solicitud de conciliación extrajudicial en derecho en materia contencioso - administrativa, convocando al extremo pasivo de la presente acción, con el objeto de explorar todas las posibilidades jurídicas tendientes a concretar un acuerdo conciliatorio a fin de buscar una indemnización integral que resultara proporcional a la totalidad de los danos y perjuicios causados.
			28. La audiencia de conciliación fue celebrada el día veintinueve (29) de julio de dos mil catorce (2014), sin la comparecencia del HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA, E.S.E. y a quien se le concedió el término legal establecido en el numeral 7 del artículo 9 del Decreto 1716 de 2009, para que justificara su inasistencia.
			29. Mediante auto No. 01407 del cuatro (4) de agosto de dos mil catorce (2014), La Procuraduría 191 Judicial I para asuntos Administrativos, expidió constancia de requisito de procedibilidad, de conformidad con lo establecido por artículo 13 de la Ley 1285/2009.
			30. Hasta la fecha, las entidades demandadas no han reparado integralmente a los demandantes los daños y perjuicios inferidos por la muerte del menor CRISTIAN DA VID GUTIÉRREZ, ocurrida el día veinte (20) de junio de dos mil doce (2012), en las dependencias del Hospital Infantil Universitario de San José, en Bogotá, D.C, como consecuencia de infecciones urinarias nosocomial que adquirió y desarrolló durante la hospitalización de sesenta y ocho (68) días en el Hospital San Rafael de Tunja, mientras esperaba el traslado a una institución hospitalaria de IV nivel que suministrara los tratamientos de cardiología, urología y nefrología pediátrica, adicionalmente, como consecuencia de la remisión equivocada realizada por SALUDCOOP y el Hospital San Rafael de Tunja, a la institución hospitalaria donde se produjo el deceso.

OMISIONES ADMINISTRATIVAS:

Frente al Hospital San Rafael de Tunja - ESE:

1. El paciente contrajo infecciones urinarias nosocomiales en el Hospital San Rafael de Tunja - ESE, durante la hospitalización de sesenta y ocho (68) días, mientras esperaba el traslado a una institución hospitalaria de IV nivel que suministrara los tratamientos de cardiología, urología y nefrología pediátrica.
2. El día 15 de junio de 2012, a las 10:00 p.m., el Hospital San Rafael de Tunja - ESE, realizó la remisión y traslado del paciente al Hospital Infantil Universitario de San José, en Bogotá, D.C, en una ambulancia que no estaba equipada con suficiente oxígeno, ni contaba un médico para la asistencia durante el traslado.
3. El traslado del paciente fue realizado en una ambulancia no medicalizada. Existió carencia de unidad de intervención con equipo avanzado tripulada por médico entrenado, enfermera auxiliar y sistema de oxígeno con capacidad total de almacenamiento para el viaje de más de 3 horas.
4. El Hospital San Rafael de Tunja - ESE, omitió su deber de ingresar por urgencias al paciente, a la institución hospitalaria más próxima, mientras se surtía el traslado de Tunja a Bogotá, para atender el agotamiento del oxígeno de la ambulancia y la grave desaturación del paciente.
5. El Hospital San Rafael de Tunja - ESE, realizó la remisión y traslado del paciente sin verificar la existencia de los servicios médicos de cardiología, urología y nefrología pediátrica en el Hospital Infantil Universitario de San José, en Bogotá. D.C.
6. El Hospital San Rafael de Tunja - ESE, realizó la remisión y traslado del paciente sin verificar la aceptación y aprobación del ingreso por parte del Hospital Infantil Universitario de San José, en Bogotá. D.C

Frente a SALUCOOP EPS:

1. Existió incumplimiento en el marco del Plan Obligatorio de Salud - Régimen Contributivo — frente a los servicios médicos de cardiología, urología y nefrología pediátrica requeridos por el paciente.
2. SALUCOOP EPS autorizó la remisión y traslado del paciente, sesenta y ocho (68) días posteriores a la orden de remisión expedida por el Hospital San Rafael de Tunja - ESE.
3. SALUCOOP EPS participó por omisión, en las infecciones urinarias nosocomiales adquiridas por el paciente en el Hospital San Rafael de Tunja - ESE, durante la hospitalización de sesenta y ocho (68) días, mientras esperaba el traslado a una institución hospitalaria de IV nivel que suministrara los tratamientos de cardiología, urología y nefrología pediátrica.
4. El día 15 de junio de 2012, SALUCOOP EPS, autorizó y permitió la remisión y traslado del paciente al Hospital Infantil Universitario de San José, en Bogotá, D.C, en una ambulancia que no estaba equipada con suficiente oxígeno, ni contaba un médico para la asistencia durante el traslado.
5. SALUCOOP EPS participó por omisión, en el traslado del paciente en una ambulancia no medicalizada. Existió carencia de unidad de intervención con equipo valorizado tripulada por médico entrenado, enfermera auxiliar y sistema de oxígeno con capacidad total de almacenamiento para el viaje de más de 3 horas.
6. SALUCOOP EPS, autorizó y permitió la remisión y traslado del paciente sin verificar la existencia de los servicios médicos de cardiología, urología y nefrología pediátrica en el Hospital Infantil Universitario de San José, en Bogotá. D.C.
7. SALUCOOP EPS, autorizó y permitió la remisión y traslado del paciente sin verificar la aceptación y aprobación del ingreso por parte del Hospital Infantil Universitario de San José, en Bogotá. D.C
8. SALUCOOP EPS, autorizó y remitió equivocadamente el traslado del paciente al Hospital Infantil Universitario de San José, en Bogotá. D.C.
9. SALUCOOP EPS, incumplió su deber de trasladar a una institución hospitalaria de IV nivel que suministrara los tratamientos de cardiología, urología y nefrología pediátrica.
	1. **La CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA:**
		1. El demandado **SALUDCOOP EPS en liquidación** no contestó la demanda
		2. El demandado **HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA**

Me opongo a todas y cada una de las pretensiones de la demanda, por carecer estas de sustento fáctico, jurídico y probatorio.

Propuso como **excepciones** las siguientes:

• FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA (MATERIAL Y PASIVA)

• INEXISTENCIA DE LA FALLA EN EL SERVICIO.

• INEXISTENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD.

• FALTA DE LEGITIMACION EN LA CAUSA POR PASIVA

• EL ACTO MEDICO COMO ACTO COMPLEJO, INTEGRAL Y DE MEDIOS

• INEXISTENCIA DE CAUSA LEGAL

• GENERICA INNOMINADA

Llamó en garantía a la PREVISORA S.A bajo los siguientes hechos:

1. La E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja, adquirió pólizas de responsabilidad civil No. 3000003, 1004101 y 1005537 con la COMPAÑÍA DE SEGUROS PREVISORA S.A., con el objeto de amparar la responsabilidad civil profesional medica derivada de la prestación del servicio de salud (R.C. Clínicas y Hospitales).
2. El señor EDWIN ALEXANDER HURTADO Y OTROS, instauraron demanda por el medio de control reparación directa en contra de la E.S.E: Hospital San Rafael de Tunja y otros, de conformidad con lo establecido en los hechos descritos en el libelo demandatorio interpuesto por el doctor ARNALDO DE JESÚS MEZA VILLADIEGO.
3. De conformidad con la demanda se logra establecer la ocurrencia de los hechos por los que se demanda entre el 31 de marzo de 2012 (fecha en la que ingresa el paciente CRISTIAN DAVID GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ a la E.S.E. Hospital San Rafael De Tunja), hasta el 15 de junio de 2012. Posteriormente los demandantes radicaron demanda ante la jurisdicción contenciosa administrativa el día 06 de agosto de 2014.
4. Con ocasión de las Pólizas de Responsabilidad Civil No. 3000003, vigente para el año 2012 época de los hechos; la No. 1004101, vigente en el año 2014, al momento de presentación de la demanda y la no 1005537 vigente actualmente. La COMPAÑÍA DE SEGUROS LA PREVISORA S.A. sería la llamada a responder en nombre del E.S.E. Hospital San Rafael De Tunja, por los perjuicios generados por la prestación del servicio de salud, al existir acuerdo de amparo vigente para la época de los hechos, de la radicación de la demanda y en la actualidad. Se adjunta en el anexo correspondiente, copias de las pólizas mencionadas con sus respectivos anexos.”
	* 1. **LA PREVISORA S.A** se opuso a la prosperidad de las pretensiones de la demanda.

Propuso como **excepciones** frente a la demanda las siguientes:

* **CADUCIDAD DE LA ACCIÓN**
* AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LA RESPONSABILIDAD MEDICA
* INEXISTENCIA DE LA OBLIGACION DE INDEMNIZAR A CARGO DE HOSPITAL SAN RFAEL DE TUNJA
* INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL
* ACTIVIDAD MÉDICA ES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO
* IMPROCEDENCIA DE LOS PERUICIOS MORALES COMO ESTÁN SOLICITADOS
* CUALQUIER OTRO MEDIO EXCEPTIVO QUE RESULTE PROBADO DENTRO DEL PROCESO Y QUE SE OPONGA A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Propuso como **excepciones al llamamiento** las siguientes:

|  |
| --- |
| **INAPLICABILIDAD DE LA POLIZA No. N1005537, que sirven de base al llamamiento en garantía** |
| **AUSENCIA DE COBERTURA DE LA POLIZA** DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1004101, CERTIFICADOS 0,1, 2, 3, 4, 5, 6 Y 7 |
| FALTA DE CONFIGURACIÓN DEL SINIESTRO RESPECTO A LA PÓLIZA NO. 1004101: |
| INAPLICABILIDAD DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1004101, CERTIFICADOS 0,1, 2, 3, 4, 5, 6 Y 7, PARA LOS HECHOS QUE MOTIVARON EL PRESENTE PROCESO |
| EXCLUSIONES PACTADAS CONTRACTUALMENTE EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1004101, CERTIFICADOS 2 |
| FALTA DE COBERTURA DE LA PÓLIZA NO. 3000003. |
| PRESCRIPCIÓN |
| 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 |
| LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, A LA DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO POR CONCEPTO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, ARTICULO 1111 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. |
| APLICACIÓN DEL DEDUCIBLE PACTADO EN LA PÓLIZA. |
| CUALQUIER OTRO MEDIO EXCEPTIVO QUE RESULTE PROBADO DENTRO DEL PROCESO Y QUE SE OPONGA AL LLAMAMIENTO |

* 1. **ALEGATOS DE CONCLUSIÓN**
		1. Demandante:

Se ratifica en los hechos y pretensiones de la demanda y pide se declaren responsables a las demandadas Hospital San Rafael De Tunja y a SALUDCOOP EPS (hoy en liquidación) por la muerte del menor CRISTIAN DAVID GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ.

Las omisiones que se les atribuye a los demandados:

El traslado del menor fue tardío, se dilato por 68 días en el hospital de Tunja, tiempo durante el cual se facilitó el fallecimiento del menor, situación imputable al hospital y la EPS, debió requerirse una remisión inmediata y más cercana al hospital.

El traslado del menor no cumplió con los protocolos de custodia contemplados en los decretos 447 y decreto 2003 de 2007, que dan cuenta de los medios de trasporte y los requisitos que deben cumplir el hospital del custodio para la entrega del paciente.

Los demandados no certificaron ni aportaron el servicio médico de la ambulancia, la nota del hospital que lo recibió indica que llego en una ambulancia no medicalizada.

Se le atribuye a la EPS que remitió el traslado a un centro de salud no apropiado para el cuadro de salud que necesitaba el menor y tampoco redirección la remisión.

El hospital entrego al menor de edad sin tener en cuenta las condiciones de la ambulancia, no levanto un acta de la entrega.

A pesar de la prestación del hospital de Tunja no se le indico a los familiares con claridad la condición médica del menor, haciéndoles creer que se podía recuperar fácilmente.

* + 1. El demandado **HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA** – **ESE:**

Reitera los argumentos expuestos en la contestación de la demanda, recalca que el menor CRISTIAN DA VID GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ tenía una patología congénita denominda Prune Belly, compleja, los índices de mortalidad son muy altas y se presentaban patologías asociadas que aumentaban el índice de mortalidad.

La atención brindada al menor por parte del HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA – ESE fue la adecuada poniendo a disposición los servicios y el personal con que contaba dado su nivel, dada la estancia prolongada del menor era normal la presencia de infecciones nosocomiales.

El HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA – ESE gestiono la remisión que requería el paciente pero no es responsables de que esta no se hubiese efectuado de manera adecuada.

* + 1. La llamada en garantía **LA PREVISORA SA**:

Indica que no está demostrado que la muerte del menor obedeció a una falla atribuible a su asegurado HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA – ESE, no hubo una falla en el acto médico, la atención fue adecuada y oportuna dadas las graves patologías que sufría el menor.

La falla en el traslado no es atribuible al hospital pues se aplicó la referencia y contra referencia de una manera adecuada, asunto diferente es la gestión que debe adelantar la EPS.

Solicita se nieguen las pretensiones de la demanda.

En caso de llegar a condenar al HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA – ESE, solicita se declaren probadas las excepciones presentadas en la contestación al llamado en garantía y pide no se tengan en cuenta las pólizas que oficiosamente solicito el despacho aportar al expediente.

* + 1. El Demandado **SALUDCOOP EPS en liquidación** no presentó alegatos de conclusión.
		2. El MINISTERIO PUBLICO representado por la **PROCURADURÍA JUDICIAL 82-1** no conceptuó.
	1. **CONSIDERACIONES**
	2. **LAS EXCEPCIONES PROPUESTAS:**
* En relación a la excepción FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA (MATERIAL Y PASIVA), FALTA DE LEGITIMACION EN LA CAUSA POR PASIVA propuesta por la parte demandada HOSPITAL SAN RAFAEL y excepción **CADUCIDAD DE LA ACCIÓN** propuesta por el llamado en garantía LA PREVISORA S.A, el despacho se remite a lo decidido en la audiencia inicial en el acápite respectivo.
* En cuanto a la excepción INEXISTENCIA DE LA FALLA EN EL SERVICIO, INEXISTENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD, EL ACTO MEDICO COMO ACTO COMPLEJO, INTEGRAL Y DE MEDIOS, INEXISTENCIA DE CAUSA LEGAL propuesta por la parte demandada HOSPITAL SAN RAFAEL, en atención a que los hechos que se aducen como fundamento de la misma, no la conforman, limitándose simplemente a negar o contradecir los supuestos de hecho en que los demandantes sustentan su acción. En este sentido, el término “excepción”, está reservado para aquéllos únicos casos en que tal instrumento de defensa, se traduce en la acreditación de hechos y razones distintos, encaminados a excluir, enervar o dilatar las pretensiones.
* La excepción GENERICA INNOMINADA propuesta por la parte demandada HOSPITAL SAN RAFAEL, sólo puede considerarse como un llamado al Despacho para que en caso de encontrar una causal que pudiera enervar las pretensiones de la demanda, así lo indique, por lo que se tendrá en cuenta, advirtiendo que a la fecha no encuentra ningún motivo que impida proferir una decisión de fondo en este asunto.
* Respecto a la excepción **AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LA RESPONSABILIDAD MEDICA, INEXISTENCIA DE LA OBLIGACION DE INDEMNIZAR A CARGO DE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL, ACTIVIDAD MÉDICA ES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO, IMPROCEDENCIA DE LOS PERUICIOS MORALES COMO ESTÁN SOLICITADOS** propuesta por el llamado en garantía LA PREVISORA S.A**,** no goza de esta calidad, en atención a que los hechos que se aducen como fundamento de la misma, no la conforman, limitándose simplemente a negar o contradecir los supuestos de hecho en que los demandantes sustentan su acción. En este sentido, el término “excepción”, está reservado para aquéllos únicos casos en que tal instrumento de defensa se traduce en la acreditación de hechos y razones distintos, encaminados a excluir, enervar o dilatar las pretensiones.
* La excepción GENERICA INNOMINADA propuesta por el llamado en garantía LA PREVISORA S.A**,** sólo puede considerarse como un llamado al Despacho para que en caso de encontrar una causal que pudiera enervar las pretensiones de la demanda, así lo indique, por lo que se tendrá en cuenta, advirtiendo que a la fecha no encuentra ningún motivo que impida proferir una decisión de fondo en este asunto.
* Ahora bien, en cuanto a las excepciones **INAPLICABILIDAD DE LA POLIZA No. N1005537, que sirven de base al llamamiento en garantía, AUSENCIA DE COBERTURA DE LA POLIZA** DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1004101, CERTIFICADOS 0,1, 2, 3, 4, 5, 6 Y 7, FALTA DE CONFIGURACIÓN DEL SINIESTRO RESPECTO A LA PÓLIZA NO. 1004101, INAPLICABILIDAD DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1004101, CERTIFICADOS 0,1, 2, 3, 4, 5, 6 Y 7, PARA LOS HECHOS QUE MOTIVARON EL PRESENTE PROCESO, EXCLUSIONES PACTADAS CONTRACTUALMENTE EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1004101, CERTIFICADOS 2, FALTA DE COBERTURA DE LA PÓLIZA NO. 3000003, PRESCRIPCIÓN, 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, LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, A LA DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO POR CONCEPTO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, ARTICULO 1111 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, APLICACIÓN DEL DEDUCIBLE PACTADO EN LA PÓLIZA, CUALQUIER OTRO MEDIO EXCEPTIVO QUE RESULTE PROBADO DENTRO DEL PROCESO Y QUE SE OPONGA AL LLAMAMIENTO, propuestas por LA PREVISORA S.A como estas fueron propuestas en relación con su vinculación como llamados en garantía, sólo se entrará a su estudio en el caso de que resultarse probada la responsabilidad del ente demandado que la citó al proceso en tal condición.
	1. **LA RAZÓN DE LA CONTROVERSIA:**

Conforme a lo establecido en la FIJACION DEL LITIGIO, se busca se busca establecer si las demandadas deben responder por los presuntos daños ocasionados a los demandantes como consecuencia de la presunta deficiencia presentada en la atención médica y administrativa del caso del menor CRISTIAN DAVID GUTIÉRREZ lo cual desencadenó en su muerte y de ser así, si la llamada en garantía estaría llamada a cancelar algún monto por ello.

Surge entonces el siguiente problema jurídico:

***¿Deben responder las demandadas por los perjuicios ocasionados a los demandantes por las infecciones urinarias nosocomial que adquirió y desarrolló durante la hospitalización, y si por ello devino en la muerte del menor CRISTIAN DAVID GUTIÉRREZ?*** *y si es así,* ***¿la llamada en garantía estaría en la obligación de efectuar pago alguno por quien fue llamado HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA?***

Para dar respuesta a esta pregunta debemos tener en cuenta lo siguiente:

Con relación a la responsabilidad por falla médica, el Consejo de Estado ha propendido por la adopción de la Teoría de la carga dinámica de la prueba de manera adecuada, es decir, analizando en cada caso en particular cómo será la distribución de las cargas y qué le corresponderá probar a cada parte, puesto que la manera como ha venido aplicándose la falla presunta ataca el fundamento mismo de la teoría de las cargas dinámicas.

Así las cosas, la demostración de la falla en la prestación del servicio médico asistencial será carga de la parte demandante, a menos que aquélla resulte extraordinariamente difícil o prácticamente imposible y dicha carga se torne, entonces, excesiva. Sólo en este evento y de manera excepcional, será procedente la inversión del deber probatorio, previa la inaplicación del artículo 177 del Código de Procedimiento Civil (hoy código general del proceso) *-que obligaría a la parte actora a probar siempre el incumplimiento por el demandado de su deber de prestar debidamente el servicio mencionado-*, por resultar la regla en él contenida, en el caso concreto, contraria a la equidad, prevista en el artículo 230 de la Constitución Política como criterio auxiliar de la actividad judicial.

La carga de la prueba puede definirse como aquella obligación que tienen las partes de demostrar lo afirmado en su demanda o en su contestación, con fundamento en el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil (hoy código general del proceso), el cual dispone que *“incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”.*

En desarrollo de la norma procesal antes citada, tenemos en principio que la legislación colombiana establece que es el paciente quien está obligado a demostrar la culpa del profesional de la salud, así como los otros dos elementos de responsabilidad daño y nexo causal entre daño y culpa), si quiere que sus pretensiones sean acogidas.

En estos casos, si el paciente no logra acreditar dentro del proceso que fue imprudente, negligente o imperito el actuar del profesional de la salud, éste último no podrá ser obligado a resarcir los perjuicios alegados.

La Sección Tercera del Consejo de Estado ha cuestionado la presunción de la falla del servicio y ha señalado, en aplicación de la teoría de la carga dinámica de las pruebas, que dicha presunción no debe ser aplicada de manera general sino que en cada caso el juez debe establecer cuál de las partes está en mejores condiciones de probar la falla o su ausencia.

En conclusión, siguiendo la más reciente posición de la jurisprudencia, es necesario tener en cuenta los siguientes criterios:

1. Corresponderá al demandante probar la falla del servicio, salvo en los eventos en los cuales le resulte “*excesivamente difícil o prácticamente imposible*” hacerlo;
2. Corresponde al demandante aportar la prueba de la relación de causalidad, la cual podrá acreditarse mediante indicios en los eventos en los cuales le “resulte muy difícil -si no imposible-...la prueba directa de los hechos que permiten estructurar ese elemento de la obligación de indemnizar”;
3. En la valoración de los indicios tendrá especial relevancia la conducta de la parte demandada, sin que haya lugar a exigirle en todos los casos que demuestre cuál fue la causa real del daño;
4. La valoración de esos indicios deberá ser muy cuidadosa, pues no puede perderse de vista que los procedimientos médicos se realizan sobre personas que presentan alteraciones en su salud, y
5. el análisis de la relación causal debe preceder el de la falla del servicio[[1]](#footnote-1).

Quiere decir lo anterior, que cuando se demanda buscando la indemnización de perjuicios que según la víctima del daño se produjeron con ocasión de una actuación u omisión atribuible a autoridades o entidades médicas y hospitalarias por actos médicos o asistenciales, en principio le corresponde al interesado probar los extremos de tal responsabilidad (la existencia del daño y su imputabilidad a la parte demandada, la falla en el servicio médico y el nexo causal entre el daño causado y el servicio prestado).

El **CONSEJO DE ESTADO** reordenó los elementos que configuran la pérdida de oportunidad así:

*“(…) Si bien en la Sentencia 18593 del 2010, proferida por la Sección Tercera del Consejo de Estado, se afirmó que la estructuración de la pérdida de oportunidad requería de la certeza respecto de la existencia de la oportunidad perdida, la imposibilidad definitiva de obtener el provecho y la situación potencialmente apta de la víctima para pretender la consecución del resultado esperado, en una reciente decisión la corporación reordenó los elementos de este daño autónomo. (Lea: Precisan diferencia entre* ***imposibilidad de obtener un beneficio*** *y* ***pérdida de una probabilidad****)*

*En efecto, estableció que, en adelante, los elementos serán los siguientes:*

 *- Falta de certeza o* ***aleatoriedad*** *del resultado esperado, es decir, la incertidumbre respecto a si el beneficio o perjuicio se iba a recibir o evitar: Para la Sala, el requisito de la “aleatoriedad” del resultado esperado tiene enormes incidencias en el plano de la indemnización, ya que si se trata de la infracción a un derecho cierto que iba a ingresar al patrimonio de la víctima o frente al cual se debía evitar un menoscabo, su indemnización sería total, mientras que si el truncamiento es solo respecto de la expectativa cierta y razonable de alcanzar o evitar un resultado final la posibilidad truncada sería indemnizada en menor proporción.*

*- Certeza de la existencia de una* ***oportunidad****: La expectativa legítima debe acreditar inequívocamente la existencia de “una esperanza en grado de probabilidad con certeza suficiente” de que, en caso de no haber ocurrido el evento dañoso, la víctima habría mantenido incólume la expectativa de obtener el beneficio o de evitar el detrimento correspondiente.*

*-* ***Certeza de que la posibilidad de adquirir el beneficio*** *o evitar el perjuicio se extinguió de manera irreversible del patrimonio de la víctima: Si el beneficio final o el perjuicio eludido aún dependen de la realización de una condición futura que conduzca a obtenerlo o a evitarlo, no sería posible afirmar que la oportunidad se perdió, ya que dicha ventaja podría ser aún lograda o evitada y, por ende, se trataría de un daño hipotético o eventual. (Lea: Conozca la figura de daño por pérdida de oportunidad)*

***Liquidación de perjuicios***

 *Además de lo anterior, el fallo también sistematizó algunos parámetros mínimos para orientar a los jueces al momento de fijar la cuantía del daño de pérdida de oportunidad en los casos de responsabilidad médica:*

 *- El fundamento del daño sobre el cual se erige el débito resarcitorio radica en el truncamiento de la expectativa legítima, de ahí que su estimación no solo será menor a la que procedería si se indemnizara el perjuicio final, es decir, la muerte o la afectación a la integridad física o psicológica, sino proporcional al porcentaje de posibilidades que tenía la víctima de sobrevivir o de mejorar sus condiciones de salud.*

 *- La expectativa se cuantificará en términos porcentuales, teniendo en cuenta que está ubicada en un espacio oscilante entre dos umbrales, esto es, inferior al 100 % y superior al 0 %, ya que por tratarse de una probabilidad no podría ser igual o equivalente a ninguno de los dos extremos.*

 *- No es procedente indemnizar la pérdida de oportunidad como un perjuicio independiente que deba ser resarcido por fuera del concepto de perjuicios materiales, inmateriales y daño a la salud, puesto que hacerlo conduciría a desconocer el objeto primordial del instituto de la responsabilidad, esto es, el principio de la reparación integral.*

 *- No es procedente indemnizar este daño por el porcentaje de probabilidades que resulten de la acreditación del vínculo causal entre la falla y el daño final.*

 *- El porcentaje de probabilidades de la expectativa legítima truncada debe establecerse a través de los diferentes medios de prueba que obran en el proceso. No obstante, si no se puede determinar dicho porcentaje, deberá el juez declarar en abstracto la condena y fijar los criterios necesarios para que, mediante un trámite incidental, se realice la cuantificación del perjuicio, o bien, acudir a criterios de equidad.*

 *- Si no es posible fijar científica y técnicamente el porcentaje de probabilidades, la cuantificación del porcentaje se determinará, excepcionalmente, como sucede en otros ordenamientos jurídicos, en un 50 %, el cual se aplicará para la liquidación de los perjuicios materiales e inmateriales (C. P. Ramiro Pazos). [[2]](#footnote-2)*

***PRECISAN DIFERENCIA ENTRE IMPOSIBILIDAD DE OBTENER UN BENEFICIO Y PÉRDIDA DE UNA PROBABILIDAD***

*Al resolver un recurso de apelación, el Consejo de Estado precisó que la pérdida de oportunidad consiste en el cercenamiento de una ocasión aleatoria que tenía una persona de obtener un beneficio o de evitar un menoscabo.*

 *Así mismo, sobre esta posibilidad indicó que si bien no es posible asegurar que se hubiese materializado de forma favorable no se puede desconocer que sí existía una posibilidad considerable de haberse configurado.*

 *La Sección Tercera también aseguró que la pérdida de oportunidad, como daño autónomo, evidencia que este no siempre comporta la trasgresión de un derecho subjetivo, sino que la sola esperanza probable de obtener un beneficio o de evitar una pérdida mayor constituye un bien jurídicamente protegido.*

*Además, esta afección genera en forma válida el deber de reparar en cabeza de quien la vulnera, resarcimiento con el que no se pretende reparar el impedimento del resultado final incierto, esto es, el beneficio que se esperaba lograr o a la pérdida que se pretendía eludir, explicó la corporación.*

*Acorde con lo precedente, advirtió la diferencia entre el daño consistente en la imposibilidad definitiva de obtener un beneficio o de evitar un perjuicio y la pérdida de una probabilidad, asegurando que en el primer caso el objeto de la indemnización es el beneficio dejado de percibir o el perjuicio que no fue evitado y el segundo evento tiene que ver con la pérdida de una probabilidad que, aunque existente, no garantizaba el resultado esperado, pese a que sí abría la puerta a su obtención en un porcentaje que constituirá el objeto de la indemnización (C.P. Danilo Rojas Betancourth) (…)” [[3]](#footnote-3)*

* 1. **ANÁLISIS CRÍTICO DE LAS PRUEBAS:**

**2.3.1** Conforme al material probatorio aportado, se encuentran **probados los siguientes hechos**:

* **CRISTIAN DAVID GUTIERREZ RODRIGUEZ[[4]](#footnote-4)** era hijo[[5]](#footnote-5) de a señora ROSA LILIA RODRIGUEZ FERNANDEZ[[6]](#footnote-6) y EDWIN ALEXANDER GUTIERREZ[[7]](#footnote-7) hermano KENIA YULEIDY VARGAS RODRIGUEZ[[8]](#footnote-8), KAREN SOFIA GUTIERREZ RODRIGUEZ[[9]](#footnote-9), JULIAN CAMILO GUTIERREZ RODRIGUEZ[[10]](#footnote-10), LUIS ALEJANDRO VARGAS RODRIGUEZ[[11]](#footnote-11) y ANDRES FELIPE GUTIERREZ RODRIGUEZ[[12]](#footnote-12)
* El menor CRISTIAN DAVID GUTIERREZ RODRIGUEZ estuvo afiliado a SALUDCOOP EPS desde el 21 de noviembre de 2011[[13]](#footnote-13).
* CRISTIAN DAVID GUTIERREZ RODRIGUEZ estuvo hospitalizado desde el **27 de noviembre al 22 de diciembre de 2011** en la Unidad de Cuidados intensivos del Hospital San José de Sogamoso [[14]](#footnote-14)
* CRISTIAN DAVID GUTIERREZ RODRIGUEZ del **24 de diciembre de 2011 al 15 de febrero de 2012**[[15]](#footnote-15) estuvo hospitalizado en el Hospital CardioVascular de Soacha.
* Desde el **31 de marzo al 15 de junio de 2012**[[16]](#footnote-16) el menor CRISTIAN DAVID GUTIERREZ RODRIGUEZ estuvo hospitalizado en el Hospital San Rafael de Tunja

|  |
| --- |
| RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:Ingreso: fecha 31/03/12 hora 22+00Paciente con antecedentes de uropatía obstructiva, con cistostomía, en manejo en casa por IVU con ceftriaxona por 10 días y luego con 10 días de nitrofurantoina + amikacina, quien es llevado por presentar somnolencia y rechazo a la alimentación, encuentran somnoliento, con hipoperfusión, remitiendo como urgencia vital. Ingresa en malas condiciones, con aspecto séptico, encontrándose hipoglucemia, elevación de azoados e hiperkalemia severas, decidiéndose su traslado a UCIP.Antecedentes perinatales: producto de madre de 34 años, g6p5c0, pretérmino de 34 semanas, 1er gemelo con peso de 2400 gr. su hermano pesó 2050 gr. neonatales: ucin x 3 días. Alimentarios: lactancia materna aún. Patológicos: síndrome de prune belly + uraco persistente + valvas uretrales posteriores. IRC secundaria, reflujo gastroesofáfico hospitalarios: lo descrito quirúrgicos: cierre del uraco y cistostomía a los 2 meses. Alérgicos: niega inmunológicos: PAI completa para la edad, sin carné traumáticos: niega tóxicos: niega farmacológicos: profilaxis con nitrofurantoina, metoclopramida. Familiares: diabetes abuela, dsm: sostén cefálico negativo psicosociales: madre ama de casa. Padre de 36 años, mecánico. Viven juntos. Noción de contagio: no aplica.Examen físico: apariencia general: ingresa bajo hood. Aspecto séptico, malas condiciones nutricionales. ta: 73/28/43, fe: 122/min, fr: 31/min, temp 35°c. sat 100% con fio2 35%. glucometría 86 mg/dl. Peso: 4 kg. talla: cccc: normocéfalo, fontanela normotensa, pupilas isocóricas, reactivas. Tórax: pectus excavatum, precordio normodinámico, no agregados. Abdomen: deprimido, con aspecto de "uva pasa", palpándose hepatomegalia 2 cm pdre y vejiga hipertrófica pero pequeña, la cual se conecta a cistostomía. Genitourinario: testículos no se palpan en canal inguinal ni escroto, pene normal, orina turbia y escasa. Neurológico: tendencia a la letargía, piel: palidez marcada, escaso panículo adiposo, visoscopio con ondas t picudas. Se intuba con secuencia de intubación rápida con tet 3.5 con neumotaponador, fijándose a 10 cm, al primer intento, no complicaciones. Gases venosos con acidemia metabólica marcada y adecuada oxigenación. Potasio severamente elevado. Sodio disminuido, Lactato adecuado.Análisis: paciente con condición crítica y alto riesgo de muerte ante hiperkalemia severa, ameritando manejo dialítico urgente.Preocupa la posibilidad de sepsis de foco urinario por germen nosocomial, sin embargo, la PCR fue negativa; empero, por la desnutrición este dato no es muy confiable, iniciándose cobertura antimicrobiana previa toma de cultivos. Al lograr estabilización se remitirá para valoración por nefrología pediátrica.Plan: monitoreo hemodinámico, ventilación mecánica dinámica, vigilar gasto urinario, seguimiento de electrolitos y glucometría, remisión al estabilizar, terapia de reemplazo renal.Se le explica a la madre la gravedad de la condición y la necesidad de los procedimientos instaurados. 01+00 rx de tórax con silueta cardiaca de aspecto normal y parénquima pulmonar.Diagnóstico de ingreso:1. Falla renal crónica agudizada
2. Hiperkalemia severa
3. Hiponatremia - riesgo de mielinolisis pontina
4. Acidemia metabólica severa
5. Anemia moderada
6. Choque distributivo
7. Hemorragia digestiva alta
8. Sepsis de origen urinario?
9. Ivu complicada
10. Pop inmediato de inserción de catéter peritoneal
11. Pop tardío de cistostomía + cierre del uraco
12. Síndrome de prune belly
13. Valvas uretrales posteriores
14. Criptorquidia
15. Desnutrición severa

Fecha 01/04/2012 día hospitalario 1Los mencionados más: 1. falla orgánica múltiple, 2. Insuficiencia suprarrenal, disfunción hepática. 3. Pop inmediato de inserción de catéter peritoneal.Paraclínicos: sugiere disfunción suprarrenal en progreso, auscultación revela soplo continuo que sugiere ductus aunque no se descarta presencia de CIV asociada.Respiratorio: con soporte ventilatorio, no imágenes de consolidación, uroanálisis Orina amarilla turbia, proteínas 150 ph 6 densidad 1015 bacterias +++ leucocitos mayor de 60. infeccioso: temperatura máxima 38 grados hemograma leucocitos 20700 neutrófilos 85% linfocitos 11,3 hemoglobina 7,2 hematocrito 21,1 plaquetas 314000 proteína c reactiva 0.36 normales se vigilara comportamiento de reacción leucocitaria y se hará seguimiento a cultivos se considera ante hallazgos de orina inicio de antibiótico con meropenem ante ya tratamiento con ceftriaxona, nitofurantoina y amikacina y según cultivo se desescalonará se solicita uro cultivo hematológico: sin sangrado sin embrago es un paciente que tiene alto riesgo de progresar a coagulopatia.Análisis: paciente quien en el momento se encuentra en falla orgánica múltiple secundario a descompensación renal; paciente por sus condiciones de base y su estado de compromiso actual suponen un muy alto riesgo de muerte en las próximas horas situación que ya se explicó a padres.Pronóstico funcional a largo plazo también reservado si logra superar etapa crítica considerando que sería candidato a trasplante renal pero ante estado y coomorbilidades asociados es muy reservado 11 +30 No hay vivista de padres ni familia alguna para brindar información pronostico muy reservado ha requerido aumento de soporte.Fecha 02/04/2012 día hospitalario 2Hay mejoría infeccioso: temperatura máxima 37.7 grados hemograma leucocitos 12600 neutrófilos 81 linfocitos 11 hemoglobina 8,7 hematocrito 25,3 plaquetas 164000 proteína C reactiva 1,11 hay disminución de respuesta leucocitaria PCR con discreto asenso vigilaremos comportamiento en el.Paciente en extubación mediata, con buen patrón respiratorio, con disminución de azoados, electrolitos aceptables, continua con diálisis peritoneal, se continua vigilancia clínica estricta.Fecha 03/04/2012 día hospitalario 3Análisis: paciente quien presenta evolución estable sin deterioro tolerando extubación, en proceso de destete de soporte hemodinámico, se continúa con diálisis considerando que la evolución de paciente sugiere patología renal crónica, se continúa vigilancia multiorgánica.11+00 se habla con mama y s e explica situación clínica de paciente así como riesgos en el tiempo incluyendo probable necesidad de trasplante refiere haber entendido.12+00 se recibe reporte de urocultivo positivo para pseudónima aeruginosa sensible al antibiótico que está recibiendo14+20 análisis: paciente quien presenta distrés respiratorio se hará evaluación radiográfica.Fue valorado por cirugía pediátrica quien descarta que catéter de diálisis peritoneal se encuentre disfuncional, sugiere cambio de posición para drenaje.Día hospitalario 4, 5, 6Paciente con reporte de paraclínicos que sugieren la presencia de infección de tipo micótico, razón por la cual se inicia cobertura y se interconsulta a servicio de infectología, presenta importante distensión abdominal, por lo cual se estudia posibilidad de peritonitis secundaria a catéter de diálisis peritoneal. Se descarta infección abdominal y se identifica quiloperitoneo y se continúa diálisis.Día hospitalario 7Paciente con diagnosticos anotados, estable hemodinamicamente, bien perfundido, desde el punto de vista ventilatorio en modalidad asistida, azoados estables, sin embargo el gasto urinario está en disminución, por lo que no se descarta reinicio de la diálisis peritoneal, como única opción para manejo crónico de su falla renal. Terapia física de rehabilitación, intentar extubacion pronta.Valorado por urología quien realizo cambio de sonda de cistostomia, procedimiento sin complicaciones, se envió orina a cultivo.Se dio información a la madre sobre el estado clínico del niño y la alta probabilidad de que requiera de reinicio de terapia de reemplazo renal por balance positivo a pesar de función renal residual.Se recibe reporte de uroanálisis previo al cambio de cistostomía con du: 10, ph: 6, leucocitura abundante, con glucosuria y sangre en orina, sedimiento con leucocitos mayor de 60 xc, hematíes 2-4 xc, bacterias: +, células bajas 2-4 xc, levaduras y pseudomicelios. Francamente patología a pesar de manejo ya instaurado, no nuevos picos febriles, familiar no asiste en horas de la tarde para brindar información.Paciente se encuentra con esquema de meropenem y fluconazol, se decide ampliar esquema antibiótico a vancomicina, considerando ampliar cubrimiento para gram positivos.Día 8,9,10 Paciente presenta distensión abdominal, se descarta proceso infeccioso peritoneal, se encuentra paciente cursa con quiloperitoneo. Ante la ausencia de proceso infeccioso abdominal se continúa diálisis peritoneal. Día 10 se inician trámites de remisión a urología, nefrología y cirugía pediátrica para garantizar manejo integral Día hospitalario 11,12, 13,14Se intenta extubación sin embargo no se tolera por desacondicionamiento muscular, no registra datos que sugieran proceso infeccioso, cursa con desnutrición severa y falla renal, a pesar de rehabilitación por severo desacondicionamiento y desnutrición no se logra extubación. Se insiste en remisión.Día hospitalario 15,16, 17,18Paciente permanece con evolución estable, sin deterioro clínico, en rehabilitación integral sin tolerar extubación, sin datos de infección, en espera de remisión.Día hospitalario 19, 20Infeccioso: temperatura 37 grados hemograma leucocitos 9600 neutrófilos 74% linfocitos 18% hemoglobina 6,5 hematocrito 20 plaquetas 231000 per 1,61 se aumento per se considera retiro de catéter central y se policultivo, se recibe respuesta de ¡nterconsulta de infectología quien considera suspender vancomicina, cambio de fluconazol por anfotericina sin embargo se considera solicitar control de parcial de orina y urocultivo considerando la posible toxicidad de anfotericina. Paciente quien presenta evolución estacionaria llama la atención el comportamiento de reactantes de fase aguda por lo cual se considera realizar policultivos y evaluar estado en este momento de infección para definir terapéutica.Se continua remisión sin embrago se recibió información de oficina de referencia que SALUDCOOP manifestó que están en urgencia funcional y que no hay disponibilidad de camas.Continua estable hemodinámicamente, se inicia manejo con metoprolol ante evidencia de miocardiopatía hipertrófica biventricular, se inicia a dosis mínimas y se titula, requirió cambio de modalidad ventilatoria, hasta el momento no se ha informado crecimiento en cultivos ya tomados, no picos febriles, ayer terminó esquema antibiótico de cuarta línea, pronóstico reservado, no hay respuesta aun de remisión.Día hospitalario 21Paciente quien presenta desacondicionamiento físico severo, lo cual, aunado a desnutrición crónica de base y debilidad diafragmática por carencia del contra estímulo correspondiente de la pared abdominal, predispone a falla de extubación por un lado, y a atelectasias inducidas por las sesiones de diálisis peritoneal por el otro, siendo este procedimiento la única terapia de reemplazo renal por la edad, configurándose de esta manera un círculo vicioso que puede culminar con la muerte del menor, insistiéndose en la necesidad de remisión para valoración por nefrología pediátrica y decidir su inclusión en lista de trasplantes. Así mismo, se debe evitar al máximo la administración de medicamentos nefrotóxicos en aras de prolongar el tiempo sin necesidad de diálisis peritoneal.Paciente con evolución estable llama la atención la presencia de imagen que sugiere neumotorax por lo cual se hace control radiográfico. Se continúa vigilancia clínica y paraclínico en el momento con cultivos negativos y no hay deterioro infecciosoDía hospitalario 23Paciente con desnutrición crónica severa, agudizada por la conjunción e incapacidad para administrar adecuado aporte calórico en virtud de la insuficiencia renal y quiloperitoneo, lo cual agrava el desacondicionamiento físico experimentado, aunado a la hipotrofia diafragmática resultado del prunne belly, consolidándose un círculo vicioso que puede terminar en la muerte del menor, por lo que se insiste en remisión a IV nivel para valoración y manejo por nefrología pediátrica, con inclusión en lista de trasplantes, ya que al ser trasplantado podría recibir un aporte calórico mayor que le permita romper el círculo viciosoPlan:seguimiento paraclínico, insistir en remisión a IV nivel, rehabilitación Día hospitalario 24 – 26Paciente persiste con evolución estacionaria, sin presentar signos de infección en terapia de rehabilitación integral, se intenta fallidamente extubacion, presenta alteración de electrolitos la cual se corrige prontamente, se insiste en remisión para manejo integral especializado. Se habla con la mama se explica situación de paciente plan a seguir y vigilancia por alto riesgo de falla en extubaciónDía hospitalario 27 - 30Evolución estacionaria, control de paraclínicos negativos para infección, sin picos febriles, se trabaja en reahabilitación para reintentar extubación, sin embargo no se ha logrado debido a desacondicionamiento y alteración muscular propia de su patología de base. Se insiste en remisión a IV nivel.Día hospitalario 31 - 34Diagnósticos anotados, soporte presor a dosis bajas, permitiendo descenso, no ha requerido ajuste en parámetros ventilatorios, gases aceptables, buen gasto urinario y balance negativo deseado para su condición. Está pendiente remisión para manejo interdisciplinario por nefrología, urología y cardiología pediátrica. Se insiste en habilitación para manejo de desacondicionamiento.Día hospitalario 35 - 36Paciente con evolución estacionaria continua con soporte vasopresor sin requerimientos de aumento sin presencia de deterioro hemodinámico, ni ventilatorio tolerando vía enteral y parenteral, en plan de extubación teniendo en cuenta síndrome broncoobstructivo han sido fallidos en 2 veces por lo cual se continua en manejo integral para extubación. Pendiente remisión para manejo por especialidades en conjunto con nefrología pediátrica, urología pediátrica y cardiología pediátrica.Día hospitalario 37 - 39Paciente quien presenta evolución estacionaria con presencia de hipercalemia la cual se inició corrección con insulina, en manejo integral de rehabilitación sin deterioro, no ha requerido soporte de vasopresor sin embargo con requerimientos altos de oxigenación se continuará trabajando para buscar extubación. Reporte radiografía de tórax 06/05/2012: crecimiento de cavidades cardiacas de predominio derecho, vasculatura pulmonar normal, infiltrados del espacio aéreo básales derechos, pendiente remisión para manejo por especialidades en conjunto con nefrología pediátrica, urología pediátrica y cardiología pediátrica.Día hospitalario 40 - 42Paciente quien presentó deterioro de patrón respiratorio requirió reintubación lo cual está condicionado por su alteración de mecánica respiratoria por su alteración muscular congénita abdominal siendo un paciente de difícil manejo con alto riesgo de requerir ventilación por largo periodo de tiempo. Se recibe comunicación °de auditora médica de SALUDCOOP la cual refiere que Dr Frank Serrat de la fundación cardiovascular de Bucaramanga solicita hablar con médico tratante para definir razón de remisión, se explica a auditora que en el momento la indicación para estar en uci de paciente solo es la de ventilación mecánica dado que las otras patologías que presenta son crónicas y que podrían eventualmente manejarse en servicio de piso; sin embargo se le explica también que la razón principal por la cual estamos solicitando la remisión a paciente es la de ser evaluado por especialistas en nefrología y urología pediátricas dado la complejidad de la patología de base de paciente que deben ser manejadas por dichos especialistas para definir si requiere alguna intervención en este momento especifica que pueda impactar sobre pronostico.Se establece comunicación con Dr. Frank Serrat y se comenta paciente él refiere que su institución no cuenta con servicio de urología pediátrica y que el manejo que en el momento está recibiendo en ésta unidad (hsrt) sería el mismo que recibiría en dicha unidad, ante lo cual Dr. Serrat no considera que el paciente se beneficie de traslado a dicha unidad. Se comunica de inmediato a auditora de SALUDCOOP la conversación con mencionado doctor y se le comenta que la solicitud de remisión debe ser a una institución que pueda brindar manejo por las especialidades ya comentadas. Indicación ucip: soporte hemodinámico, ventilación mecánica plan: seguimiento gasimétrico , reiniciar enteralDía hospitalario 43 - 45Evolución clínica estacionaria, sin requerir ajuste de soporte hemodinámico, balance hídrico ligeramente positivo, se vigila, sin embargo el gasto ha sido adecuado. Continua en plan de habilitación integral, pendiente remisión a servicio de cuarto nivel para manejo interdisciplinario por nefrología, urología y cardiología pediátrica.Día hospitalario 46Paciente en aceptable estado general, presentó dificultadad respiratoria y moderada movilización de secreciones que requirió manejo intensivo con terapia respiratoria. Llama la atención la presencia de taquicardia aunada a leucocitosis, neutrofilia y PCR positiva, lo cual por características de paciente tiene alta probabilidad de infección aun cuando ha estado afebril, se realizan estudios pertinentes y se inicia cubrimiento antibiótico. Es un paciente de muy alto riesgo para infecciones ante la larga estancia en UCIP la cual se derivó de una complicación que ocurrió durante el tratamiento de su patología de base de forma extrainstitucional. Haciendo de Cristian un paciente de alto riesgo de deterioro y muerte situación que se ha comunicado a familia así como personal auditor de EPS. No ha sido posible hasta el momento remisión a centro que cuente con las especialidades solicitadas No hay familia en visita para brindar información.Día hospitalario 47 - 50Paciente quien presenta clínica y para clínicamente hallazgos que sugieren proceso infeccioso para lo cual se inició cubrimiento antibiótico es un paciente de muy alto riesgo de complicación y muerte, continúa en rehabilitación integral por desacondicionamiento físico. Se enfatiza en remisión para manejo especializado por urología pediátrica y nefrología pediátrica.Día hospitalario 51Paciente con evolución sin deterioro, en el momento estable hemodinámicamente, con adecuada asistencia ventilatoria, tolerando aporte enteral, continua en búsqueda de descenso y retiro de soporte vasopresor, manejo antibiótico y rehabilitación integral para desacondicionamiento físico, paraclínicos de control evidencian disminución del proceso infeccioso pero en aumento de azoados. Se espera de remisión para manejo especializado por urología, nefrología y cardiología pediátricaEstancia prolongada en espera de remisión de nefropediatria y urología pediatría, con altos riesgo de complicaciones inherentes a la estancia en uci, como deterioro infeccioso y alto riesgo de muerte se enfatiza en remisión para manejo especializado por urología pediátrica y nefrología pediátrica.Día hospitalario 52 - 55Paciente con evolución estacionaria, sin soporte vasopresor, bajo soporte ventilatorio en plan de extubación se continua manejo integral por riesgo de falla a la extubación por antecedente de extubaciones fallidas continua manejo integran con rehabilitación,Permanece estable hemodinámicamente, no ha requerido soporte vasopresor, aunque llama la atención picos febriles pero con paraclínicos que no evidencian un proceso infeccioso, se hace seguimiento, y se busca retiro de accesos centrales adicionalmente persiste con disminución de la hemoglobina y hematocrito por lo cual se considera transfundir.Día hospitalario 56 - 60Paciente con evolución clínica estable se extubo tolerándolo con requerimientos altos de oxigeno suplementario, se considera paciente de alto riesgo de falla en extubación por presentar síndrome de desacondicionamiento y antecedente de 3 extubaciones fallidas se realiza vigilancia continua, requirió aumento de sedación.Día hospitalario 61 – 62Paciente estable, con aceptable patrón respiratorio con alto riesgo de fallo de extubación, por comorbilidades de base y síndrome de desacondicionamiento además de presencia de atelectasia que no ha revertido con terapia dirigida por lo cual se considera continuar maniobras de reclutamiento. Pobre tolerancia al descenso de sedación por irritabilidad que conduce a desaturaciones, no ha presentado nuevos picos febriles aunque con febrículas, sin deterioro. Paraclínicos que evidencian aumento de hiperkalemia, se hará seguimiento y vigilancia clínica, se adiciona furosemida. Pendiente remisión. Llama la atención que persiste con picos febriles, con un aumento discreto de PCR, asociado a los hallazgos radiográficos de cardiomegalia se considera tomar ecocardiograma para descartar un proceso infeccioso.Día hospitalario 61 – 65Paciente con hospitalización prolongada, evolución estable, superó riesgo de fallo de extubación, alteración de electrolitos dada por hiperkaliemia en corrección con solución polarizante. Requiere menor sedación, se encuentra alerta. Pendiente remisión a IV nivel.Día hospitalario 66 - 68 (05 a 07 de junio de 2012)Paciente estable, alerta, sin requerimientos de terapia dialítica, tolerando extubación por tiempo prolongado, se considera superado riesgo de reintubación, presenta pico febril, se considera que por antecedentes tiene riesgo de IVU se realiza control paraclínico. Se considera paciente estable que puede continuar manejo en piso se traslada advirtiendo que puede necesitar reingresar a UCIP.Junio 8 a 10 de 2012 Evolución pediatría pisoPaciente hemodinámicamente estable, con reporte de cultivo de líquido peritoneal positivo para E. Coli, multisensible incluyendo meropenem, antibiótico que se está usando para manejo de bacetremia.Junio 12 a 14 de 2012 Evolución pediatría pisoPaciente presenta cambios paraclínicos con leucocitosis y neutrofilia, adicionalmente aumento de azoados y disminución de sodio con aumento de potasio, y somnolencia, se considera reagudización de falla renal crónica, se controlan azoados y electrolitos, se aumenta diurético, se restringen líquidos, control de reactantes de fase aguda y control de Rx de Tórax para descartar derrame pleural. Se reinicia diálisis peritoneal.Se recibe reporte de ecocardiograma que confirma lesión miocárdica biventricular infiltrativa, se considera posible enfermedad infiltrativa metabólica y se sugiere realizar biopsia de miocardio vs músculo periférico. Alto riesgo de muerte súbita.Junio 15 de 2012 Evolución pediatría pisoSe recibe comunicación telefónica en la que se informa que será remitido a Hospital San José de Bogotá. Se explica a familia.Se calculan aporte de líquidos parenterales básales para prevenir deshidratación durante traslado |

* El día **17 de mayo de 2012** [[17]](#footnote-17)el Juzgado Primero Penal municipal con funciones de conocimiento profirió fallo de tutela amparando los derechos fundamentales invocados por el señor EDWIN ALEXANDER GTIERREZ HURTADO, en el cual manifestó

|  |
| --- |
| **ASUNTO A DECIDIR**Procede este Despacho, mediante Sentencia, a decidir lo que en Derecho corresponda dentro de la Acción de Tutela instaurada por el señor EDWIN ALEXANDER GUTIERREZ HURTADO, identificada con la Cédula de Ciudadanía No 9 399 958 expedida en Sogamoso, quien actúa en nombre y representación de su menor hijo CRISTIAN DAVID GUTIERREZ y en contra de la Entidad SALUDCOOP E p S para quo sele tutelen los Derechos Fundamentales a la vida, la Salud en conexidad con el Derecho a la Seguridad Social, consagrado en los arts, 11, 48 y 49 dela CN, y se ordene a la Entidad accionada la realización inmediata de los exámenes y controles, así como la remisión a los especialistas necesarios y autorizados, y el cubrimiento de todo la necesario y que se desprenda en relación al padecimiento de la enfermedad que padece su menor hija, en lo que hace referencia a crujías, medicamentos, exámenes, terapias y demás que sean procesados para su tratamientoIDENTIDAD DEL ACCIONANTE Se trata del señor EDWIN ALEXANDER GUTIERREZ HURTADO, Identificado con cédula de ciudadanía N\*9 399 938. expedida en Sogamoso, mayor de edad, residente en esta ciudad**ENTIDAD CONTRA LA CUAL SE DIRIGE**La presente acción de tutela está dirigida en contra de SALUDCOOP EPS con sede en Sogamoso 318**DERECHOS FUNDAMENTALES VULNERADOS:**A juicio del accionante la NUEA EPS, le esta vulnerando los | derechos fundamentales a vida, a la Salud en conexidad con al Derecho a la Seguridad Social**FUNDAMENTOS DE HECHO:**1 - Manifiesta el accionante que el día 27 de noviembre de 2011 nacieron sus hijos gemelos GRISTIAN DAVID Y ANORES EELIPE GUTIERRE? RODRIGUEZ.2.- Que sus menores hijos $0 encuentran afiliados en calidad de beneficiarios del accionante.3- Que a la media hora de haber nacidos sus hijos, fueron remitidos a la clínica de especialistas de está cridad, donde duraron 20 días en incubadora.4.- Que su menor hijo CRISTIAN DAVID nació con el síndrome de PRUNE BELLY UVA PASA. POR LO QUE FUE REMITIDO Al. HOSPITAL CARDIOVASCULAR DEL NIÑO EN Cundinamarca, para ser atendido por los especialistas.5- Que luego de innumerables dificultades se lo realizó cistomia percutánea con colocación de sonda, programando el control de nefrología pediátrica dentro de los 15 días siguientes, control que hasta la fecha no ha sido programado por la EPS6.- Que 10 días después fue remitido a la clínica de SALUDCOP EPS de' Tunja, en la que duró dos días interno. huego fue remitido a hospitalización en casa pero a tos pocos días el menor empozó » presentar infecciones urinarias, evidenciando los amenos el deterioro estado de salud del menor7- Que en este momento el menor se encuentra internado en el Hospital San Rafael de Tuma donde lleva más de un mes, con orden de remisión urgente a una institución donde lo pueda valorar un urólogo pediatra y nefrólogo pediatra8.- Que a la fecha SALAUDCOOP EPS no ha dado actuación al caso, razón por la cual se vio obligado a colocar la presente acción de tutela, como mecanismo único y transitorio para que sean protegidos los derechos fundamentales que ha invocado9.- Que la situación del menor os grave y SALUNCOOP EPS se ha negado a prestarlo el servicio de salud de en forma integral, pues riega autorizar exámenes indispensables para él, demostrando con allá una clara negligencia10 - Que en virtud de lo anterior el único mecanismo fue el de acudir a esta tutela para lograr que la EPS SALAUDOGOOP. realice los exámenes y valoraciones autorizados y demás que sean señalados por el médico tratante11 - Que con la enfermedad que padece el menor cada día que pasa se deteriora más el estado de salud del niño, por lo que solicita al Juzgado se acepten sus peticiones,12- Agrega el accionante que no cuenta con los recursos económicos suficientes para costear los elementos necesarios para su hija, ya que depende de unos ingresos muy escasos**COMPETENCIA:**Este Despacho es competente para conocer de esta Acción de tutela, de conformidad con el Art, 37 del Decreto 2591 de 1991 en concordancia con el Decreto 1382 de 2000, teniendo en cuenta que la Entidad SALLUCOOP EPS, 24 donde se encuentra afiliada la accionante tiene su sede en la ciudad de Sogamoso.**PRETENSIONES.**1. Solicita el accionante tutelar transitoriamente conforme al art 80 del Decreto 25341, y amparar los derechos fundamentales invocados, que se ordene a SALUDCOOP EPS. que en el término de 42 horas, ordene la realización de los exámenes y controles que requiere el menor, así como la remisión a los especialistas. necesarios y autorizados

2 - Que se ordene a la Entidad accionada el cubrimiento da todo lo necesario y que +se desprenda del padecimiento que sufre su hijo, en lo que hace referencia von procedimientos, medicamentos, exámenes, terapias y demás que sean necesarias para su tratamiento.**ACTUACION PROGESAL.**Con base en el Decreto 2891 de 1991, mediante providencia de fecha mayo cuatro (4) de 2012, el Juzgado admitió la acción de tutela, ordenó notificar a las partes sobre su admisión.En el mismo auto, se dispuso ordenar a la Entidad tutelada para que respondiera la solicitud de tutela en el término de tres (3) días. A través de su representante legal o de quien haga sus veces.Dentro del término del tratado la Entidad accionada SALUDCOOP EPS con sede en Sogamoso, no die contestación a la presente acción de tutela, por lo tanto se dará aplicación a lo establecido en el art. 20 del Decreto 2591, que establece que si la contestación no fuera presentada dentro del término indicado, $e tendrán por ciertos los, hechos relacionados por el accionante en su solicitud y se entrará a | resolver de plano sobre la misma, ya que a ellos en el oficio quo se los notificó el inicio de la presente acción, se des hizo la advertencia respectivaHechas las anteriores precisiones y estando dentro del término legal, este Despacho procedo a resolver de fondo respecto a la presente Solicitud de Acción de Tutela, previas las siguientes:**CONSIDERACIONES**Previo al análisis de la Solicitud presentada por el señor EDWIN ALEXANDER GUTIERREZ HURTADO, considera este Despacho procedente precisar que en los Artículos 19 y 20 del Decreto 2591 de 1981 se encuentra establecido*Artículo 19. Informes. El juez podrá requerir informes al órgano o a la autoridad contra quien se hubiere hecho la solicitud y pedir el expediente administrativo o la documentación donde consten los antecedentes del asunto. La omisión injustificada de enviar esas pruebas al juez acarreará responsabilidad.**El plazo para informar será de uno a tres días, y se fijará según sean la índole del asunto, la distancia y la rapidez de los medios de comunicación.**Los informes se considerarán rendidos bajo juramento**Artículo 20. Presunción de veracidad. Si el informe no fuere rendido dentro del plazo correspondiente, se tendrán por ciertos los hechos y se entrará a resolver de plano, salvo que el juez estime necesaria otra averiguación previa.*Iigualmente, deberá tenerse en cuenta que de acuerdo con lo establecido en el Artículo 86 de la Constitución Nacional, la Acción de Tutela es un instrumento a través del cual se podrá reclamar ante los Jueces la protección inmediata de los Derechos Fundamentales, mediante un procedimiento preferente y sumario, lo que significa que la Acción de Tutela está dirigida a la protección rápida y eficaz del Derecho Fundamental vulnerado o amenazado, caracterizándose dicho trámite por tres regias fundamentales: INFORMALIDAD PRINCIPIO DE PRESUNCIÓN DE VERACIDAD y SUBSIDIARIEDAD DE LA ACCIÓNLa informalidad otorga al Juez la libertad de imprimirle al trámite la mayor celeridad posible con miras a lograr la eficacia de la Acción, que consiste en la real, efectiva y pronta protección de los Derechos Fundamentales invocadosEl Principio de presunción de veracidad consiste en que los poderes se presumen auténticos y, como lo expresa el Articulo 20 del Decreto 2591 de 1991, sí los informes solicitados por el Juez a la Entidad Accionada no fueren rendidos dentro del plazo correspondiente, se tendrán por ciertos los hechos enunciados en la solicitudla subsidiariedad consiste en que la Acción de Tutela sólo procede cuando no existan otros medios de defensa judicial para la protección de los Derechos que se consideran vulnerados o amenazadosPara el presente caso, se tiene que la Solicitud presentada por el señor EDWIN ALEXANDER GUTIERREZ HURTADO. fue admitida mediante Auto de fecha Mayo 4 de 2012, el cual fue notificado a la Entidad Accionada SALAUCGOOP EPS de Sogamoso el día 7 de mayo del presento año a las 333 p.m. según oficio 318, y dentro de dicho oficio, — esto Despacho hace expresa advertencia a la Entidad Accionada, respecto al contenido del Articulo 20 del Decreto 2501 de 1991 A pesar de lo anterior, a la fecha y hora en que se profiere la presente Providencia, no se ha recibido de parto de SALUDCOOP EPS, su pronunciamiento respecto a lo manifestado por el accionante, en su Solicitud de Acción de Tutela m ose ha informado sobre sl cumplimento de la Medida Provisional decretadaCon base en las anteriores precisiones y teniendo en cuenta que el término concedido a SALUODCOOR EPS para presentar su pronunciamiento se encuentra más que vencido, este Despacho Judicial dará aplicación a lo establecido va el Artículo 20 del Decreto 2591 de 1991 y procederá a resolver sobre la solicitud presentada por el señor EDWIN ALEXANDER GUTIERREZ HURTADO 221PROCEDENCIA DE LA ACCIÓN.Se encuentra establecido en el Artificio 88 de nuestra Constitución Política que la procedencia y prosperidad de la Acción de Tutela, está condicionada a que se pretenda la protección de un derecho que tenga rango de derecho fundamental y que tal derecho esté siendo vulnerado o amenazado por la actuación o la omisión de una autoridad pública o un particular Así mismo, os requisito para su efectividad que el interesado no disponga de otro medio de defensa judicial para el amparo de su derecho, salvo que se instaure como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable.Es por lo anterior que este Despacho considera procedente precisar el pronunciamiento qua respecto a los Derechos invocados hizo la Honorable Corte Constitucional, en sentencia T-305 de 1998:"*El concepto de vida no es un concepto limitado «a la idea restrictiva de peligro de muerte que daría lugar al amparo de tutela sólo en el evento des encontrarse el individuo a punto de Fenecer o de perder una función orgánica de manera definitiva sino que lo consolida como un concepto más amplio 4 la simple y limitada posibilidad de existir o no, extendiéndose al objetivo de garantizar una existencia en condiciones dignas. Lo que se pretende entonces es respetar la situación existencial do la vida humana en condiciones de plena dignidad, ya que al hombre no se le debe una vida cualquiera, sino una vida saldarlo en la medida que sea posible"*En cuanto al derecho a la salud, consagrado en el Art 49 de la Constitución Nacional, en principio de naturaleza prestacional, puedo llegar a convertirse en un derecho fundamental dada la conexidad que presenta con el derecho a le vida, ya que forma parte del mismoLa salud y la integridad física son objetos jurídicos identificables, pero nunca desligados de la vida humana que los abarca de manera directa, por Edo cuando se habla de derecho a la vida $4 comprenda necesariamente el derecho a la salud, es un contrasentido manifestar que el derecho a la vida es fundamental y el derecho a la salud y la integridad física no do sean.Es por do anterior que en relación con la posibilidad de amparar los derechos invocados en el casa que nos ocupa, no existe duda alguna que éstos, además de tener respaldo Constitucional, gozan del carácter de Fundamentales Por ello su protección es susceptible de ser invocada tonto a la Entidad SALAUDCOOP EPS.-S de esta Ciudad. Además, con las pruebas aportadas por el Accionante, se demuestra que el menor GRISTIAN DAVID. GUTIERREZ 30RODRIGUEZ, está afiliada como beneficiario de su padre, en el Sistema de Seguridad Social en Salud en el régimen contributivo a través de SALUDCOOP EPS. Sa, es por lo que en los actuales circunstancias, no dispone el Accionante de otro media de defensa judicial para la protección de los Derechos que considera vulnerados» PROBLEMA JURÍDICO:Se decidirá en la presente Sentencia si la actitud asumida por SALUDOCOOP EPS.S., al no ordenar el traslado del menor a una institución hospitalaria de WV nivel, pera que le sean practicados los exámenes que fueron ordenados por el médico tratante. constituye violación de dos Derechos Fundamentales 2 la Salud en conexidad con el Derecho Fundamental a la VidaEn efecto, de acuerdo con lo obrante en el Expediente, al menor CRISTIAN DAVID GUTIERREZ RODRIGUEZ. el médico tratante en su análisis dios que se trata de un paciente CON CONDICIÓN CRITICA Y MATO RIESGO DE MUERTE ANTE HIPERKALEMIA SEVERA AMERITANDO MANEJO DIALITICO URGE NTE, ordenando la remisión a una Institución de Y nivel, para que los especialistas en nefrología, urología pediátrica y cardiología, — de practiquen los exámenes que requiere. Permisión que a la fecha no ha sido ordenada. lo que dio origen a iniciar esta noción de tutelaAhora bien, conviene resaltar que estamos frente a los Derechos Fundamentales de una persona en evidente estado de indefensión y vulnerabilidad, como lo es un menor. ya qué en la actualidad cuenta con cinco meses de vida, sino también por la enfermedad que lo aqueja, el cual ha afectado las condiciones de Vida Digna a que tiene derecho el menor, es por lo anterior que este Despacho se remite a lo manifestado, frentes 2 tales circunstancias por la Honorable Corte Constitucional,1. Derechos de dos mitos como sujetos de especial protección. Reiteración de jurisprudencia.

El artículo 44 de la Constitución establece que: “*Son derechos de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social (…) los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás”.* Así, la norma da primacía a los derechos de los menores respecto a los de la sociedad en general, por lo que estos deben ser protegidos reforzadamente.Los menores como sujetos de especial protección, requieren una atención especial, pues derechos que son prestacionales, por esencia en el caso de estos toman el carácter de derechos fundamentales autónomos de acuerdo con los dispuesto por normativas intencionales como la Declaración de los Derechos del Niño de 1059 que define: “*el niño goza de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensados todos ellos por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño”*Otras disposiciones internacionales como el Pacto de Naciones Unidas sobre Derechos Civiles y Políticos, el Pacto de Naciones Unidas sobre Derechos Sociales, Económicos y Culturales - aprobadas por la Ley 74 de 558 da Convención interamericana de Derechos Humanos, la Convención sobre los Derechos del Niño. han confirmado el anterior postulado, lo que imparte una obligación de protección para el Estado colombiano,Al respecto la Corte indicó en sentencia de unificación que: “*el derecho a la salud en el caso de los niños en cuanto derivado necesario del derecho a la vida y para garantizar su dignidad, es un derecho fundamental prevalente y por lo tanto incondicional y de protección inmediata cuando se amenaza o vulnera su núcleo esencial. En consecuencia, el Estado tiene en desarrollo de la función protectora que le es esencial dentro el límite de su capacidad, el deber irremediable e incondicional de amparar la salud de los niños”*De tal torna cuando se interpone una acción de tutela con el fin de proteger los derechos fundamentales a la vida y a la salud de un menor, el juez debe desplegar en forma efectiva su potestad y sus facultades para garantizar el cumplimiento de dos principios constitucionales y en electo garantizar la defensa de tales bienes jurídicos.A respecto esta Corporación expuso: *“La consideración del niño como sujeto privilegiado de la sociedad produce efectos en distintos planos. La condición física y mental del menos convoca la protección especial del Estado y le concede validez a las actuaciones y medidas ordenadas a mitigar su situación de debilidad que, dentro otro modo sean violatorias del principio de igualdad (C.P art 13). Dentro del gasto público social, las asignaciones dirigidas a atender los derechos prestacionales en favor de los niños deben tener prioridad sobre cualesquiera otras (C.P art. 350). Todas las personas gozan de legitimidad para exigir el cumplimiento de los derechos de los niños y la sanción de los infractores (CP. Art. 44). La coordinación de derechos y la regulación de los conflictos que entre estos se presenten en el caso de que se vea comprometido el de un menor, debe resolverse según la regla pro infante (C.P art. 44). Se observa que el trato especial que se dispensa al niño, lejos de ser un intento de conferirle protagonismo, no es otra cosa que un ensayo de igualación que realiza el mismo Constituyente, como el niño no sabe ni puede pedir, la Constitución autoriza a todos a que pidan por él, como el niño no puede hacer que sus derechos se impongan cuando entren en conflicto con los de los demás, la Constitución define directamente su prevalencia”*CASO GONGRETO:De los hechos narrados y las pruebas obrantes en el expediente de la acción de tutela este Juzgado concluye que el señor EDWIN ALEXANDER GUTIERREZ como agente oficioso del menor CRISTIAN DAVID, interpone acción de tutela en contra de SALUDOOOR EPSEl accionante expone que a su hijo CRISTIAN DAVID GUTIERREZ RODRIGUEZ. el médico tratante en su análisis dijo que se trata de un paciente CON CONDICIÓN CRITICA Y ALTO RIESGO DE MUERTE ANTE HIPERKALERIA SEVERA —ARERI ANDO MANEJO —DIALITICO URGENTE, ordenando la remisión a una institución de IV nivel, para que los especialistas en nefrología, urología pediátrica y cardiología, le practiquen los exámenes que requiere, Remisión que a la fecha no ha sido ordenada por la EPS, vulnerando así los derechos fundamentales a la salud y a la vida invocados por al accionanteEn tal sentido, encuentra ente Despacho que proceda la acción de tutela interpuesta por e señor EDWVIN- ALEXANDER GUTIERREZ como agente oficioso de su menor hijo CRISTIAN DAVID, por sor esto un menor de edad, de aproximadamente 5 meses, que se encuentra imposibilitado para ejercer su propia defensa, como $e mencionó en las consideraciones jurídicas del casoAsí las cosas, resulta claro para el Juzgado que en el presente caso la Entidad SALUDOOOPR EPS.-S tiene la obligación de prestar MH servicio de salud integral, oportuna y diligente al menor CRISTIAN DAVIO, con al objeto de que se haga efectiva la protección de sus Derechos Fundamentales a la Salud en conexidad con el Derecho fundamental a la Vida. por tal razón uta Despacho confirmará Vos Medida Provisional decretada mediante Auto de fecha mayo 4 de 2012 en el sentido de ordenar a SALUNDCOOP EP 8 donde se ordenó que 24en el término de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación del auto admisorio, autorizara, y dispusiera lo necesario paria que se llevara a cabo la remisión del niño CRISTIAM DAWYID GUTIERREZ RODRIGUEZ, a una institución de IV nivel, a fin de que sea valorado por médicos especialistas en nefrología pediatría, urología pediátrica y cardiología pediátrica, y dispondrá requerir a la Entidad Accionada, a través de su Representante Legal para que informa sobra al cumplimiento de la Medida decretada.Igualmente, este Despacho llamará la atención de la Entidad SALUDCOOP EPS.8. A través de su Representante Legal, respecto al cumplimiento do las órdenes impartidas por el Juez de Tutela y a la presentación de los informes solicitados, ya que como se dijo anteriormente, a la fecha y hora en que se prole la presente Sentencia, DAALUDGOOP EPS-8. 10 ha informado a esto Despacho sobre el cumplimento de la Medida Provisional decretada en el Auto de fecha mayo d de 2012En mérito de lo expuesto, el Juzgado Primero Penal Municipal de Sogamoso con funciones de conocimiento, administrando Justicia en nombre del Pueblo y por mandato de la Constitución.PRIMERO - CONCEDER el amparo de tutela a los: Derechos Fundamentales a fa vida, a la Salud en Conexidad con el Derecho Fundamental a la seguridad social, invocados por el señor FDAWIN ALEXANCGER GUTIERREZ HURTADO, con fundamenta en las cazones expuestas en la parte motiva de esta ProvidenciaSEGUNDO... Como consecuencia de lo dispuesto en el numeral Anterior, CONFIRMAR la Media Provisional decretada mediante Providencia de fecha mayo 1 de 20112, a través de la cual se ORDENO Y SALUDCOOP EPS." autorice y disponga lo necesario para que se llevara a cabo la remisión del niño CRISTIAN DAVID GUTIERREZ RODRIGUEZ a una institución de IV nivel, a fin de que sea valorado por médicos especialistas en Nefrología pediátrica, Urología pediátrica y Cardiología pediátrica en un término no mayor a 48 horas contados a partid de la notificación del presente fallo, sin dilataciones ni omisiones injustificadas, siempre que se cumplan los requisitos normativos vigentes y se observe el procedimiento establecido.TERCERO: REQUERIR A SALUDOCOOP EPSS para que en él término de Cuarenta y Ocho (48) horas contados a parir de la notificación de la presente Sentencia, a través de su Representante Legal, informe a ente Despacho Judicial sobre el cumplimiento que dio esa Entidad na in Medida Provisional decretada por este Jurado mediante Auto de fecha mayo 4 de 2012.CUARTO.- LLAMAR LA ATENCIÓN a SALUDCOOP EP5 a través de su Representante Legal en el sentido de recordarle lo establecido en dos Artículos 19 y 52 del Decreto 2391 de 1951 respecto al cumplimiento de las órdenes impartidas por el Juez de Tutela y la presentación de los informes solicitados.QUINTO - DISPONER la notificación de la presente Providencia al Accionante y a la Entidad Accionada por el medio más expeditoSÉXTO.- Corra la presente Decisión procede el Recurso de impugnación SEPTIMO - De no ser impugnado el presente Fallo dentro del termino de Tres (03) días, remitir el Expediente a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión. |

* Mediante oficio del 22 de junio de 2012[[18]](#footnote-18) el Juzgado Primero Municipal notificó que admitió y dio trámite al incidente de desacato promovido por el señor EDWIN ALEXANDER GTIERREZ HURTADO
* El día 16 de julio de 2012[[19]](#footnote-19) el Juzgado Primero Penal del Circuito le comunicó al señor EDWIN ALEXANDER GTIERREZ HURTADO que el Despacho avoco conocimiento en sede de consulta del incidente de desacato promovido dentro de la acción de tutela.
* Historia clínica del Hospital Infantil Universitario San José en Bogotá del menor CRISTIAN DAVID GUTIERREZ RODRIGUEZ desde el **15 de junio al 20 de junio de 2012[[20]](#footnote-20)**.
* El **menor CRISTIAN DAVID GUTIERREZ RODRIGUEZ falleció el día 20 de junio de 2012[[21]](#footnote-21)**
* El 29 de agosto de 2019 la demandada E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA manifestó que las pólizas vigentes para la ocurrencia de los hechos son la Nº **1003256, 1004102 y 1005729**[[22]](#footnote-22) y la primera reclamación la recibió el ***20 de junio de 2014*** con la presentación de la solicitud de conciliación.[[23]](#footnote-23)
* El **25 de septiembre de 2019**[[24]](#footnote-24) la aseguradora la PREVISORA aporto 4 certificaciones suscritos por el subgerente de procesos judiciales de la compañía indicando lo siguiente:

|  |  |
| --- | --- |
| **Numero de póliza** | **concepto** |
| 3000003 | La compañía no ha efectuado pagos con cargo a esta póliza, razón por la cual hay disponibilidad de valor asegurado de **$1700´000.000** para la vigencia del 8 de diciembre de 2012 al 10 de abril de 2013, suma a la cual, se le deben aplicar los deducibles y sublimites pactados contractualmente. |
| 1004101 | La compañía no ha efectuado pagos con cargo a esta póliza, razón por la cual hay disponibilidad de valor asegurado de **$1000´000.000** para la vigencia del 27 de febrero de 2014 al 26 de diciembre de 2014, suma a la cual, se le deben aplicar los deducibles y sublimites pactados contractualmente. |
| 1005537 | La compañía no ha efectuado pagos con cargo a esta póliza, razón por la cual hay disponibilidad de valor asegurado de $2000´000.000 para la vigencia del 11 de agosto de 2016 al 25 de marzo de 2017, suma a la cual, se le deben aplicar los deducibles y sublimites pactados contractualmente. |
| 1004102 | La compañía ha efectuado pagos con cargo a esta póliza, razón por la cual hay disponibilidad de valor asegurado de **$241´330.785** para la vigencia del 27 de febrero de 2014 al 26 de diciembre de 2014, lo que ha disminuido el valor de la misma |

* En el dictamen rendido por el medico JUAN GUILLERMO CÁRDENAS AGUILERA[[25]](#footnote-25)

|  |
| --- |
| RESUMEN HOSPITALIZA CIONESNacimiento: Hospital San José de Sogamoso 27 Nov de 2011 Hospitalizaciones:1. Hospital Materno Infantil Sogamoso unidad de cuidado intensivo neonatal: 27 Nov de 2011 al 22 de diciembre de 2011
2. Hospital Cardiovascular de Soacha 22 de Dic de 2011 al 15 de Feb de 2012
3. Hospital San Rafael Tunja UC1P 02 de abril de 2012 al 07 de junio de 2012
4. Hospital Infantil Universitario de San José de Bogotá 15 de junio de 2012 al 20 de junio de 2012

ANALISISrevisando retrospectivamente el expediente del paciente Cristian David Gutiérrez Rodríguez quien se identificaba con el registro civil 1054288265, se determina que era un paciente quien presentaba una condición congénita denominada síndrome Prune Belly el cual consta de la triada clásica de abdomen arrugado en "ciruela pasa ", criptorquidia y malformación de la vía urinaria tipo valvas de uretra posterior, lo cual conllevo a alteraciones en la función renal con progresión a falla renal crónica en estadio terminal asociándose a ciertas alteraciones metabólicas lo que contribuía a su falla del crecimiento y estado nutricional.dicha condición congénita con anormalidad anatómica múltiple favoreció las patologías asociadas y por ende a su estado de desnutrición severa e infecciones de vías urinarias a repetición perpetuadas también por ser portador de vesicostomía procedimiento que se realizó a la edad de 1 mes con el fin de desobstruir la vía urinaria, es común que todos los paciente que estén con manipulación de la vía urinaria y más con vesicostomía permanente presenten colonización por distintos gérmenes en la vía urinaria, esto condicionado a su estado nutricional determina que el paciente sea considerado como un paciente inmunosuprimido, lo que generaba la recurrencia en infección del tracto urinario a pesar de los innumerables tratamiento antibióticos y antifúngicos recibidos, a esto se le suma la condición presentada durante la hospitalización en la unidad de cuidados intensivos del hospital de Tunja en donde ingreso por la presencia de enfermedad renal crónica agudizada con urgencia dialítica por descompensación metabólica e hidroelectrolítica la cual fue adecuadamente manejada con la terapia de diálisis peritoneal, presentando una complicación poco común tipo quiloperitoneo el cual se ha descrito que puede ser secundario a la carga osmolar del líquido de diálisis peritoneal utilizado en los recambios de la terapia dialítica, que también es visto en pacientes con diversas patologías perifonéales, el conteo de leucocitos elevados en liquido peritoneal eran concluyentes o asociados al quiloperitoneo y no se determina que sea por asociación de una infección peritoneal, mientras se esperaba la remisión se brindó por parte de la unidad pediátrica del hospital de Tunja el tratamiento adecuado en búsqueda de manejar y estabilizar el paciente; es importante señalar que una hospitalización prolongada en cualquier paciente así sea inmunocompetente genera un riesgo de infección nosocomial y más en este paciente con todas las comorbilidades y asociaciones patológicas ya mencionadas; el tratamiento en la unidad de cuidados intensivos basados en los estándares de no maleficencia y beneficencia como principios esenciales de la ética médica no fueron vulnerados, la atención medica siempre estuvo presente siendo lo más oportuna en todas las condiciones asociadas brindándose un tratamiento en búsqueda de la mejoría del paciente, ahora en cuanto al principio justicia que es el que obligaba a dar los benejicios de salud de óptima y oportuna calidad con accesibilidad equitativa este fue vulnerado por una rejérencia tardía y con traslado a un nivel de atención que no contaba con todos los servicios solicitados para su atención integral, sin embargo la condición clínica y las asociaciones que presentaban eran tan complejas que es imposible predecir cuál habría sido el desenlace ya que aparte de la enfermedad renal severa secundaria a uropatía obstructiva con todas sus alteraciones metabólicas se le asociaba una falla cardíaca constrictiva severa que fue en realidad la que llevo al desenlace fatal ya que implicaba un bajo gasto cardiaco con un bajo flujo sanguíneo, condiciones que nunca habrían sido ni óptimas ni beneficiosas en el momento que el paciente pudiera llegar a un protocolo de trasplante renal, por otro lado en las condiciones del paciente y como se había presentado hasta el momento el paciente no era candidato a un trasplante renal ni inmediato ni mediato, para conocimiento general el planteamiento de un trasplante renal implica un protocolo con una serie de estudios y por edad del paciente y estado nutricional no era candidato ya que el trasplante renal es óptimo para pacientes con un peso superior a 10 kg con experiencia a nivel local en Colombia con adecuados resultados en pacientes con una recuperación nutricional y un peso superior a 15 kg, para dicha recuperación el paciente debería estar en permanente tratamiento con diálisis peritoneal lo que nos facilitaría más la recuperación nutricional ahora es determinante que para obtener un trasplante en un paciente de tan pequeña edad y bajo peso se requeriría unas condiciones especiales de un donador las cuales complicaban aún más la posibilidad planteada de mejoría con un trasplante renal, en retrospectiva el paciente se beneficiaría de una terapia de remplazo renal tipo diálisis peritoneal por peso y estado nutricional sin embargo la condición anatómica del paciente con malformación de cavidad abdominal así como su vesicostomía implicaban la posibilidad de múltiples recurrencias de infección peritoneal y fallo mecánico en la terapia; no es un caso fácil y aun en las manos más expertas habría implicado un gran reto para lograr las mejores condiciones para llevar al paciente a un trasplante renal exitoso.Por otra parte las condiciones de morbimortalidad contempladas en la historia del paciente implicaban un gran riesgo vital del paciente al punto de ser considerado la probabilidad de muerte súbita en el paciente, basados en los múltiples riesgos y compromisos multisistémicos y la condición del paciente se debería haber garantizado un adecuado traslado en su referencia desde el hospital San Rafael de Tunja hasta el Hospital Universitario de San José, no se cuenta con los registros de la ambulancia en lo que concierne a recepción y protocolo de traslado del paciente a su vez de entrega del mismo, se considera que por la condiciones descritas se tuvo que hacer un traslado bajo un servicio de ambulancia medicalizada el cual pudiera asegurar las condiciones óptimas del paciente al centro de referencia. Se supone que al solicitarse un traslado de un paciente potencialmente critico se debe cumplir con las condiciones para la ambulancia medicalizada regidas por ley y de igual forma se debe constatar por parte del centro desde donde se emite la referencia que tanto el medio de transporte así como los insumos y el personal sea el idóneo para dicho trasladado y puedan dar manejo oportuno a las complicaciones presentadas durante la remisión este seguimiento parte de las normas básicas y la lista de chequeo que se realizara al medio de transporte según RESOLUCIÓN NÚMERO 00002003 DE 2014 28 MAY 2014 quien rige las normas y los requerimientos básicos para los niveles de complejidad de ambulancia básica y medicalizada. |

* En diligencia de control de dictamen el medico indico que tuvo en cuenta la atención medica bridada al menor en el hospital de Tunja, su traslado al hospital en Bogota donde finalmente falleció.

Indica que era un paciente complejo, nació con un síndrome *de Prune Belly o síndrome del abdomen en ciruela pasa*, es un trastorno congénito mas no genético, se generó durante la formación del embrión en el vientre de la madre, esta anormalidad se caracteriza porque hay ausencia de los músculos del abdomen, es decir que la piel está en contacto con las vísceras, es una enfermedad rara, también hay mal formaciones de la vía urinaria, y los testículos no descienden (**criptorquidia**), es característico de hombres.

El paciente tiene comorbilidades, en este caso el menor orinaba por el ombligo, tenía deterioro en la función del riñón, por eso a las pocas horas de vida se determinó que tenía una lesión renal se evidencia con el incremento de la creatinina la cual es toxica para el cuerpo humano, en la unidad de cuidados intensivos le iniciaron una terapéutica para darle manejo a los trastornos metabólicos, el menor salió de la unidad y fue enviado al HOSPITAL CARDIOVASCULAR DE SOACHA en donde le trataron la anormalidad de orinar por el ombligo, allí se determinó que tenía una obstrucción de la vía urinaria, como es un paciente tan pequeño se le hizo una vesicostomía (se conecta la vejiga a la piel), pero se sigue afectando la función del riñón, por ello llega al hospital de Tunja en donde le realizan una diálisis peritoneal que consiste en atraer los líquidos tóxicos del cuerpo del niño, pero presenta una complicación que es propia de la diálisis que se denomina quiloperitoneo, es decir que salía no solo los tóxicos sino también linfa, por ello se trató una restricción en la dieta, lo cual implicaba que tuviera comprometido su sistema de defensas, durante la instancia el centro médico atendió las emergencias que se le presentaron y siempre buscaron beneficiar el traslado a un centro de mayor complejidad.

Pone de presente que encontró unas notas de remisión para trasplante renal, el menor pesaba 4 kilos y para hablar de trasplante deben mediar unos estudios, una condición metabólica y una experiencia de más de 15 kilos.

Dado que llevaba 2 meses en la unidad es normal que se adquieran infecciones **nosocomial**es, una vez salió de la unidad estuvo 8 días en hospitalización y luego fue remitido al hospital san José, tenía una enfermedad crónica, criterios para diálisis y restricción de alimentación dadas las complicaciones no le permitía aumentar de peso o talla.

Cuando llega al hospital San José en Bogota hay una nota que indica que llega en un traslado primario y pues no es lo propicio para un paciente de la condiciones del menor debió ser remitido en una ambulancia medicalizada, en la remisión se indica que el menor requería atención por nefrología pediatrica (el hospital no lo tenía), cardiología (solo lo tenía una vez a la semana) y urología pediátrica (el hospital si lo tenía).

El paciente llega hipertenso, con una frecuencia respiratoria bajita y la falla renal crónica, ingresa a la unidad de cuidados intensivos, presenta un deterioro clínico de 48 horas y fallece.

La atención del hospital de Tunja fue adecuada desde el punto de vista médico, pero se presentó una **violación en la seguridad del paciente**, se solicitó una ambulancia de amplia complejidad de tal manera que si en el traslado se presentaba alguna complicación fuera entendida de manera idónea, desconoce si la ambulancia la suministra la EPS o el hospital, o si el hospital se cercioro que llego lo que habían solicitado,

No hay una bitácora del traslado del paciente de la ambulancia, considera que en ese traslado se alteraron las condiciones del paciente. En la nota del Hospital San José se indicó que llego en una ambulancia básica.

Considera que hay una falla administrativa pues el traslado no fue rápido (referencia y Contrareferencia, la eps negaba el traslado porque no tenía los convenios) y no se efectuó en el medio de trasporte idóneo, se deben seguir los protocolos 1011 de 2006, actualizada con la 019 de 2014 y luego actualizada en el año 2012

El hospital de Tunja dio el tratamiento oportuno a las complicaciones que se le presentaron al menor aunque no tenía nefrólogo pediátrico, por ello solicitaba un centro de referencia donde tuvieran nefrología pediátrica, en donde se hubiera atendido la terapia de mejor manera, obvio no se puede saber cuál hubiera sido el deshelase del menor dadas las condiciones del menor.

Todos los pacientes que sufren el *síndrome de Prune Belly* terminan con enfermedad renal crónica pero la terminan tardía, se acompaña con tratamiento de diálisis, este paciente también tenía una afectación cardiaca, su corazón estaba tan grande que obstaculizaba un buen funcionamiento, y tenía un estado nutricional severo estaba inmunocomprometido por lo que la mortalidad era grande.

Dado el estado clínico del menor eran normales las infecciones que presento en la unidad de cuidados intensivos.

* En diligencia de testimonios el medico CARLOS MANUEL MOJICA WALTEROS[[26]](#footnote-26) manifestó ser desde el año 2009 de la coordinación de la Unidad de cuidados intensivos pediátrica del HOSPITAL SAN RAFAEL EN TUNJA.

El hospital es nivel III y para el año 2012 no contaban con unidad de nefrología pediátrica.

El trámite para hacer la remisión: Cuando llega un paciente se evalúa integralmente, se estabiliza y luego el médico tratante realiza un formato informando a la oficina de referencia que el paciente requiere ser atendido en un centro médico de mayor complejidad indicando las especialidades que requiere el paciente y las causas de la remisión.

Atendiendo el estado del paciente y los servicios que debe recibir el paciente si estaba en la unidad se solicita una ambulancia medicalizada, el hospital no tiene servicio de ambulancia por lo tanto la EPS suministra la ambulancia sea directamente o que contrate con una empresa de ambulancias, se entrega el paciente a la tripulación y ahí llega su responsabilidad, pero no verifica la ambulancia pues no es su obligación, el en su práctica profesional levanta un informe de la entrega del paciente.

La EPS es la garante de atención integral a los pacientes, es quien debe garantizar la entidad de remisión a donde debe llegar para que se le continúe la atención al paciente.

En su experiencia los pacientes que sufren de Prune Belly por las complicaciones renales o derivadas de ella tiene un porcentaje de mortalidad de un 70% y dependiendo del momento en que se diagnostique la falla renal, si es en un recién nacido es muy frecuente que se presente la mortalidad, ahora bien si se suman complicaciones respiratorias o cardiovasculares la posibilidad de muerte es más alta. Dadas sus condiciones anatómicas son proclives a padecer infecciones.

Un paciente con el síndrome tiene su sistema inmunológico comprometido es decir que tiene afecciones, por lo que no puede reaccionar a las infecciones de manera normal, presente infecciones urinarias a repetición y que sean difícil de controlar.

Este tipo de pacientes deben ser tratados quirúrgicamente para mejorar su función renal, todas sus hospitalizaciones aumentan su factor de riesgo, de no hacerse desarrollaran la afección de la función renal antes.

No es lo mismo atender una afección renal a una sumada con afección respiratoria y cardiorrespiratoria, ello sumado el proceso de nutrición y las afecciones del sistema inmunológico.

El trasplante renal tiene un curso y unos requisitos, debe ser valorado por el nefrólogo y la junta de un hospital de mayor complejidad, para que sea candidato a trasplante además debe pesar más de 15 kilogramos, pero en pacientes de Prune Bellyse les debe enganchar para ser candidato a trasplante.

**2.3.2.** Entremos ahora a resolver el interrogante planteado:

***¿Deben responder las demandadas por los perjuicios ocasionados a los demandantes por las infecciones urinarias nosocomial que adquirió y desarrolló durante la hospitalización, y si por ello devino en la muerte del menor CRISTIAN DAVID GUTIÉRREZ?*** *y si es así,* ***¿la llamada en garantía estaría en la obligación de efectuar pago alguno por quien fue llamado HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA?***

Tenemos demostrado el **DAÑO** pues el CRISTIAN DAVID GUTIERREZ RODRIGUEZ falleció el día 20 de junio de 2012

Ahora bien, en lo que respecta a la **FALLA**, encontramos lo siguiente:

La parte actora indica que el menor durante su estadía en el Hospital San Rafael de Tunja adquirió infecciones nosocomiales, la remisión que requería a un hospital de mayor complejidad se demoró injustificadamente y cuando se efectuó se hizo en una ambulancia no medicalizada a un centro de salud que no era el propicio.

El menor **CRISTIAN DAVID GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ** nació con una enfermedad congénita denominada síndrome de Prune Belly[[27]](#footnote-27). Presentó en sus primeras horas compromiso de su función renal, lo cual era indicativo de necesitar intervenciones quirúrgicas para mejorar sus condiciones; dichas intervenciones requerían estancias prolongadas en hospitales lo que indicaba que adquiriera infecciones nosocomiales en cualquier centro médico en que estuviera. Además, presentó falencias a nivel respiratorio y cardíaco y tenía restricciones en la dieta, lo que le generaba desnutrición y compromiso en su sistema inmunológico, todas ellas circunstancias que agravaban su cuadro clínico y disminuían sus posibilidades de vida.

En lo que respecta al Hospital San Rafael de Tunja el despacho no evidencia falla alguna pues la atención médica brindada a cada uno de los episodios que presentó, tendientes a estabilizarlo, fue la idónea conforme al personal y servicios con que contaba; las infecciones hospitalarias que adquirió eran inherentes al proceso de hospitalización al que debía ser sometido el menor; el Hospital gestionó la remisión a un centro hospitalario de mayor complejidad con los servicios de cardiología, urología y nefrología pediátrica en una ambulancia medicalizada y contrario a lo manifestado por el actor, no se evidencia obligación del personal médico de verificar que la ambulancia y el centro de destino cumplieran con las exigencias que se solicitaban.

En cuanto al sistema de Referencia y Contrareferencia, elDecreto 4747 de 2007 en su capítulo II artículo 5 literal b numeral 6 establece entre otras, que son responsabilidades de las EPS el diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos requeridos para la operación de la red**[[28]](#footnote-28)**.

Con todo, dado el cuadro clínico según explicaciones dadas por el perito y el testigo médico, el menor **CRISTIAN DAVID GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ**  tenía una posibilidad de vivir de un 30%,. Si bien no se cuenta con la bitácora de la ambulancia y el resultado de la remisión de la EPS, pues a pesar de las gestiones efectuadas por el actor y la ausencia de contestación de la EPS SALUDCOOP (en liquidación) no se obtuvo dicha documentación, se tiene certeza de que la falla acaeció, pues el Hospital San José de Bogotá no contaba con las especialidades que requería el menor y refiere que ingresó en una ambulancia no medicalizada, es decir que se vio truncada esa posibilidad de vida.

En consecuencia, está demostrada la responsabilidad de la demandada EPS SALUDCOOP (en liquidación) por lo que procederá el despacho a tasar la correspondiente indemnización.

* 1. **DAÑOS E INDEMNIZACIÓN DE PERJUICIOS**

Demostrada como está la responsabilidad de EPS SALUDCOOP (en liquidación) procede el Despacho a estudiar las pretensiones de la demanda:

* + 1. **PERJUICIOS INMATERIALES**
			1. **Perjuicios morales[[29]](#footnote-29)**

A propósito de los daños morales, la doctrina ha considerado que éstos son “esos dolores, padecimientos, etc., que pueden presentarse solamente como secuela de los daños infligidos a la persona. Que no son entonces daños propiamente dichos, y que por otra parte, constituyen un sacrificio de intereses puramente morales, que justifican una extensión del resarcimiento, esta vez con función principalmente satisfactoria”.

La indemnización que se reconoce a quienes sufran un daño antijurídico tiene una función básicamente satisfactoria y no reparatoria del daño causado.

El Consejo de Estado mediante providencia proferida dentro del expediente No. 36149, unificó la jurisprudencia sobre el reconocimiento y liquidación de perjuicios morales en caso de lesiones, de acuerdo a la gravedad de la lesión por pérdida de capacidad laboral y al grado de parentesco de los perjudicados.

Agregó que respecto del quantum al cual deben ascender estos perjuicios, se encuentra suficientemente establecido que el juez debe valorar, según su prudente juicio, las circunstancias propias del caso concreto, para efectos de determinar la intensidad de esa afectación, con el fin de calcular las sumas que se deben reconocer por este concepto, sin que de manera alguna implique un parámetro inmodificable que deba aplicarse en todos los casos, puesto que se insiste en la necesidad de que en cada proceso se valoren las circunstancias particulares que emergen del respectivo expediente, a manera de sugerencia y como parámetro que pueda orientar la decisión del juez en estos eventos.

Teniendo en cuenta los hechos probados en el proceso y el daño causado con la muerte CRISTIAN DAVID GUTIERREZ RODRIGUEZ, se reconocerá a favor de sus padres hermanos, a título de daño moral lo correspondiente a en SMLMV[[30]](#footnote-30) conforme a lo señalado por la sentencia de unificación proferida por el Consejo de Estado[[31]](#footnote-31) atendiendo la probabilidad de vida del 30%.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **PARENTESCO** | **SMLMV** | **VALOR EN PESOS** |
| 1. ROSA LILIA RODRIGUEZ FERNANDEZ
 | Madre | 30 | $24´843.480 |
| 1. EDWIN ALEXANDER GUTIERREZ
 | padre | 30 | $24´843.480 |
| 1. KENIA YULEIDY VARGAS RODRIGUEZ
 | Hermanos | 15 | $12´421.740 |
| 1. KAREN SOFIA GUTIERREZ RODRIGUEZ
 | 15 | $12´421.740 |
| 1. JULIAN CAMILO GUTIERREZ RODRIGUEZ
 | 15 | $12´421.740 |
| 1. LUIS ALEJANDRO VARGAS RODRIGUEZ
 | 15 | $12´421.740 |
| 1. ANDRES FELIPE GUTIERREZ RODRIGUEZ
 | 15 | $12´421.740 |
| TOTAL | 135 | $11´795.660 |

* + - 1. **Daño en la salud[[32]](#footnote-32)**

La jurisprudencia ha venido decantando el concepto de este tipo de perjuicio a través del tiempo, pasando del “daño fisiológico” al “daño a la vida de relación”, para luego acoger, el de “alteración grave a las condiciones de existencia” y llegar al hoy denominado “daño a la salud”, el cual abarca todas las categorías dispersas que se indemnizaban por separado en el anterior concepto, tales como, el perjuicio fisiológico y daños externos como el estético, el daño a las relaciones sexuales, familiares y sociales, evitando el subjetivismo judicial que conllevaba al enriquecimiento sin causa de las víctimas. Como su nombre lo indica, esta clase de daño implica que la víctima no ha fallecido, pues el perjuicio está directamente relacionado con las secuelas que le haya dejado la lesión física sufrida por ella, y la alteración tanto de las condiciones en que se desarrollaba en su vida familiar y laboral, como en la pérdida de goce y disfrute de los placeres de vida y la imposibilidad de relacionarse normalmente con sus semejantes [[33]](#footnote-33)

La indemnización está sujeta a lo probado única y exclusivamente para la victima directa; como el menor CRISTIAN DAVID GUTIERREZ RODRIGUEZ falleció, en cuanto a los demandantes no se reconocerá ningún valor por este concepto.

* 1. Se **CONDENARÁ EN COSTAS**

El artículo 188 del CPACA entrega al juez la facultad de disponer sobre su condena, lo cual resulta del análisis de la actuación procesal, en cuanto a la conducta de las partes y la causación y comprobación de las expensas[[34]](#footnote-34), descartándose una apreciación objetiva que simplemente consulte quien resulte vencido para que le sean impuestas.

En efecto, no habrá lugar a condenar en costas cuando no se observe que las partes hayan actuado con temeridad o mala fe en las actuaciones procesales[[35]](#footnote-35). Además, las costas deben aparecer comprobadas, de acuerdo con lo dispuesto en el numeral 8 del artículo 365 del C.G.P, según el cual "*Sólo habrá lugar a costas cuando en el expediente aparezca que se causaron y en la medida de su comprobación"*

Analizado dichos aspectos, este despacho estima que en esta oportunidad no hay lugar a imponer condena en costas, debido a que no se aprecia temeridad o abuso de las atribuciones o derechos procesales por las partes y no está demostrada erogación alguna por expensas.

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO TREINTA Y CUATRO (34) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUÍTO DE BOGOTÁ, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y, por autoridad de la Ley,**

**FALLA:**

**PRIMERO:** Declárense no probadas las excepciones propuestas por las entidades demandadas por los motivos antes expuestos

**SEGUNDO:** DECLÁRASE no responsable a La ESO HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA por los perjuicios causados a los demandantes, de acuerdo a lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

**TERCERO:** DECLÁRASE administrativamente responsable a la SALUSCOOP EPS EN LIQUIDACION por los perjuicios causados a los demandantes, de acuerdo a lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

**CUARTO Condénese** a SALUSCOOP EPS EN LIQUIDACION a indemnizar los perjuicios causados así:

1. A favor del señor EDWIN ALEXANDER GUTIÉRREZ HURTADO, en su calidad de padre de la víctima directa, el equivalente a TREINTA SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (30 S.M.L.M.V.), por daño moral
2. A favor de la señora ROSA LILIA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, en su calidad de madre de la víctima directa, la suma de TREINTA SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (30 S.M.L.M.V.), por daño moral.
3. A favor de **KENIA YULEIDY VARGAS RODRÍGUEZ,** en su calidad de hermana de la víctima directa, la suma de QUINCE SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (15 SM.LJMLV.), por daño moral
4. A favor de la menor **KAREN SOFÍA GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ,** en su calidad de hermana de la víctima directa, la suma de QUINCE SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (15 SM.LJMLV.), por daño moral
5. A favor del menor **JULIAN CAMILO GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ,** en su calidad de hermano de la víctima directa, la suma de QUINCE SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (15 SM.LJMLV.), por daño moral
6. A favor del menor **LUIS ALEJANDRO VARGAS RODRÍGUEZ,** en su calidad de hermano de la víctima directa, la suma de QUINCE SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (15 SM.LJMLV.), por daño moral.
7. A favor del menor **ANDRÉS FELIPE GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ,** en su calidad de hermano de la víctima directa, la suma de QUINCE SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (15 SM.LJMLV.), por daño moral

**QUINTO:** **Niéguense** las demás pretensiones de la demanda.

**SEXTO:** **Sin condena en costas**

**SEPTIMO: Expídanse** por la Secretaría copias con destino a las partes, con las precisiones del artículo 114 del Código General del Proceso.

**OCTAVO:** Por secretaria líbrense las comunicaciones necesarias para el cumplimiento de este fallo, de acuerdo con lo previsto en los artículos 203 del C.P.A.C.A y 329 del C.G.P.

**NOVENO: Notifíquese** a las partes del contenido de esta decisión en los términos del artículo 203 del CPACA.

**DÉCIMO:** Una vez ejecutoriada la presente providencia, las sumas indemnizadas en la presente providencia devengaran intereses moratorios a una tasa equivalente al DTF hasta por el término de diez (10) meses de que trata el inciso segundo del artículo 192 del CPACA o el de los cinco (5) días establecidos en el numeral 3 del artículo 195 ibídem, lo que ocurra primero. No obstante, si trascurrido este tiempo, la entidad no ha realizado el pago efectivo del crédito judicialmente reconocido, las cantidades líquidas adeudadas causarán un interés moratorio a la tasa comercial.

**CÓPIESE, NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE**

**OLGA CECILIA HENAO MARÍN**

Juez

NNC

1. Nota de Relatoría: Sentencia del 22 de abril de 2004, exp.: 14.212 efectuada en providencia del CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCION TERCERA. Consejera ponente: RUTH STELLA CORREA PALACIO. Bogotá, D.C., veintiocho (28) de abril de dos mil cinco (2005). Radicación número: 47001-23-31-000-1995-04164-01(14786). Actor: DALILA DUICA DE PEREIRA Y OTROS. Demandado: DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA - HOSPITAL CENTRAL JULIO MENDEZ BARRENECHE [↑](#footnote-ref-1)
2. C. E., Secc. Tercera, Sent. 17001233100020000064501 (25706), Abr. 5/17 [↑](#footnote-ref-2)
3. CE, Sección Tercera, Sentencia 63001233100020030000201 (38047), May. 31/16 [↑](#footnote-ref-3)
4. nació el 27 de noviembre de 2011 en el Hospital regional de Sogamoso [↑](#footnote-ref-4)
5. Folio 9 C1. [↑](#footnote-ref-5)
6. Folio 6 C1. [↑](#footnote-ref-6)
7. Folio 7 C1. [↑](#footnote-ref-7)
8. Folio 13 C1. [↑](#footnote-ref-8)
9. Folio 10 C1. [↑](#footnote-ref-9)
10. Folio 11 C1. [↑](#footnote-ref-10)
11. Folio 12 C1. [↑](#footnote-ref-11)
12. Folio 14 C1. [↑](#footnote-ref-12)
13. Folio 301 C2) [↑](#footnote-ref-13)
14. (Folio 23-170 C2) [↑](#footnote-ref-14)
15. (Folio 171-183) [↑](#footnote-ref-15)
16. (Folio 184-231 C2) (C5, 6 y 7 completos)

Transcripción de la historia clínica del menor CRISTIAN DAVID GUTIERREZ RODRIGUEZ en físico y medio magnético (C4 completo) [↑](#footnote-ref-16)
17. (Folio 317-327): [↑](#footnote-ref-17)
18. (Folio 330- 334 C2) [↑](#footnote-ref-18)
19. (Folio 328 C2) [↑](#footnote-ref-19)
20. (Folio 323-296 C2) [↑](#footnote-ref-20)
21. (Folio 15 C2 [↑](#footnote-ref-21)
22. Folios 250-259 del cuaderno principal [↑](#footnote-ref-22)
23. folio 241 -249 del cuaderno principal [↑](#footnote-ref-23)
24. Folio 260-274 del cuaderno principal [↑](#footnote-ref-24)
25. MEDICO año 2005, PEDIATRIA año 2011 y NEFROLOGO PEDIATRICO año 2016 [↑](#footnote-ref-25)
26. medico (1999) – pediatra (2006) – intensivista pediatra - especialista en derecho medico [↑](#footnote-ref-26)
27. también llamado síndrome del abdomen en ciruela pasa, se caracteriza por la tríada: deficiencia de la musculatura de la pared abdominal, malformaciones urinarias y criptorquidia. [↑](#footnote-ref-27)
28. ''Artículo 17. Proceso de referencia y Contrareferencia. El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y Contrareferencia y la operación del sistema de referencia y Contrareferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones. Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integral/dad en la atención, es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes. La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remisor hasta que ingrese en la institución receptora. Cuando el transporte se rea/ice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remisora, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago. Parágrafo. Las entidades responsables del pago de servicios de salud podrán apoyarse para la operación del proceso de referencia y Contrareferencia a su cargo, en los centros reguladores de urgencias y emergencias, para lo cual deberán suscribir contratos o convenios según sea el caso." [↑](#footnote-ref-28)
29. Como consecuencia de la declaración anterior, sírvase reconocer y pagar a título de indemnización por concepto de PERJUICIOS INMATERIALES en su modalidad de **PERJUICIOS MORALES**, las siguientes sumas:

	1. A favor del señor EDWIN ALEXANDER GUTIÉRREZ HURTADO, en su calidad de padre de la víctima directa, la suma de CINCUENTA SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (50 S.M.L.M.V.), o la suma máxima reconocida por la jurisprudencia de conformidad con los fundamentos fácticos.
	2. A favor de la señora ROSA LILIA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, en su calidad de madre de la víctima directa, la suma de CINCUENTA SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES o la suma máxima reconocida por la jurisprudencia de conformidad con los fundamentos facticos.
	3. A favor de la señora **KENIA YULEIDY VARGAS RODRÍGUEZ,** en su calidad de hermana de la víctima directa, la suma de TREINTA SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (30 SM.LJMLV.), o la suma máxima reconocida por la jurisprudencia de conformidad con los fundamentos fácticos.
	4. A favor de la menor **KAREN SOFÍA GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ,** en su calidad de hermana de la víctima directa, la suma de TREINTA SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (30 S.M.L.M.V), o la suma máxima reconocida por la jurisprudencia de conformidad con los fundamentos fácticos.
	5. A favor del menor **JULIAN CAMILO GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ,** en su calidad de hermano de la víctima directa, la suma de TREINTA SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (30 S.M.L.M.V), o la suma máxima reconocida por la jurisprudencia de conformidad con los fundamentos fácticos.
	6. A favor del menor **LUIS ALEJANDRO VARGAS RODRÍGUEZ,** en su calidad de hermano de la víctima directa, la suma de TREINTA SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (30 S.M.LM.V), o la suma máxima reconocida por la jurisprudencia de conformidad con los fundamentos fácticos.
	7. A favor del menor **ANDRÉS FELIPE GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ,** en su calidad de hermano de la víctima directa, la suma de TREINTA SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (30 S.M.LM.V), o la suma máxima reconocida por la jurisprudencia de conformidad con los fundamentos fácticos. [↑](#footnote-ref-29)
30. El SMLMV para 2019 $828.116 [↑](#footnote-ref-30)
31. |  |
| --- |
| REPARACIÓN DEL DAÑO MORAL EN CASO DE MUERTE REGLA GENERAL |
| Según el nivel de cercanía |
|  | **NIVEL. 1** | **NIVEL 2** |
|  | Relaciones afectivasconyugales y paterno filiales (padres) | Relación afectiva del 2o deconsanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos) |
| Porcentaje | 100% | 50% |

 [↑](#footnote-ref-31)
32. Sírvase declarar la responsabilidad extra contractual de los demandados, HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA, ESE. - SALUDCOOP E.P.S, por los danos y perjuicios de tipo inmateriales a saber: PERJUICIOS MORALES de conformidad con los parámetros jurisprudenciales y la **ALTERACION GRAVE DE LAS CONDICIONES DE EXISTENCIA**, por la afectación a la integridad psicológica del grupo familiar, a la unidad familiar y a la pérdida de oportunidad de tener un hijo con vida, derecho a la salud, a la vida, a la igualdad y a la seguridad social, inferidos a los demandantes por la muerte del menor CRISTIAN DAVID GUTIÉRREZ, ocurrida el día veinte (20) de junio de dos mil doce (2012), en las dependencias del Hospital Infantil Universitario de San José, en Bogotá, D.C, como consecuencia de infecciones urinarias nosocomial que adquirió y desarrolló durante la hospitalización de sesenta y ocho (68) días en el Hospital San Rafael de Tunja, mientras esperaba el traslado a una institución hospitalaria de IV nivel que suministrara los tratamientos de cardiología, urología y nefrología pediátrica, adicionalmente, como consecuencia de la remisión equivocada realizada por SALUDCOOP y el Hospital San Rafael de Tunja, a la institución hospitalaria donde se produjo el deceso.

Como consecuencia de la declaración primera, sírvase reconocer y pagar a título de indemnización por concepto de **PERJUICIOS INMATERIALES** en su modalidad de **ALTERACION GRAVE DE LAS CONDICIONES DE EXISTENCIA,** por la afectación a la integridad psicológica del grupo familiar, a la unidad familiar y a la pérdida de oportunidad de tener un hijo con vida, derecho a la salud, a la vida, a la igualdad y a la seguridad social.

A favor del grupo familiar demandante, en su calidad de padres y hermanos de la víctima directa, la suma de CIEN SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (100 S.M.LM. V), o la suma máxima reconocida por la jurisprudencia de conformidad con los fundamentos fácticos. [↑](#footnote-ref-32)
33. Bogotá, D.C., primero (1) de marzo de dos mil seis (2006)- CONSEJO DE ESTADO - SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO - SECCION TERCERA - Consejera ponente: RUTH STELLA CORREA PALACIO- Radicación número: 52001-23-31-000-1995-06529-01(13887). [↑](#footnote-ref-33)
34. Los gastos ordinarios, las cauciones, el pago de los honorarios a los peritos, los gastos de publicaciones, los viáticos, entre otros, así como las agencias en derecho. [↑](#footnote-ref-34)
35. Posición del TRIBUNAL CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN “C” [↑](#footnote-ref-35)