



**JUZGADO TREINTA Y OCHO ADMINISTRATIVO ORAL
CIRCUITO JUDICIAL BOGOTÁ D.C.
SECCIÓN TERCERA**

Juez: *ASDRÚBAL CORREDOR VILLATE*

Bogotá D.C., veinticuatro (24) de mayo de dos mil veintidós (2022)

Medio de Control: Reparación Directa
Expediente: 110013336038201800154-00
Demandante: Angie Nathalia Ruiz Castiblanco y Otros
Demandado: Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. – Hospital San Blas E.S.E. y otro
Asunto: Fallo primera instancia

El Despacho pronuncia sentencia de primera instancia dentro del proceso de la referencia, dado que el trámite se agotó en su integridad y no se aprecia ningún vicio que invalide lo actuado.

I.- DEMANDA

1.- Pretensiones

Con la demanda se piden las siguientes declaraciones y condenas:

1.1.- Se declare que la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. – HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL E.S.E., CAFESALUD EPS S.A.**, y el médico pediatra **DR. JULIO ANTONIO BOYANO FRAM**, son administrativa y extracontractualmente responsables de los perjuicios inmateriales causados a **ANGIE NATAHALIA RUIZ CASTIBLANCO** (madre), **JESÚS ANDRÉS VELÁSQUEZ LOAIZA** (padre), **CLAUDIA MARITZA CASTIBLANCO PENAGOS** (abuela), **MAURICIO RUIZ ALEJO** (abuelo), **CAMILA ANDREA RUIZ CASTIBLANCO** (tía) y **RUBIELA OSORIO** (bisabuela), con ocasión de la presunta falla en la prestación servicio de salud al menor Samuel Andrés Velásquez Ruiz (q.e.p.d.), que derivó en su muerte.

1.2.- Que, como consecuencia de lo anterior, se condene al médico pediatra y a las entidades demandadas a pagar las siguientes sumas de dinero: i) a título de daño moral, el equivalente a 100 SMLMV¹ para la madre y el padre de la víctima directa, 50 SMLMV para la abuela, el abuelo y la bisabuela, y 35 SMLMV para la tía del menor fallecido; y ii) por daño a la salud, la suma de 100 SMLMV para la madre del menor víctima.

1.3.- Que se reconozca el interés legal que generen las anteriores sumas de dinero hasta el pago total de la obligación.

1.4.- Que se condene en costas a los demandados.

2.- Fundamentos de hecho

2.1.- El 10 de marzo de 2016, el menor Samuel Andrés Velásquez Ruiz (q.e.p.d.), quien ostentaba la calidad de asegurado en Cafesalud EPS, fue llevado por sus padres al Hospital San Blas II Nivel E.S.E. por presentar síntomas respiratorios de 3 días de evolución sin registro de diarrea, en donde

¹ Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes.

ingresó en regular estado, con cianosis y leves signos de dificultad respiratoria, y con impresión diagnóstica de Bronquiolitis, además, se puso en duda una Bronconeumonía, por lo anterior lo dejan hospitalizado.

2.2.- El menor estuvo hospitalizado en la Unidad de Recién Nacidos del Hospital San Blas II E.S.E., del 10 al 14 de marzo de 2016; el día 13 quedó registro de deposiciones blandas sin que posteriormente haya presentado cuadro de diarrea, ni tampoco estudios al respecto durante su hospitalización.

2.3.- Durante la hospitalización, el menor fue visitado únicamente por su madre para el suministro de leche materna, además en ese periodo recibió leche complementaria que se denomina fórmula No. 1, preparada y suministrada por el servicio de enfermería, quienes también cambiaban su pañal. Así mismo, fue manejado con inhalador, lavado nasal y acetaminofén si presentaba fiebre, sin manejo de enfermedad diarreica y sus signos vitales estuvieron dentro de límites normales.

2.4.- El 14 de marzo de 2016, trabajo social del Hospital valoró a los padres, quienes para la fecha eran menores de edad, y a la abuela paterna del menor, quien se hacía cargo de ellos, y se anota en la epicrisis que se le da salida con recomendaciones médicas y cita de control por Unidad de Recién Nacidos, pero no se indican cuáles son, ni la fecha exacta del control.

2.5.- El 17 de marzo de 2016, el menor de edad fue valorado en las instalaciones del Hospital San Blas II Nivel E.S.E., por el médico pediatra Dr. Julio Antonio Boyano Fram, por presentar cuadro de 2 días de evolución de deposiciones líquidas amarillas y sin alteraciones, por lo que le ordenó toma coproscópica y vigilar tolerancia a la vía oral. Posteriormente, se anotó que el paciente es revalorado *“sin presentar deposiciones líquidas por lo cual no se pudo realizar el examen de coprológico, además de factores de EPS, se decide dar salida con signos de alarma y recomendaciones”*.

2.6.- El pediatra Dr. Julio Antonio Boyano Fram formuló el medicamento denominado *“Biogaia”* que es de origen natural para manejo de dolor tipo cólico y diarrea en lactantes, y no se adhirió a lo recomendado por la *“Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI”*, para el manejo de diarrea en menor de dos meses, así como omitió informar el manejo para tratar la diarrea en el hogar.

2.7.- El mismo 17 de marzo de 2016, pasadas 4 horas desde la valoración efectuada por el Dr. Boyano Fram, el menor fue llevado a la Fundación Hospital de la Misericordia por igual sintomatología, presentando adicionalmente dos episodios eméticos, encontrándosele al examen físico fontanela deprimida, mucosas oral semihúmeda y neurológicamente decaído, con diagnóstico de diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, con deshidratación grado II, por lo que se decidió dejar hospitalizado en Unidad de Cuidados Neonatales.

2.8.- El 18 de marzo de 2016, en Unidad de Cuidados Neonatales el menor Samuel Andrés Velásquez Ruiz se encuentra en malas condiciones y deshidratado, con impresión diagnóstica de *“enterocolitis necrotizante de feto y del recién nacido”* y *“sepsis del recién nacido debido a otras bacterias”*, entre otros; y diagnóstico confirmado nuevo de *“Enteritis debida a Rotavirus”*. Al día siguiente, sale el reporte del examen para infección para Rotavirus positivo, confirmando el diagnóstico de infección gastrointestinal por este virus.

2.9.- Durante los días 20 y 21 de marzo de 2016, la evolución clínica del menor Velásquez Ruiz fue tórpida e inadecuada, presentando abdomen globoso y

distendido, sugestivo de cuadro de obstrucción intestinal (íleo), con aspecto séptico, se solicitó valoración urgente por cirugía pediátrica, la cual tuvo lugar el día 21 del mismo mes y año, diagnosticando “*Enterocolitis tipo II*”, además, se consideró que en el momento no era de tratamiento quirúrgico. No obstante, el mismo día se deteriora clínicamente por lo cual se ordena por cirugía pediátrica intervenir quirúrgicamente por posible perforación intestinal, encontrándole isquemia intestinal masiva, hallando solo 10 cm de intestino delgado sin isquemia.

2.10.- El 22 de marzo de 2016, a la valoración de cirugía pediátrica, el menor Samuel Andrés Velásquez Ruiz se encuentra en muy malas condiciones generales, con alto riesgo de muerte por enterocolitis necrotizante, y así continúa hasta el día 24 de ese mes y año, cuando fallece por complicaciones derivadas de su infección intestinal por Rotavirus.

2.11.- El fallecimiento del menor Samuel Andrés Velásquez Ruiz (q.e.p.d.) produjo en el estado de ánimo de los demandantes serias afectaciones

3.- Fundamentos de derecho

El apoderado de los demandantes señaló como fundamentos jurídicos el artículo 90 de la Constitución Política, al tiempo que invocó el régimen de imputación de falla probada en el servicio, como el título de fundamento bajo el cual es posible configurar responsabilidad por la actividad médica hospitalaria.

II.- CONTESTACIÓN

2.1.- Cafesalud E.P.S.

El apoderado judicial del **CAFESALUD EPS** contestó la demanda a través de documento radicado el 7 de noviembre de 2018², en el que manifestó no constarle los la mayoría de los hechos de la demanda y su oposición a la prosperidad de las pretensiones, puesto que no existió mala praxis médica en la atención en salud brindada al menor Samuel Andrés Velásquez Ruiz, pues se le garantizó la prestación de todos los servicios requeridos para su recuperación, atención que fue suministrada por el Hospital San Blas II Nivel ESE y el Hospital de La Misericordia.

Como medios de defensa, propuso excepciones de mérito que denominó:

-. “*Los hechos y las pretensiones de la demanda no son de responsabilidad de Cafesalud EPS S.A., dado el cumplimiento de esta EPS de sus obligaciones como entidad promotora de salud*”: Asentada en que no le corresponde a la EPS responder por los actos médicos que hubieren sido suministrados por las IPS adscritas a su red, en el entendido de que éstas gozan de autonomía en la prestación de los servicios de salud y por ello son las llamadas a responsabilizarse por los daños que generen. De igual manera, porque la obligación principal de las EPS es garantizar a sus afiliados la prestación del servicio de salud, pero no prestarlos directamente, sino que lo hace a través de terceros que cuentan con capacidad física, administrativa, económica y técnica.

-. “*Inexistencia de nexo de causalidad en el actuar de Cafesalud EPS S.A. y los presuntos daños que se pretende endilgar a la conducta de mi representada.*”: Soportada en que Cafesalud EPS S.A. autorizó la totalidad de los servicios médicos requeridos en una IPS que contara con la habilitación para ello, por lo que no se puede asegurar que incumplió sus obligaciones.

² Folio 208 del C2.

- *“Hecho de un tercero”*: Cimentada en que como los actos médicos y administrativos brindados al menor Samuel Andrés Velásquez Ruiz (q.e.p.d.) fueron brindados en virtud del aseguramiento en salud a través de la IPS demandada, se tiene que el presunto daño que alegan los demandantes fue causado por un agente ajeno a Cafesalud EPS S.A., lo que rompe el nexo causal entre el daño y el actuar de su representada

- *“Falta de participación en el acto médico y asistencial por parte de CAFESALUD EPS.”*: Fundada en que la Entidad Promotora de Salud – EPS, no participó de manera directa en la ejecución de los actos médicos y asistenciales que la parte actora describe como el sustento de la falla en el servicio que alega en su demanda, y por ello, asegura que la responsabilidad en la prestación de dicho servicio recae únicamente sobre cada una de las instituciones prestadoras de salud - IPS y de los profesionales de la salud que integran el equipo médico, siempre y cuando se aparte de la *lex artis*. Así, como las IPS son autónomas administrativa, técnica y financieramente, y como los actos ejecutados por su personal médico son discrecionales, ninguno de éstos involucra la participación de la EPS demandada.

- *“Actuaciones prudentes y diligentes por parte de los agentes del sistema de salud”*: Insiste en que Cafesalud EPS S.A., dio cabal cumplimiento a las obligaciones que la ley le ha impuesto, pues en el caso que se estudia garantizó los servicios de salud al paciente en aras de preservar su salud, lo cual se hizo de manera oportuna e idónea, otra cosa fue que por su grave estado de salud se presentó el fatal desenlace.

- *“Duda razonable de la existencia del daño / excesiva tasación de perjuicios”*: Soportada en que, en caso de prosperar las pretensiones, se deberá tasar la cuantía de las indemnizaciones a reconocer. En cuanto al daño moral, resaltó que éstos deben ser probados por la parte demandante, pues la carga de la prueba recae sobre esta parte, sin que se pueda entender que los mismos se presumen; y respecto del daño a la salud, adujo que por tratarse de un daño denominado personalísimo no está llamado a prosperar.

- *“Genérica”*: Solicita que se declare de oficio cualquier excepción que se encuentre probada en el expediente.

2.2.- Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. – Hospital San Blas E.S.E.

El 8 de noviembre de 2018³, la apoderada judicial de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**, dio contestación a la demanda, se pronunció sobre los hechos de la misma y se opuso a todas las pretensiones, bajo el argumento de que el deceso del familiar de los demandantes obedeció a la enterocolitis necrotizante que padeció en su estancia en el Hospital de La Misericordia y no mientras estuvo Hospitalizado en el Hospital San Blas ESE. Además, agregó que la patología que acabó con su vida tiene múltiples maneras de contagio y la parte actora no logró demostrar que esto se haya producido durante su hospitalización en el Hospital demandado, lo que rompe el nexo de causalidad que debe existir entre el daño y la conducta de su representada para invocar la responsabilidad estatal por falla en el servicio.

³ Folio 228 del C2.

A su vez, propuso la excepción de “Caducidad” que fue despachada desfavorablemente en audiencia inicial de 25 de febrero de 2020⁴, al tiempo que propuso la que denominó como “AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. POR INEXISTENCIA DEL NEXO CAUSAL”, basada en que no hay relación causal entre la atención prestada en esa E.S.E. con el daño que se demanda, por cuanto el actuar de su representada fue eficiente, diligente y eficaz, máxime si se tiene en cuenta que la causa del fallecimiento del menor no tiene relación con el diagnóstico emitido por los galenos del Hospital San Blas ESE.

2.3.- Dr. Julio Antonio Boyano Farm.

El 14 de diciembre de 2018⁵ el apoderado judicial del **DR. JULIO ANTONIO BOYANO FARM** dio contestación a la demanda manifestando no constarle la mayoría de los hechos y adujo oponerse a la prosperidad de las pretensiones de la demanda, al considerar que la actuación de su representado fue oportuna, diligente y acorde con las guías médicas para la atención pediátrica, por lo que concluye que las actuaciones del galeno demandado no pueden ser reprochadas.

A su vez, propuso como excepciones de mérito las que denominó:

-. “Caducidad”: Argumentación que fue despachada desfavorablemente en audiencia inicial de 25 de febrero de 2020⁶.

-. “Idoneidad del Dr. Julio Antonio Boyano Fram para la atención del paciente”: Fundada en que el galeno demandado posee una idoneidad y calidad profesional para la atención en salud pediátrica, pues conforme a su historial académico y como médico general y especialista en Pediatría, con múltiples cursos, seminarios y congresos de actualización académica, se puede evidenciar la garantía de su actividad profesional.

.- “Ausencia de falla en la prestación del servicio médico por parte del Dr. Julio Antonio Boyano Fram (cumplimiento de la *lex artis*)”: Soportada en que comoquiera que el galeno demandado trató la patología del paciente de acuerdo a su experiencia y la *lex artis*, el daño demandado no le puede ser imputado pues no existe correlación entre éste y el acto médico, aunado a que tampoco se allegaron las pruebas necesarias para demostrar que el actuar de su representando fue el causante del desenlace fatal.

.- “Ausencia de atribución de responsabilidad en la actuación del médico Julio Antonio Boyano Fram”: Cimentada en que no existen en el *sub lite* elementos que permitan imputarle el daño a su representado pues ni fáctica ni jurídicamente se puede llegar a esa conclusión, si se tiene en cuenta que su participación en la atención del menor fallecido fue de acuerdo a la sintomatología que presentó en el momento de la atención.

.- “Falta de nexo causal entre el daño alegado y la atención brindada por parte del Dr. Julio Antonio Boyano Fram”: Soportada en que la parte demandante no logró demostrar el nexo causal entre el acto médico realizado por el galeno demandado y el daño del que se pretende una indemnización económica.

.- “Configuración de una causa extraña (distintas condiciones clínicas del paciente) eximente de responsabilidad del Dr. Julio Antonio Boyano Fram”: Fundada en que al

⁴ Folio 468 del C3.

⁵ Folio 236 del C3.

⁶ Folio 468 del C3.

momento de que el galeno demandando atendió a Samuel Andrés Velásquez Ruiz (q.e.p.d.) en el Hospital San Blas ESE el 17 de marzo de 2016, no tenía la sintomatología que indicara si justo en ese momento ya cursaba la patología que le arrebató la vida, pues fue sólo días después que ésta se hizo evidente, mientras se encontraba hospitalizado en otra institución de salud.

.- “*Obligación de medio y no de resultado en la atención médica brindada por parte del Dr. Julio Antonio Boyano Fram*”: Basada en que la obligación del profesional de la medicina es de medio, es decir que el médico se obliga a utilizar sus conocimientos técnico-científicos para tratar de curar al paciente, ya que el resultado depende de muchos factores y no únicamente del actuar del médico. Por ello, en el caso de marras, el galeno demandado utilizó todos sus conocimientos para tratar de restablecer la condición de salud del menor quien presentaba una gastroenteritis sin deshidratación, la cual fue tratada adecuadamente; empero, el paciente desarrolló un Rotavirus y posteriormente una enterocolitis necrotizante que fue diagnosticada por otro equipo médico y diferente institución, por lo que no pudo prever ni tratar dichas patologías que cobraron la vida del paciente, por ello, no es dable imputarle responsabilidad en el insuceso que se demanda.

.- “*Ausencia de conducta gravemente culposa o dolosa por parte del agente estatal Dr. Julio Antonio Boyano Fram*”: Apoyada en que su representado efectuó el procedimiento de diagnóstico y tratamiento de acuerdo a los síntomas que presentó el menor al momento de la atención, el cual fue adecuado y conforme a la *lex artis*.

.- “*Genérica*”: Por la cual pide que se declare cualquier otra excepción que se encuentre probada en el proceso.

2.4.- Subred Integrada De Servicios De Salud Centro Oriente E.S.E – Hospital San Blas E.S.E. (como llamada en garantía de Café Salud EPS S.A)

Pese a que el 23 de abril de 2019⁷, se le notificó el auto del día 22 de ese mes y año, la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., no ejerció su derecho de defensa y contradicción.

2.5.- Seguros del Estado S.A. (como llamado en garantía de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.)

El apoderado judicial de **SEGUROS DEL ESTADO S.A.**, contestó la demanda y el llamamiento en garantía mediante escrito radicado el 12 de junio de 2019⁸, en el que la aseguradora se opuso a las pretensiones de la demanda e informó atenerse a lo probado dentro del proceso judicial, pues no le constan los hechos.

Como excepciones propuso la que denominó “*CUMPLIMIENTO POR PARTE DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E - HOSPITAL SAN BLAS E.S.E. DE SUS OBLIGACIONES LEGALES Y CONTRACTUALES*”, bajo el argumento de que su asegurada prestó al paciente el servicio médico correspondiente a su patología y a los protocolos que dicta la *lex artis*.

Así mismo, propuso la que nombró como “*OBLIGACIÓN DE MEDIO – CAUSA DE AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD*”, basada en que la obligación del profesional de la salud es de medio, por lo que nada lo obliga a curar al paciente, pero sí a poner sus mejores oficios y conocimientos para ese fin. Por ello, es al

⁷ Folio 9 del C4 de llamamiento en garantía.

⁸ Folio 35 del C5.

demandante a quien le corresponde probar la negligencia o imprudencia del médico en el cumplimiento de sus funciones.

De otro lado, alegó la denominada “*RUPTURA DEL NEXO CAUSAL*” en atención a que la enfermedad que ultimó al menor no tuvo lugar en las instalaciones y bajo los actos médicos de su asegurada, pues durante el periodo de atención en el Hospital San Blas II Nivel ESE se aplicó debidamente la *lex artis* y no había indicios de que podría estar cursando la enfermedad que causó la muerte del familiar de los demandantes.

Luego, propuso la que llamó “*DAÑO NO IMPUTABLE A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E - HOSPITAL SAN BLAS E.S.E.*”, basada en que no existe nexo causal entre el daño y los actos médicos de su asegurada, quien además actuó con diligencia, prudencia y cuidado.

Finalmente, planteó la excepción de “*CADUCIDAD*”, la cual fue resuelta desfavorablemente en audiencia inicial de 25 de febrero de 2020⁹.

En cuanto al llamamiento en garantía, fundó su defensa bajo los siguientes medios exceptivos:

- *“Ausencia de responsabilidad por falta de cobertura del hecho imputado y cobertura exclusiva de los riesgos pactados en la póliza de seguro”*: Fundada en que la póliza no cubre la relación que pueda existir entre la Cafesalud EPS y sus afiliados, pues la póliza ampara es la Responsabilidad Civil Profesional que sea Imputable a la Subred Integrada de Servicio de Salud Centro Oriente E.S.E - Hospital San Blas E.S.E.

- *“Exclusión de responsabilidad extracontractual.”*: Basada en que se debe tener en cuenta las condiciones contractuales pactadas entre la aseguradora y el Tomador o Asegurado.

- *“De la cobertura ofrecida por Seguros del Estado.”*: Sustentada en que, ante una eventual condena de su asegurada, solo se debe tener en cuenta la cobertura de los riesgos amparados y determinados en la caratula de la póliza.

- *“Limite del valor asegurado”*: Cimentada en que en el eventual caso que su asegurada llegará a ser condenada, su responsabilidad está limitada a lo señalado por la ley y en las condiciones pactadas en las cláusulas de las Pólizas Claims Made 33-03-101010968 y 21-03-1010087794, así como que se deberá tener en cuenta el deducible pactado.

- *“SUBLIMITES POLIZAS SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES”*: Sustentada en que los sublimites y coberturas ofrecidos hacen parte de la suma asegurada y no en adición a esta, y que los perjuicios extrapatrimoniales están sublimitados al 10% por evento y 40% en el agregado anual, incluyendo perjuicio moral, fisiológicos y daños a la vida de relación, siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal, cubierto por la póliza.

“Genérica”: Por la cual pide que se declare cualquier otra excepción que se encuentre probada en el proceso.

⁹ Folio 468 del C3.

III.- TRÁMITE DE INSTANCIA

El libelo demandatorio fue presentado ante la Oficina de Apoyo de los Juzgados Administrativos el 17 de mayo de 2018¹⁰, dependencia que lo asignó por reparto a este Despacho judicial para su conocimiento. La demanda fue admitida con auto de 17 de agosto de 2018¹¹ y se ordenó la notificación del proveído al médico pediatra y a las entidades demandadas, al igual que al Ministerio Público y a la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado.

Conforme lo previsto en los artículos 172 y 199 del CPACA, **CAFESALUD EPS S.A.**, la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. – HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL E.S.E.** y el **Dr. JULIO ANTONIO BOYANO FRAM**, contestaron oportunamente el libelo demandatorio.

La demandada **CAFÉSALUD EPS S.A** formuló llamamiento en garantía contra de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E – HOSPITAL SAN BLAS E.S.E.**, el cual se aceptó mediante auto del 22 de abril de 2019¹², y pese a haber sido notificada del llamamiento, no efectuó pronunciamiento alguno.

Por su parte, la demandada **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E – HOSPITAL SAN BLAS E.S.E** formuló llamamiento en garantía contra de la Compañía Aseguradora **SEGUROS DEL ESTADO S.A.**, el cual se aceptó mediante auto del 22 de abril de 2019¹³. La llamada en Garantía contestó el llamamiento y la demanda el 12 de junio de 2019, es decir, en tiempo.

El 25 de febrero de 2020¹⁴, se llevó a cabo la audiencia inicial prevista en el artículo 180 del CPACA, en la que se evacuaron los tópicos de saneamiento y excepciones previas. Al respecto, se decidió declarar infundada la excepción de “*caducidad*” planteada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E – Hospital San Blas II Nivel E.S.E, por el demandado Dr. Julio Antonio Boyano Fram y la llamada en garantía Seguros del Estado S.A.; además se declaró próspera la excepción de “*falta de legitimación en la causa por pasiva*” en lo que respecta al demandado Dr. Julio Antonio Boyano Fram, la cual fue abordada de oficio por el Despacho, en consecuencia, se terminó el proceso en su contra.

En la misma diligencia, se fijó el litigio, se exhortó a las partes para que conciliaran sus diferencias sin existir ánimo alguno y se decretaron las pruebas solicitadas por las partes.

La audiencia de pruebas se practicó en dos oportunidades, esto es, el 4 de agosto¹⁵, y el 19 de noviembre de 2020¹⁶, en las que se incorporaron las documentales recaudadas y se escucharon los testimonios de los doctores Julio Antonio Boyano Fram, Ana Lucía Peña Ramos, Edgar Rojas Soto, Luis Eduardo Muñoz Manotas y de la enfermera Claudia Patricia Velandia, se practicó el interrogatorio de parte de la demandante Angie Nathalia Ruiz Castiblanco y la contradicción del dictamen elaborado por el Médico Jaime Enrique Díaz Rico. En la última fecha, se declaró finalizada la etapa probatoria

¹⁰ Folio 167 del C1.

¹¹ Folio 168 del C1.

¹² Folios 7 a 8 C4.

¹³ Folios 24 a 25 C5.

¹⁴ Folio 468 del C3.

¹⁵ Folio 3454 del C4.

¹⁶ Folio 659 del C4.

y se concedió a las partes el término de diez (10) días para que alegaran de conclusión por escrito, oportunidad que podía ser utilizada por la delegada del Ministerio Público para rendir concepto, si así lo decidía.

IV.- ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

1.- Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. – Hospital San Blas E.S.E.

La apoderada de la Subred demandada, con escrito allegado mediante correo electrónico del 30 de noviembre de 2020, presentó sus alegatos de conclusión con los que adujo que en el *sub lite* no se pudo demostrar la responsabilidad administrativa por el daño que alegan los demandantes, ni mucho menos la falla en el servicio que le endilgan a su representada, por cuanto la atención médica fue suministrada de manera adecuada, pertinente, oportuna e integral conforme a la ciencia médica y a los procedimientos y protocolos, tal como lo afirmaron los testimonios de los médicos del anterior Hospital San Blas y el Hospital La Misericordia en la audiencia de pruebas.

Sobre el particular, adujo que de las atenciones brindadas al menor Samuel Andrés Velásquez Ruiz (q.e.p.d.), durante la hospitalización en el Hospital San Blas II Nivel ESE, quedó claro que no presentó diarrea y salió en buenas condiciones, así mismo, que la diarrea la presentó en casa posterior al egreso. Luego, en la atención prestada el día 17 de marzo, el médico tratante únicamente evidenció que el menor presentaba deposiciones blandas, sin sangre, con adecuada tolerancia a la vía oral, sin fiebre y sin deshidratación, lo que fue indicativo para dar el alta al paciente, tratamiento que estuvo acorde con las guías de manejo vigentes para el tratamiento de niños menores de 5 años con diarrea.

Agregó, que desafortunadamente para el menor, se trataba de un lactante prematuro que presentó un cuadro de deshidratación aguda y consulta al HOMI 28 horas después del egreso dado en el hospital San Blas II Nivel ESE, presentó para ese momento una situación clínica diferente, pues ya se encontró a un lactante deshidratado con cuadro viral sin aparente sobreinfección bacteriana, por lo que la conducta cambia y se justifica en ese momento dejarlo hospitalizado para rehidratar parenteralmente, donde finalmente ocurrió su deceso.

Por ello, arguye que por la forma como sucedieron los hechos, se demuestra la ausencia de omisiones, retardos, irregularidades e ineficiencias, así como la efectiva prestación del servicio de salud por parte de su representada, rompiendo así el nexo causal entre el daño alegado y la conducta desplegada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

2.- Cafesalud EPS S.A.

En la misma fecha el apoderado de la EPS demandada presentó sus alegatos finales con los que adujo que a su representada no le asiste responsabilidad por el daño antijurídico que demandan los familiares del menor Velásquez Ruiz, pues no se le pudo enrostrar fallas de tipo administrativo como autorizaciones en salud, acceso a los servicios, procedimientos médicos, exámenes, citas médicas, remisiones, red de instituciones prestadoras de salud, obligaciones que son propias de la entidad como EPS para la época de los hechos, aunado a que su representada no presta directamente servicios médicos, sino que garantiza tal prestación a través de la suscripción de acuerdos contractuales y de cooperación institucional con instituciones prestadoras de Salud – IPS y profesionales de la salud.

De otro lado, adujo que durante el transcurso del proceso no se logró acreditar que la atención médica prestada por las instituciones médicas y la administración dada por Cafesalud EPS, hayan sido o contribuido con el fallecimiento del menor Samuel Andrés Velásquez Ruiz (q.e.p.d.), razón por la que no se les puede endilgar ningún tipo de responsabilidad, pues no hay relación causal entre su actuar y el daño alegado, máxime si se probó el actuar diligente de las demandadas.

3.- Seguros del estado S.A.

La apoderada de la Compañía Aseguradora llamada en garantía presentó sus alegatos de conclusión con documento allegado el 1° de diciembre de 2020, con el que adujo que con las pruebas allegadas y practicadas en este asunto se concluye que la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. – Hospital San Blas II Nivel E.S.E., no le asiste responsabilidad administrativa por el daño que se demanda, pues el servicio médico prestado al menor Samuel Andrés Velásquez Ruiz (q.e.p.d.) estuvo de acuerdo a la *lex artis*, en atención a que se evidenció que el actuar del cuerpo médico tratante fue diligente y cuidadoso, exento de culpa, pues coincide el tratamiento señalado en las Guías Médicas aprobadas por el Ministerio de Salud para tratar las patologías que padecía el menor.

Resaltó que con los testimonios que se practicaron en el proceso y las historias clínicas se probó que el menor murió por las complicaciones de salud de las cuales su sistema no respondió, porque estando en el Hospital La Misericordia, el día 21 de marzo de 2016, empezó a tener un deterioro rápido y progresivo presentando un cuadro de enterocolitis fulminante que pasó rápidamente de grado 2 a grado 3 por sus factores de riesgo como su peso, haber presentado diarrea y su prematurez, pero no a una mala praxis médica de su Asegurada.

Relativo a la relación aseguraticia sostenida con la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. – Hospital San Blas E.S.E., pidió que, en el improbable caso de una sentencia condenatoria, se tenga en cuenta la cobertura de los riesgos amparados determinados en la carátula de póliza y hasta el límite del valor asegurado en ésta, la vigencia de la misma, los deducibles y las exclusiones expresamente pactadas.

4.- Parte demandante.

El apoderado de los demandantes presentó sus alegatos de clausura con correo electrónico de 3 de diciembre de 2020, con el que indicó que por ser la medicina una ciencia tan especializada, se debería dar cabida en este asunto a la prueba indiciaria, para que de un hecho cierto se puedan inferir hechos que no se pudieron acreditar. Por ello, adujo que quedó probado en el proceso que el menor Samuel Andrés Velásquez Ruiz (q.e.p.d.) estuvo hospitalizado en la Subred Integrada de Servicio de Salud Centro de Oriente E.S.E. – Hospital San Blas II Nivel E.S.E., desde el 10 al 14 de marzo de 2016, por un cuadro de afección respiratoria, y durante su hospitalización, estuvo bajo el cuidado estricto de las enfermeras, y que la madre quien era la única que lo podía visitar se tenía que lavar las manos bajo la supervisión del personal hospitalario, quienes eran los que suministraban la alimentación suplementaria para el menor.

Además señaló que el menor inició con diarrea el 15 de marzo de 2016, es decir dentro de las 24 horas después del egreso de la institución de salud demandada, y que el día 18 de ese mes y año, fue atendido por un profesional de esa Institución con registro clínico incompleto como quiera que no hay evidencia de cuáles fueron los signos de alarma y recomendaciones que fueron

entregados a la acudiente, máxime que la madre era menor de edad, y no hubo una valoración completa en el momento que se le da egreso al menor de consulta externa. Luego, el menor fue atendido en la Fundación Hospital de La Misericordia por cuadro de diarrea, donde le diagnosticaron que tenía una infección por Rotavirus, por lo que concluye que el 13 de marzo de 2016 el menor tuvo contacto con el virus por un inadecuado lavado de manos y/o de elementos que le introducían en la boca, es decir, mientras estaba hospitalizado en las instalaciones de la demandada.

Así, adujo que el menor presentó enterocolitis necrotizante secundaria a la infección gastrointestinal por Rotavirus, lo que a la postre lo llevó a la muerte el 24 de marzo de 2016, razón por la cual debe declararse la responsabilidad administrativa de las demandadas, pues éstas desatendieron su obligación de evitar el contagio por patógenos dentro de la institución de salud, causando un daño que los demandantes no estaban en la obligación de soportar.

CONSIDERACIONES

1.- Competencia

Este Juzgado tiene competencia para conocer esta acción porque así lo determinan los artículos 140, 155 numeral 6, 156 numeral 6° y 164 numeral 2 letra i), del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

2.- Problema Jurídico

El litigio se circunscribe a determinar si la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - HOSPITAL SAN BLAS E.S.E.** y **CAFESALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. - CAFESALUD E.P.S.**, son administrativa y extracontractualmente responsables de los perjuicios reclamados por las demandantes con ocasión al fallecimiento del menor Samuel Andrés Velásquez Ruiz (q.e.p.d.), el cual ocurrió el 24 de marzo de 2016 y que según los demandantes sobrevino porque no se le brindó la atención médica requerida.

En caso de acreditarse la responsabilidad de la demandada **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - HOSPITAL SAN BLAS E.S.E.**, se deberá determinar si la aseguradora **SEGUROS DEL ESTADO S.A.**, debe asumir el pago de la eventual condena con base en la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional No. 33-03-101013669.

Así mismo, en caso de acreditarse la responsabilidad de la demandada **CAFESALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. - CAFESALUD E.P.S.**, se deberá determinar si la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - HOSPITAL SAN BLAS E.S.E.** debe asumir el pago de la eventual condena con base en los argumentos expuestos en el escrito de llamamiento en garantía en cuadernos No. 4.

3.- Presupuestos de la responsabilidad

Con relación a la responsabilidad del Estado, la Carta Política de 1991 produjo su “*constitucionalización*” al erigirla como garantía de los derechos e intereses de los administrados y de su patrimonio, sin distinguir su condición, situación o interés.

De lo dispuesto en el artículo 90 de la Constitución, cláusula general de responsabilidad extracontractual del Estado, se desprende que ésta tiene como fundamento la determinación de un daño antijurídico causado a un administrado y la imputación de este a la administración pública, tanto por su acción como por su omisión, ya sea atendiendo a los criterios de falla en el servicio, daño especial, riesgo excepcional o cualquier otro.

La Corte Constitucional, ha definido el daño antijurídico como el perjuicio que es provocado a una persona y que no tiene el deber jurídico de soportarlo. Al respecto ha señalado:

“La Corte considera que esta acepción del daño antijurídico como fundamento del deber de reparación del Estado armoniza plenamente con los principios y valores propios del Estado Social de Derecho, pues al propio Estado corresponde la salvaguarda de los derechos y libertades de los particulares frente a la actividad de la administración. (...)”

Por ello el actual régimen constitucional establece entonces la obligación jurídica a cargo del Estado de responder por los perjuicios antijurídicos que hayan sido cometidos por la acción u omisión de las autoridades públicas, lo cual implica que una vez causado el perjuicio antijurídico y éste sea imputable al Estado, se origina un traslado patrimonial del Estado al patrimonio de la víctima por medio del deber de indemnización. Igualmente no basta que el daño sea antijurídico sino que éste debe ser además imputable al Estado, es decir, debe existir un título que permita su atribución a una actuación u omisión de una autoridad pública”¹⁷.

Así pues, se concluye que, para la configuración del primer elemento de la responsabilidad del Estado, se exige que además de existir un daño, sea antijurídico, lo que equivale a decir que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, ya que se constituiría en una ruptura del principio de igualdad de los ciudadanos frente a las cargas públicas.

Con relación a la imputabilidad, el Consejo de Estado la definió “*como la atribución jurídica que se le hace a una entidad pública, por el daño padecido por el administrado, y por el que, en principio estaría en obligación de responder, bajo cualquiera de los títulos de imputación de los regímenes de responsabilidad*”¹⁸.

La imputación no es otra cosa que la atribución fáctica y jurídica que del daño antijurídico se hace al Estado, de acuerdo con los criterios que se elaboren para ello, como por ejemplo la falla del servicio, el desequilibrio de las cargas públicas, la concreción de un riesgo excepcional, o cualquiera otro que permita hacer la atribución en el caso concreto.

Así, para que el Estado indemnice el daño causado al administrado, es necesario que además de ser antijurídico, haya sido causado por la acción u omisión de las autoridades públicas, *Vr. Gr.*, que el daño se haya ocasionado como consecuencia de una conducta desarrollada por una autoridad pública o una omisión o ausencia de cumplimiento de sus funciones. Es decir, que concurren la causalidad material - *imputatio facti* y la atribución jurídica - *imputatio iuris*.

La imputabilidad, como se vio, no solamente tiene un componente jurídico, que surge de la conducta asumida por la Administración frente a sus deberes funcionales, sino que también tiene un ingrediente fáctico, circunscrito a la relación de causalidad que debe existir entre la acción o la omisión de la

¹⁷ Corte Constitucional, sentencia C-333 de 1996.

¹⁸ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera Subsección A, Sentencia de 26 de mayo de 2011, Rad. No. 1998-03400-01 (20097).

autoridad y la producción del daño que denuncia la parte demandante haber sufrido. Esto lleva al plano del *onus probandi*, dado que a la misma le incumbe probar que los hechos lesivos sucedieron bajo las circunstancias de tiempo, modo y lugar denunciadas, en virtud a que la mera afirmación, en estos casos, resulta insuficiente para dar por establecidos los hechos.

En sentencia de 13 de abril de 2016¹⁹, la Sección Tercera del Consejo de Estado, se pronunció frente al principio de imputabilidad así:

“Sin duda, en la actualidad todo régimen de responsabilidad patrimonial del Estado exige la afirmación del principio de imputabilidad, según el cual, la reparación del daño antijurídico cabe atribuirse al Estado cuando haya el sustento fáctico y la atribución jurídica. Debe quedar claro, que el derecho no puede apartarse de las “estructuras reales si quiere tener alguna eficacia sobre las mismas.

En cuanto a esto, cabe precisar que la tendencia de la responsabilidad del Estado en la actualidad está marcada por los criterios de la imputación objetiva que “parte de los límites de lo previsible por una persona prudente a la hora de adoptar las decisiones”. Siendo esto así, los criterios de imputación objetiva implica la “atribución”, lo que denota en lenguaje filosófico jurídico una prescripción, más que una descripción. Luego, la contribución que nos ofrecen estos criterios, cuando hay lugar a su aplicación, es la de rechazar la simple averiguación descriptiva, instrumental y empírica de “cuando un resultado lesivo es verdaderamente obra del autor de una determinada conducta”.

(...)

En ese sentido, la jurisprudencia constitucional indica que “el núcleo de la imputación no gira en torno a la pregunta acerca de si el hecho era evitable o cognoscible. Primero hay que determinar si el sujeto era competente para desplegar los deberes de seguridad en el tráfico o de protección frente a determinados bienes jurídicos con respecto a ciertos riesgos, para luego contestar si el suceso era evitable y cognoscible.

(...)

En una teoría de la imputación objetiva construida sobre la posición de garante, predicable tanto de los delitos de acción como de omisión, la forma de realización externa de la conducta, es decir, determinar si un comportamiento fue realizado mediante un curso causal dañoso o mediante la abstención de una acción salvadora, pierde toda relevancia porque lo importante no es la configuración fáctica del hecho, sino la demostración de si una persona ha cumplido con los deberes que surgen de su posición de garante”²⁰.

Atendiendo a las condiciones concretas en las que se haya producido el hecho, el Despacho deberá entonces adaptar el régimen de responsabilidad al caso concreto. Así, cuando el daño se produzca como consecuencia del rompimiento de la igualdad frente a las cargas públicas se aplicará el régimen de daño especial; cuando éste proviene de la realización de actividades peligrosas donde predomine el riesgo se aplicará la teoría del riesgo excepcional. Pero, en todo caso, el daño no es imputable al Estado si se evidencia que fue producido por culpa exclusiva de la víctima, por fuerza mayor o por el hecho exclusivo de un

¹⁹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia de 13 de abril de 2016, Consejero Ponente: Jaime Orlando Santofimio Gamboa, Rad. No. 51561.

²⁰ Corte Constitucional, Sentencia SU-1184 de 2001.

tercero, toda vez que con ello no se configura el nexo causal entre el hecho que se imputa a aquél y el daño²¹.

En relación con la falla del servicio como título jurídico de imputación de responsabilidad la doctrina y la jurisprudencia del Máximo Tribunal de lo Contencioso Administrativo la ha definido como la inobservancia o incumplimiento de un deber a cargo de una entidad pública que afecta un bien jurídico tutelado.

De esta forma, la falla del servicio puede entenderse como la conducta activa u omisiva de la Administración, consistente en la falta de prestación de un servicio o cumplimiento de una función, o la prestación o cumplimiento de un deber de forma defectuosa, tardía, deficiente o irregular.

Así las cosas, la estructuración de la responsabilidad estatal se condiciona a la demostración de la falla o falta en el servicio, el daño antijurídico y la relación causal entre estos. De esta forma, la prosperidad de las pretensiones de responsabilidad extracontractual del Estado se sujeta a la acreditación de que el servicio no funcionó o funcionó de forma irregular y que, a consecuencia de esta circunstancia, se lesionó un bien legítimo tutelado que la persona no estaba en el deber jurídico de soportar.

4.- De la responsabilidad del Estado por infecciones intrahospitalarias.

Sobre este asunto la jurisprudencia del Consejo de Estado ha sido unívoca en aplicar el régimen de responsabilidad objetiva derivada del riesgo excepcional o “riesgo *alea*”, siendo esta última categoría de riesgo la que toma en consideración la probabilidad de que “*cierto tipo de actividades o procedimientos, pueden dar lugar, quizás con la ineludible mediación del azar o de otro tipo de factores imprevisibles, a la producción de daños sin que medie asomo alguno de culpa*”²², es decir que en los casos que se presenta infección contraída en un centro asistencial, el daño surge por la concreción de un riesgo conocido por la ciencia médica, lo que no los hace imprevisibles y controlables, y que no son ajenas a la prestación del servicio de salud, razón por la cual las entidades hospitalarias deberán adoptar todas las medidas que establecen los protocolos diseñados por las autoridades competentes a efectos de reducir los riesgos que comporta para los pacientes.

En un caso similar al que se estudia, el Consejo de Estado sobre la responsabilidad de tipo objetivo que le asiste al Estado derivada de infecciones nosocomiales, precisó que:

“... para que pueda declararse la responsabilidad patrimonial del Estado, quien alega haber sufrido un perjuicio deberá acreditar que la infección que afectó a la víctima fue adquirida en el centro hospitalario o asistencial o que se produjo como consecuencia de un procedimiento médico, sin que en tal evento resulte necesario que se pruebe que la entidad demandada actuó de manera indebida o negligente; ésta última, por su parte, podrá eximirse de responsabilidad única y exclusivamente probando que la infección, para el caso que ocupa a la Sala en esta oportunidad, ocurrió como consecuencia de una causa extraña, esto es una fuerza mayor o el hecho determinante y exclusivo de la víctima o de un tercero.”²³

²¹ Al respecto, ver sentencias del Consejo de Estado, Sección Tercera, de noviembre 11 de 2009 (expediente 17393) y de abril 28 de 2005 (expediente 15445).

²² Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 26 de marzo de 2008, exp. 16.530, C.P. Mauricio Fajardo Gómez

²³ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección A, sentencia proferida el 27 de junio de 2012, Exp. 21.661 M.P. Mauricio Fajardo Gómez.

En otro pronunciamiento, la Subsección “A” de la Sección Tercera declaró la responsabilidad del Estado, en un asunto en el que se le reclamaba a la Administración la indemnización de perjuicios derivados de una infección intrahospitalaria, en dicha oportunidad la Corporación sostuvo lo siguiente:

“De todo lo anterior, la Sala considera que aparece demostrado que la infección presentada por el señor CESAR AUGUSTO OSPINA LEON, fue adquirida en la Clínica San Pedro Claver, por cuanto la historia clínica es contundente en señalar que desde la entrada al centro hospitalario, 4 de abril de 1998, y hasta antes del primer postoperatorio, 28 de abril de esa anualidad, el paciente no presentó ningún síntoma o señal de infección, al punto que el cultivo practicado dio resultado negativo. Ahora bien, es claro que fue a partir de la cirugía que apareció el proceso infeccioso el cual se hizo persistente a punto que ni siquiera con la amputación de la extremidad se logró restablecer la salud del paciente. (...), situación fáctica que se ajusta a lo que la jurisprudencia de esta Sub Sección sostiene acerca de la responsabilidad de índole objetiva para eventos de infecciones intrahospitalarias.

Ese mismo marco conceptual impone entender que si bien está acreditada la diligencia y cuidado con las que actuó la entidad demandada en la atención prestada al señor Ospina con ocasión de su fractura, lo cierto es que, en estos eventos de infecciones intrahospitalarias, la responsabilidad del ente hospitalario se fundamenta en el hecho de que, a pesar de la gravedad de la fractura, lo cierto es que el lesionado ingresó libre de infección, y que los microorganismos que la provocaron, fueron adquiridos por el paciente en las instalaciones de la demandada”²⁴.

Con lo anterior, es dable concluir que la actividad médica capaz de comprometer la responsabilidad de la administración, no es solamente aquella que se desarrolla contrariando los postulados de la *lex artis* o derivada del mal funcionamiento de la prestación de servicio de salud, puesto que también la actuación o actividad médica que se despliega en condiciones normales o adecuadas puede dar lugar a que ello ocurra, ya que el pilar fundamental de la responsabilidad extracontractual del Estado es el daño antijurídico, razón por la cual, si se comprueba la antijuridicidad del daño que se demanda, se abre la posibilidad de configurar la responsabilidad del Estado.

Además, en los eventos en los cuales se presenten infecciones nosocomiales, el régimen jurídico de imputación es objetivo, en donde la parte actora no tiene la carga de demostrar que la infección se presentó como consecuencia de una violación de los protocolos de salubridad y limpieza del Centro Hospitalario, sino que basta demostrar que la infección es de origen intrahospitalario.

Así mismo, para que la entidad prestadora del servicio de salud se exima de responsabilidad, le concierne acreditar que la infección en cuestión fue adquirida extra-hospitalariamente, es decir, que el paciente ya la presentaba con anterioridad a su ingreso al centro de salud, o por causa extraña o hecho determinante de la víctima o de un tercero.

5.- Asunto de fondo

los señores **ANGIE NATAHALIA RUIZ CASTIBLANCO, JESÚS ANDRÉS VELÁSQUEZ LOAIZA, CLAUDIA MARITZA CASTIBLANCO PENAGOS, MAURICIO RUIZ ALEJO, CAMILA ANDREA RUIZ CASTIBLANCO y RUBIELA OSORIO**, presentaron demanda en ejercicio del medio de control de reparación directa contra la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - HOSPITAL SAN BLAS E.S.E. y CAFESALUD ENTIDAD**

²⁴ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección A, sentencia del 29 de mayo de 2013, Exp. 28.483.

PROMOTORA DE SALUD S.A., para que sean declarados administrativamente responsables con ocasión al fallecimiento del menor Samuel Andrés Velásquez Ruiz (q.e.p.d.), el cual ocurrió el 24 de marzo de 2016, y que según los demandantes sobrevino porque hubo una falla en la atención médica brindada.

Examinadas las pruebas allegadas por la parte demandante se evidencia que:

- El 10 de marzo de 2016, a las 18:00 horas, el menor Samuel Andrés Velásquez Ruiz ingresó al servicio de urgencias pediátricas del Hospital San Blass II ESE, por presentar cuadro clínico de 3 días de evolución, con tos húmeda asociada a dificultad respiratoria, como antecedentes se anotó que requirió Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales por nacimiento prematuro de 36 semanas de gestación y un peso al nacer de 2.300 gramos. Al examen físico, se encontró que presentaba un peso de 3.300 gramos, en regular estado, con cianosis y abdomen no distendido ni doloroso, con impresión diagnóstica de i) Bronquiolitis, ii) hipoxemia, iii) bronconeumonía (interrogado) y se deja constancia de que es un lactante menor pretérmino de 36 semanas y una edad gestacional de 40 semanas. Por estas razones se dejó hospitalizado²⁵.

- El 11 de marzo de 2016, se anota en la historia clínica que el paciente se encuentra sólo, hidratado, con oxígeno canalizado, fontanela normotensa, mucosa oral húmeda, cuello móvil sin masas, tórax simétrico, normoexpansible, abdomen blando y depresible sin señales de dolor a la palpación, y se deja con manejo de broncodilatador y oxígeno por cánula nasal²⁶.

- El mismo día a las 18:20 horas, se deja constancia de que está siendo acompañado por la madre, con evolución clínica favorable y sin signos de dificultad respiratoria.²⁷

- El 12 de marzo de 2016, 7:40 horas, se anotó que se encontraba en compañía de la madre quien refiere adecuada tolerancia a la vía oral, deposición (+), abdomen blando, depresible y niega otra sintomatología²⁸

- El 13 de marzo de 2016, a las 9:45 horas, se anota que el paciente tolera la vía oral, tuvo deposición blanda, no vómito, niega tos y buen estado general, sin signos de dificultad respiratoria. Al día siguiente, se anotó a las 8:40 horas, que la mamá refirió mejoría del cuadro respiratorio, negó tos, lactancia enteral sin diarrea, por lo que, al tener una evaluación clínica satisfactoria, con tolerancia enteral, sin requerimiento de oxígeno, saturando al 92%, se define dar salida con recomendaciones y signos de alarma y ecocardiograma ambulatorio²⁹.

- De las notas de enfermería, se extrae que a los padres del paciente se le explican los procedimientos a realizar como la aplicación de oxígeno, toma de exámenes de laboratorio y medicamentos ordenados, y se les dan recomendaciones generales. Se anota que la madre ingresa y le brinda lactancia materna y acepta la vía oral y la Fórmula No. 1, se efectúan cambios de pañal, y se mantiene con buenos signos vitales³⁰.

²⁵ Folios 15 a 18 del C1.

²⁶ Folio 19 del C1.

²⁷ Folio 19 reverso del C1.

²⁸ Folio 20 del C1.

²⁹ Folio 21 reverso del C1.

³⁰ Folio 22 a 24 reverso del C1.

.- En la epicrisis, se deja constancia que, al ver la mejoría clínica del paciente, se da salida con recomendaciones médicas, cita control por unidad de recién nacidos y pediatría por consulta externa³¹.

.- El 17 de marzo de 2016, a las 11:15 horas, vuelve el paciente al servicio de urgencias pediátricas del Hospital San Blass II ESE, por presentar cuadro de dos días de deposiciones líquidas amarillas negando otro tipo de sintomatología, según relato de la madre las deposiciones se cuantificaron en 5. Al Examen físico, se encontró lactante con peso de 3485 gramos, frecuencia cardíaca 120, saturación de oxígeno 93%, mucosa oral húmeda, abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. La impresión diagnóstica se estableció como i) Bronquiolitis en resolución, ii) Gastroenteritis aguda sin deshidratación, iii) Antecedentes de bajo peso al nacer.

Bajo esos diagnósticos, se estableció como plan de manejo dejar al paciente en observación de urgencia, se dan indicaciones de probar tolerancia a la vía oral y se solicita examen coproscópico. No obstante, a eso de las 14:00 horas, se anotó que *“el paciente es revalorado, sin presentar deposiciones líquidas, por lo cual no se pudo realizar el examen coprológico, además de factores de eps, se decide dar salida con signos de alarma y recomendaciones, en el momento asintomática respiratoria y digestivo”*.³² Además, se le receta el medicamento BIOGAIA, para suministrar 5 gotas al día.

.- El 18 de marzo de 2016, a las 18:17 horas, el menor Samuel Andrés Velásquez Ruiz ingresó al servicio de urgencias pediátricas del Hospital de La Misericordia, con motivo de consulta *“diarrea”*, con cuadro de 2 días de evolución consistente en *“múltiples episodios de deposiciones líquidas abundantes, 6 en número, sin moco ni sangre, asociadas a palidez generalizada, somnolencia persistente, dos episodios eméticos de características alimentarias. Tolera adecuadamente vía oral, niega fiebre u otra sintomatología (...)”*³³. Se encontró en el examen físico la fontanela deprimida, mucosa oral semihúmeda y neurológicamente decaído, se le diagnosticó diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, con deshidratación grado II, por lo que se decide dejarlo hospitalizado.

A las 20:01, la especialidad de pediatría anotó: *“PACIENTE DE 11 MES Y 11 DIAS POR EDAD GESTACIONAL (36 SEMANAS) Y CORREGIDA DE 11 DIAS. CON ANTECEDENTE DE PREMATUREZ, BAJO PESO AL NACER (2.200 KG), ICTERICIA NEONATAL Y BRONQUIOLITIS CON REQUERIMIENTOS DE OXIGENO HOSPITALIZADO DESDE EL 10-03-16 HASTA EL 14-03-16, POSTERIOR AL EGRESO INICIA CON DEPOSICIONES DIARREICAS EN NUMERO 6 AL DIA SIN RESTOS PATOLOGICOS, AL PARECER DOS EPISODIOS EMETICOS, NO ASOCIADO A FIEBRE, NO TOS EN EL MOMENTO. NEXO DE CONTAGIO POSITIVO (PADRE CON RINOFARINGITIS) A SU INGRESO CON DESHIDRACION GRADO II DADO POR ENOFTALMOS, FONTANELA ANTERIOR DEPRIMIDA, SOMNOLIENTO, SE CONSIDERO DHT GRADO II SE INICIA HIDRATAICON CON MEZCLA A 25 CC HORA SE SOLICITAN PARACLINICOS. SE REVALORA, PACIENTE CON SIGNOS FRACNSO (SIC) DE DESHIDRACION GRADO II, CON ADECUADA TOLERANCIA A LA VIA ORAL ... SE COMENTATARA CON UNI NEONATAL. SE SOLICITA ADEMAS GLUCOMETRIA, UROANALISIS. SE EXPLICA A PADRES CONDICION ACTUAL, RIESGOS POR ENFERMEDAD Y MEDICACION SE ACLARAN DUDAS, REFIERE ENTENDER Y ACETPAR”*³⁴

.- El 18 de marzo de 2016, el paciente se encuentra en mal estado general y deshidratado con impresión diagnóstica de *“enterocolitis necrotizante de feto y del recién nacido”* y *“sepsis del recién nacido debido a otras bacterias”*, y como nuevo

³¹ Folio 26 y 26 reverso del C1.

³² Folio 27 y 27 reverso del C1.

³³ Folio 29 del C1.

³⁴ Folio 30 del C1

diagnóstico el de “*Enteritis debida a rotavirus*”³⁵. El resultado de los paraclínicos se dio a las 6:52 horas del día 19 de ese mes y año, arrojando Rotavirus positivo, por lo que la especialidad de pediatría anota que el paciente cursa enfermedad diarreica aguda por Rotavirus y se ordena control gasométrico y electrolitos, así como iniciar Sulzinc³⁶.

.- Pese a que el paciente mostraba una leve mejoría estando en aceptables condiciones generales, el 21 de marzo de 2016, la especialidad de neonatología atiende llamado de enfermería pues el menor presentó vómito, poca aceptación de vía oral y distensión abdominal, se encontraba pálido, irritable, sin dificultad respiratoria, con abdomen globoso, distendido, sin cambios en coloración de pared abdominal, no impresión dolorosa, se considera íleo por enfermedad diarreica.

Presentó aspecto séptico, RX de abdomen con marcada distensión y edema de asas, área sugestiva de neumatosis en hipocondrio izquierdo, y de portograma aéreo se solicita valoración urgente por cirugía pediátrica y manejo con antibiótico³⁷.

.- La especialidad de cirugía pediátrica atendió al menor a las 12:07 horas del 21 de marzo de 2016, y determinó que en el momento el paciente no era de tratamiento quirúrgico y ordena el tratamiento pertinente para revalorar más tarde. No obstante, a eso de las 13:52 horas, se anota que el paciente presenta evolución tórpida con rápido deterioro infeccioso, depositario, requiere ventilación mecánica, se considera paciente con enterocolitis con probable perforación intestinal, se pasa orden de cirugía como urgencia vital para laparotomía exploratoria y catéter venoso central³⁸.

A las 16:59 horas, se anotó que regresó el paciente procedente de salas de cirugía, acompañado por anesthesiólogo, refiere isquemia intestinal masiva y se deja abdomen abierto, con nueva revisión para valorar viabilidad de asas, y con diagnóstico prequirúrgico de enterocolitis necrotizante. A las 17:03, cirugía pediátrica describió como hallazgos: “*DISTENSION ABDOMINAL SEVERA, SIN CAMBIOS DE COLORACION ... ASAS INTESTINALES DELGADAS ISQUEMICAS CON PARCHES DE NECROSIS A MULTIPLES SEGMENTO EN TODA SU LONGITUD, SOLO SE ENCUENTRAN 10 CM DE INTESTINO YEYUNO PROXIMAL DESDE TREIZT SIN ISQUEMIA, SIN PERFORACIÓN, ISQUEMIA CON LEVE MEJORIA POSTERIOR A LAPARTOMIA...*”³⁹.

.- Al día siguiente, a las 9:55 horas, se anota que el paciente en estado muy crítico, con pronóstico incierto, con abdomen abierto y con evidencia de asas intestinales isquémicas visibles a través de la bolsa de laparostomía, con deterioros tensionales estables en límite inferior, en vigilancia por tendencia a la oliguria, recibe manejo antibiótico⁴⁰.

.- El 23 de marzo de 2016, continuó en muy mal estado general “*con enterocolitis de manejo quirúrgico, compromiso paninestinal, no candidato a resección, se dejó con abdomen abierto con intención de revisión en 48 horas, hoy en muy mal estado, taquicárdico, anurico en las últimas 3 horas, asas intestinales necróticas visibles a través de la bolsa de viaflex, se considera que según evolución y labilidad hemodinámica se llevará a cirugía hoy para revisión de cavidad, se explica a los padres condición, plan*

³⁵ Folio 31 y 31 reverso del C1.

³⁶ Folio 33 reverso del C1.

³⁷ Folio 36 reverso y 37 del C1.

³⁸ Folio 38 reverso del C1.

³⁹ Folio 39 reverso del C1.

⁴⁰ Folio 42 reverso del C1

de manejo, pésimo pronóstico vital y funcional”⁴¹. Su estado general continuó empeorando, hasta que la especialidad de pediatría anotó el día 24 de la misma data, que el paciente “PRESENTA DETERIORO PROGRESIVO, CON BRADICARDIA, HIPOTENSION Y DESATURACION SEVERAS A PESAR DE MANEJO INSTAURADO, PRESENTA ASISTOLIA Y FALLECE A LAS 03:00 AM. SE DILIGENCIA CERTIFICADO DE DEFUNCION 71353287-1”⁴²

Ahora, en audiencia de pruebas del 4 de agosto de 2020, se escucharon los testimonios de los médicos tratantes del menor Samuel Andrés Velázquez Ruiz (q.e.p.d.), en el Hospital San Bñas II Nivel ESE, de los cuales se destaca lo siguiente:

1.- Dr. Julio Antonio Boyano Fram, médico pediatra de la Subred Centro Oriente ESE:

Adujo en la diligencia que recordaba el caso del menor por cuanto el 17 de marzo de 2016 se desempeñaba como profesional de urgencias en el Hospital San Blas ESE. Indicó que Samuel ingresó a eso de las 11:15 de la mañana, siendo atendido por el servicio de pediatría en compañía de la madre, quien manifestó que acudió porque el niño tenía gastroenteritis, 5 deposiciones diarreicas, sin moco, sin sangre, sin fiebre y tolerando la vía oral⁴³. Dijo que el niño era conocido en el hospital por cuanto había sido hospitalizado días antes por una bronquiolitis y conocían sus antecedentes médicos como niño prematuro; al examen físico “encontramos un niño que pesó 3.200 gr, o sea que había aumentado 1.200 gr desde que nació, el niño llegó y tenía la oximetría, que es la saturación de oxígeno, estaba bien en 92, la frecuencia cardíaca de 120, no encontramos ningún signo de deshidratación, ¿qué significa eso?, mucosa oral húmeda, el paciente no tenía dificultad para respirar, corazón normal, abdomen blando depresible, tenía buena perfusión distal ... que la parte hemodinámica circulatoria estaba dentro de los límites normales, por ser un niño menor de 3 meses por esos antecedentes, lo dejamos en observación en urgencias y solicitamos un examen que se llama coproscópico, y colocamos lo que se llama tolerancia a la vía oral ... es decir leche materna ... al niño lo volvimos a ver y le preguntamos a la mamá y el niño a las 2 horas nos dice la mamá que no había hecho deposiciones, que el niño había aceptado la vía oral, lo volvimos a examinar y no encontramos deterioro respiratorio, ni deterioro gastrointestinal, no había tenido vómitos, había aceptado y tolerado la vía oral, ... y por ser un niño tan pequeño también corríamos el riesgo de que estando en un servicio de urgencias se volviera a infectar con todos esos antecedentes, y decidimos darle salida”⁴⁴.

Continuó narrando que en la salida decidieron continuar con la lactancia materna, el lavado de manos, el uso de agua hervida, se le dio un formato que explicaba el cuidado de los niños con diarrea y se dieron los signos de alarma, tales como que presentara vómito, que no aceptara la vía oral, que tuviera dificultad para respirar, que estuviera somnoliento letárgico, que hiciera deposiciones con moco y con sangre, “y en vista de que no hizo popó, le dijimos que cuando hiciera popó volviera para tomarle la muestra”⁴⁵.

Luego, adujo que se enteró de la muerte del menor porque el papá lo abordó para pedirle un dinero por aquel insuceso⁴⁶, y al conocer esta demanda, revisó la historia clínica del Hospital La Misericordia en la que observó que el niño “llega con una gastroenteritis con signos de deshidratación, ya llega con mucosa oral semi seca, abdomen blando depresible y hacen el diagnóstico de una gastroenteritis y una deshidratación y deciden hospitalizarlo para manejo hospitalario con líquidos

⁴¹ Folio 45 del C1.

⁴² Folio 50 del C1.

⁴³ Minuto 14:11 del audio No. 1 de la audiencia.

⁴⁴ Minuto 16:12 *ibidem*.

⁴⁵ Minuto 19:00 *ibidem*.

⁴⁶ Minuto 20:55 *ibidem*.

endovenosos, es hasta ahí el diagnóstico de una gastroenteritis con deshidratación, no tenía signos de enterocolitis, como distensión abdominal, vómito, deposiciones con moco y sangre, es más, le dicen continuar lactancia materna, incluso fórmula para niños pequeños, en ese momento no tenía enterocolitis... El niño hace enterocolitis 3 días después en La Misericordia, el 21 de marzo a las 9:57 de la mañana... hasta ahí es cuando el niño presenta distensión abdominal, un vómito abundante birriosos...⁴⁷.

Luego, explicó que la enterocolitis es una *“afección que afecta la circulación de las vías del intestino, produce una hipoperfusión y produce un crecimiento bacteriano a través de la mucosa intestinal, lo que se llama neumatosíntesis de las vías intestinales, es una afección de la vías intestinales y que generalmente es frecuente en prematuros... es una enfermedad catastrófica que produce una mortalidad del 30% en los mejores centros hospitalarios, generalmente comienza con vómito, con distensión abdominal, después deposiciones con moco, sangre y pus, altera toda la parte hemodinámica, y las complicaciones que hace es una sepsis, y generalmente pueden hacer una peritonitis por que hacen ruptura del epilio⁴⁸”*. Y según su dicho, quiso dejar claro que cuando atendió al niño, no tuvo enterocolitis, ni mostró su sintomatología.

Agregó que, en la hospitalización anterior del menor, no presentó síntomas gastrointestinales, y explicó que los niños a esa edad presentan reflujo gastro cólico, lo que significa que cada vez que comen pueden hacer deposiciones, que pueden ser grumosas, lo que no significa que sean diarrea⁴⁹. De otro lado, dijo que el paciente estuvo en la Unidad de Recién Nacidos aislado, por su patología viral infecciosa, lugar que tiene estrictos protocolos para su acceso y manipulación.

Luego, explicó que el Rotavirus es una de las causas más frecuentes de infección que produce gastroenteritis, la mayoría de las infecciones que producen diarrea son virales, el Rotavirus junto con el adenovirus y el astrovirus son los virus más comunes que producen diarrea, se transmiten por contaminación oral-fecal, lo que quiere decir que *“alguien en la casa, generalmente los adultos pues todos podemos tener el rotavirus sin presentar síntomas, o con las medidas de higiene como lavado de manos, el agua hervida, preparación del biberón, el uso del chupo, entonces se llaman contaminación oral-fecal las condiciones malas de vida, la mala higiene, servicios públicos deficientes, el agua, la contaminación por mala preparación de alimentos, el lavado de manos, todo eso puede ser un factor de riesgo contaminante para que el niño contagiara el rotavirus, el 30 o 40% de los niños contagiados con rotavirus terminan hospitalizados⁵⁰”*, y se detecta por ser una diarrea acuosa, abundante, explosiva y ácida.

Cuando se le indagó sobre si el rotavirus puede desencadenar la enterocolitis, respondió que el Rotavirus produce una alteración en las vellosidades intestinales y puede facilitar que llegue otra bacteria y produzca la enterocolitis, enfermedad que es multifactorial, pues pueden producirla diferentes causas destacando que el niño sea prematuro, la asfixia perinatal, la dislocación bacteriana, la manipulación del cordón umbilical, antecedentes genéticos, inmadurez intestinal en niños con bajo peso, la alimentación inadecuada, aspectos que favorecen que llegue la bacteria y empiece a crecer por toda la mucosa intestinal, entonces, adujo que la causa de la enterocolitis no se conoce todavía, por ser, como ya dijo, multifactorial⁵¹. Del periodo de incubación, fue enfático en afirmar que las infecciones virales pueden mostrar síntomas entre las 24 y 48 horas después del contacto.

⁴⁷ Minuto 21:35 *ibídem*.

⁴⁸ Minuto 24:05 *ibídem*.

⁴⁹ Minuto 31:20 *ibídem*.

⁵⁰ Minuto 42:30 *ibídem*.

⁵¹ Minuto 45:34 *ibídem*.

Finalmente, sostuvo que cuando se le dio salida al menor se encontraba la mamá presente en el consultorio, a quien se le indicaron los signos de alarma, además, aseguró que en el Hospital manejaban unos formatos en donde se explicaban las recomendaciones por patologías, por lo que ella las lee y se le dan verbalmente.

2.- Claudia Patricia Velandia, Auxiliar de Enfermería de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE – Hospital San Blas ESE:

Narró en su testimonio que la atención prestada en salud al familiar de los demandantes, consistió en los cuidados de enfermería como vigilar y enseñar a la mamá a lactar el bebé, técnicas de lavado de manos para cuando la madre daba de comer al bebé, cómo funcionaba la Unidad y la aplicación de los protocolos. De igual modo, indicó que existen protocolos de asepsia y antisepsia para el manejo de los pacientes, entre los que destacó el lavado de manos cuando se va a asistir a un bebé en la lactancia materna, el cambio de ropa, la limpieza y aseo de las madres⁵². También explicó que cuando llegaban los acudientes de los pacientes, se les enseñaba la forma en cómo cambiarse, el uso de tapabocas y el lavado de manos, así como el comportamiento que debían tener mientras estaban en la Unidad.

3.- Dr. Luis Enrique Muñoz Manotas, pediatra de la Subred Centro Oriente ESE – Clínica San Rafael y Hospital San Blas ESE.

Indicó que participó en la atención en salud brindada al menor Samuel Andrés Velásquez Ruiz (q.e.p.d.), entre los días 10 a 14 de marzo de 2016, por un cuadro clínico de bronquiolitis, el cual se le controló presentando signos vitales normales. Destacó que el menor fue examinado de forma general e integral, no solo por la bronquiolitis, pues en la historia clínica se evidencia cómo se examinaba el estado del menor, si comía bien, si tenía diarrea, entre otros, en atención a su nacimiento prematuro⁵³.

Aseguró que el menor, durante su estancia hospitalaria, no presentó diarrea, pues sus deposiciones blandas anotadas en la historia clínica, son normales para su edad, no eran abundantes ni acuosas, deposiciones tipo 4 en la Escala de Bristol, además adujo que, aunque posteriormente se le detectó Rotavirus, este no debió haberse adquirido en el Hospital *“pues si hubiera sido un caso de Rotavirus en el Hospital San Blas en la Unidad Neonatal se hubiese ocurrido un brote que hubiese sido terrible ... ustedes saben que generalmente el Rotavirus produce heces acuosas, abundantes, y son las que más causan mortalidad en estos niños, en los lactantes menores sobre todo, y generalmente nosotros los adultos podemos ocasionarles, llevarle la enfermedad a los niños sin un correcto lavado de manos, por eso se le insistía al papá y la mamá en el lavado de manos cuando llegaban a la Unidad ... porque tienen los papas la costumbre de meterle los dedos a la boca al niño”*⁵⁴.

Continuó diciendo que para dar salida al menor se tuvo en cuenta que el estuviera en buenas condiciones generales, que no tuviera vómito ni diarrea, porque con los antecedentes del niño, que era prematuro y con padres menores, eso significaría un riesgo de complicación⁵⁵.

Al momento de dar salida al menor del hospital, adujo que no había síntomas para aplicar algún protocolo de diarrea o practicar exámenes diagnósticos, en razón a que las deposiciones eran de características normales⁵⁶.

⁵² Minuto 1:34:06 *ibídem*.

⁵³ Minuto 2:34:00 *ibídem*.

⁵⁴ Minuto 2:45:16 *ibídem*.

⁵⁵ Minuto 2:48:35 *ibídem*.

⁵⁶ Minuto 4:10 del audio No. 2 de la audiencia.

Finalmente, adujo que el Rotavirus puede estar en incubación en un periodo de entre 2 a 7 días, “pero como le estoy diciendo yo, si el niño tuvo con rotavirus se hubiese presentado un brote, si hubiese manipulación de leche, o manipulación de alimentos con las manos sucias, ahí estamos inoculándole al paciente el virus, sobre todo la parte de lo que es la alimentación, o, cuando nosotros hacemos el cambio de pañal de un niño a otro y no nos lavamos las manos del otro niño al otro niño se los vamos pasando, y ese no es el caso... cada enfermera utiliza guantes por cada cambio de niño y se lavan las manos, se tenían todas las medidas de bioseguridad instauradas por el Ministerio de Salud, lo que eran guantes, tapabocas, si el paciente tenía diarrea y todas esas cuestiones...”⁵⁷. De igual forma, señaló que todas las bacterias pueden constituir factores de riesgo para contraer enterocolitis necrotizante, pues padecer este tipo de virus genera deshidratación, diarrea acuosa, mal perfusión y compromete el mesenterio.

4.- Interrogatorio de parte de Angie Natalia Ruiz Castiblanco.

Narró que Samuel Andrés Velásquez Ruiz (q.e.p.d.), su hijo, estuvo hospitalizado por un cuadro respiratorio entre el 10 y el 14 de marzo de 2016 en el Hospital San Blas ESE, día en el que, en la hora de visita, observa que el niño tenía diarrea, pero el pediatra de turno le comentó que son deposiciones normales por el alimento que estaba recibiendo y le da una cita para el día 17 de ese mes y año para el control. Llegado el día, fue al Hospital, pero el niño no hizo deposición alguna, razón por la que el pediatra le recetó unas gotas denominadas “biogaia” aduciendo que ese medicamento le iba a controlar el problema gastrointestinal, no obstante, el menor no presentó mejoría. El mismo día, al ver que su hijo no mejoraba, se fue al Hospital La Misericordia en donde le dijeron que su hijo estaba deshidratado y en mal estado, por lo que lo ingresan a la UCI neonatal, donde fue tratado, comía bien y no tenía sangre en las deposiciones, y estaba mejorando⁵⁸.

Luego, agregó que se empezaron a complicar las cosas, entró en paro respiratorio, le hicieron una cirugía de urgencia, pero la bacteria que tenía ya había causado el daño pues sus intestinos estaban en mal estado. De otro lado, dijo no recordar ninguna traba administrativa de acceso a los servicios de salud a su hijo.

Sostuvo que mientras estuvo en casa, el menor comía bien, se encontraba bien de ánimo, tranquilo, calmado, dormía bien, solo que presentaba diarrea⁵⁹. De igual forma, indicó que le daba leche materna y una fórmula o alimento suplementario que le habían recetado en el plan canguro, en el que estaba el bebé por ser prematuro, a través de teteros que hacía con agua hervida que mantenía en un termo para lo cual se lavaba las manos.

Dijo que el 17 de marzo, volvió al control del cuadro respiratorio “y enseguida vieron lo de la diarrea”⁶⁰, la cual considera era controlada, pues no tenía vómito, ni sangre ni mucosidad. Expresó que el mismo día, a eso de las 5 de la tarde, lo ingresaron en el Hospital de La Misericordia donde se encontraba bien, pero en su estadía hospitalaria, su estado de salud se agravó mucho hasta su fallecimiento.

.- De igual manera, en audiencia de pruebas del 19 de noviembre de 2020, se escucharon los testimonios de los médicos tratantes del menor Samuel Andrés Velásquez Ruiz (q.e.p.d.) en el Hospital de La Misericordia, de los cuales se destaca lo siguiente:

⁵⁷ Minuto 12:14 *ibídem*.

⁵⁸ 1:57:02 *ibídem*.

⁵⁹ Minuto 2:03:01 *ibídem*.

⁶⁰ Minuto 2:10:55 *ibídem*.

1.- Dra. Ana Lucía Peña Ramos, médico pediatra, quien indicó que el menor ingresó al Hospital el 18 de marzo de 2016 asistido por su mamá por presentar deposiciones diarreicas, 5 veces al día, y algunos episodios de regurgitación, valorado por el servicio de urgencias donde lo encontraron con una deshidratación grado II por lo que deciden hospitalizarlo en la UCI Neonatal⁶¹. En la Unidad se continúa lactancia materna por vía oral acompañada con fórmula y líquidos endovenosos. Sin embargo, el paciente continúa con abundantes deposiciones diarreicas, el coproscópico muestra que tiene infección por Rotavirus, y a los dos días de la hospitalización tiene un deterioro súbito y progresivo, presentando una enterocolitis necrotizante, que es una inflamación severa del intestino, junto con descompensación hemodinámica y paro cardíaco, el servicio de cirugía considera hacerle una cirugía donde se encuentra que tiene una isquemia en todo el intestino, es decir una falta de oxigenación intestinal, lo que lo deterioró hasta desencadenar su fallecimiento el día 24 siguiente⁶².

Agregó que la isquemia intestinal tuvo lugar porque el niño tenía múltiples factores de riesgo para presentar esa patología, por los episodios de diarrea, la deshidratación y el antecedente de haber nacido prematuro con restricción del crecimiento intrauterino, lo que lo hacía un niño de fácil complicación⁶³. De igual manera, indicó que un paciente con los factores de riesgo que presentó Samuel Andrés, ser prematuro y de bajo peso, puede perder la vida por presentar esta patología. Al tiempo, informó que para que la mamá de un paciente consulte a urgencias por diarrea debe tener signos de alarma como que el bebé no coma, vómito persistente, deposiciones abundantes o signos de deshidratación, y que el manejo de una diarrea aguda es sintomático *“o sea mantener al paciente hidratado, lo que se debe hacer es aumentar, cuando es un bebe que está con lactancia materna, aumentar la frecuencia y la cantidad de las tomas y estar pendientes del estado de hidratación, si está con deshidratación, entonces se empieza hidratación por vía endovenosa, es un tratamiento de sostén, no hay un medicamento para quitar la diarrea en un pequeño*^{64”}.

Relativo al Rotavirus, indicó que es el virus causante de diarrea más frecuente en menores de 5 años, infección que se adquiere por contacto cercano por vía fecal-oral, requiere un contacto estrecho *“generalmente es por un familiar que esté con la infección y que tenga contacto directo por el niño*⁶⁵. De otro lado, adujo que la enterocolitis apareció en el cuerpo del menor el 21 de marzo mientras estaba hospitalizado⁶⁶, y explicó que ser prematuro y de bajo peso constituye un factor de riesgo para múltiples enfermedades en la infancia, *“sobre todo aumentan el riesgo de mortalidad, de infección, de neumonía, de requerimiento de cuidado intensivo, de fallas en el crecimiento, y en problemas en el sistema psicomotor, también en el sistema psicomotor, también son factores de riesgo para la enterocolitis necrotizante y para presentar complicaciones por enfermedades infecciosas de la infancia*^{67”}.

Cuando se le indagó por las guías médicas para el manejo de la patología que presentó el menor, adujo que básicamente las guías dicen que *“la mayoría de niños con diarrea se pueden manejar en casa, hay que tener en cuenta cómo está el estado de hidratación, el número de deposiciones, si está tolerando la vía oral, si tiene fiebre, su estado general, según esto se maneja el paciente en casa si son niños menores de 6 meses o que estén con lactancia manera, se debe continuar con la lactancia ... y hacer aumento en la ingesta de líquidos, entonces en los niños pequeños aumentar la*

⁶¹ Minuto 11:12 del audio No. 1 de la audiencia.

⁶² Minuto 12:55 *ibídem*.

⁶³ Minuto 14:35 *ibídem*.

⁶⁴ Minuto 15:50 *ibídem*.

⁶⁵ Minuto 16:42 *ibídem*.

⁶⁶ Minuto 18:46 *ibídem*.

⁶⁷ Minuto 19:28 *ibídem*.

*cantidad de tomas de leche materna, en niños más grandes utilizar sales de hidratación después de cada deposición y explicarle a los padres cuales son los signos de alarma por lo que debe consultar al hospital, que son básicamente que presente fiebre persistente por más de 3 días, que no tolere o acepte la vía oral, que presente vómito persistente, que presente más de 10 deposiciones diarreas en el día o que presente signos de deshidratación*⁶⁸

Finalmente, manifestó que la infección por Rotavirus no es muy común como causante de la enterocolitis necrotizante, pero hay reportes de casos de enterocolitis asociado con Rotavirus a pesar de que no sea un germen tan frecuente en esa patología⁶⁹.

2.- Testimonio del Dr. Edgar Hernando Rojas Soto, médico pediatra que atendió al menor por primera vez en el Hospital de La Misericordia, quien afirmó haber recibido al paciente por un cuadro de diarrea de más o menos 6 deposiciones, y dos episodios de vómito, no tenía fiebre, pero llamó la atención que se encontraba en estado de deshidratación, por lo que ordenó la hospitalización para hidratarlo.

Durante su hospitalización, el gran problema que tuvo el paciente es que no presentó los síntomas que se esperaban para enterocolitis, no hubo una manifestación clara ya que no tenía distensión abdominal, fiebre, deposiciones con sangre, vómito de color amarillo, sino que de forma muy escondida dio muestras de esta enfermedad⁷⁰.

Resaltó que la diarrea es la tercera causa de muerte en los niños en el mundo, y el Rotavirus es un germen que produce mucha diarrea y vómito en los infantes, enfermedad que se desarrolla rápidamente, a las 48 horas ya presenta los síntomas, patología que se evidencia especialmente en países subdesarrollados porque no le dan la importancia al lavado de manos frecuente, no hierven el agua, no lavan los alimentos, entre otros. Además, resaltó que la vacuna contra el Rotavirus se pone en los menores a los 2 y 4 meses.

Finalmente, adujo que no a todos los niños con diarrea se le piden antígeno para Rotavirus o coproscópico, porque la enfermedad se suele autolimitar, y para llegar a ordenarlos dependen exclusivamente de la clínica del paciente, de su evolución. Además, resaltó que *“todas las personas que se hospitalicen pueden adquirir una infección dentro del hospital y es causa de muchas muertes a nivel mundial... tanto para niños como para adultos... una hospitalización es un riesgo por muchos motivos, ojalá nunca estuviéramos hospitalizados”*⁷¹.

.- En audiencia de 19 de noviembre de 2020, se practicó la contradicción del dictamen pericial rendido por el Dr. Jaime Enrique Díaz Rico, médico hospitalario de la Subred Integrada de Servicios Centro Oriente ESE, con el que sustentó las conclusiones allegadas en el dictamen visible a folio 654 del C4. En la contradicción, concluyó que la atención del Hospital San Blas ESE fue oportuna para el cuadro clínico de deposiciones líquidas de un menor que no tenía síntomas de deshidratación, y que no presentaba otros signos que afectaran su estado general⁷².

El anterior material probatorio permite al Despacho concluir que el niño Samuel Andrés Velásquez Ruiz (q.e.p.d.), bebé prematuro de 36 semanas, con

⁶⁸ Minuto 28:56 *ibídem*.

⁶⁹ Minuto 33:15 *ibídem*.

⁷⁰ Minuto 1:00:39 *ibídem*.

⁷¹ Minuto 1:20:59 *ibídem*.

⁷² Minuto 26:51 Del audio No. 2 de la audiencia.

bajo peso y un mes de nacido, ingresó por el servicio de urgencias pediátricas al Hospital San Blas II Nivel ESE, el 10 de marzo de 2016, donde permaneció hospitalizado hasta el día 14 siguiente, por un cuadro de hipoxemia asociado con bronquiolitis, el cual fue tratado satisfactoriamente, con suministro de oxígeno, inhaladores, lavados nasales, entre otros, hasta su destete del oxígeno por cánula nasal.

Permaneció hospitalizado en la Unidad de Neonatos, en donde era atendido por el servicio de enfermería quienes supervisaban la lactancia materna, y ante la ausencia de la madre, suministraban leche sintética para recién nacidos formulada por sus médicos tratantes y cambiaban el pañal del bebé. Según la historia clínica, solo hasta el 13 de marzo de 2016, se anotó que presentaba deposiciones blandas, pero en ningún momento tuvo diarrea.

Luego de su salida el 14 de marzo de 2016, con signos de alarma, recomendaciones, cita de control de recién nacidos y pediatría por consulta externa, reingresa al servicio de urgencias del Hospital San Blas II Nivel ESE el 17 de marzo de 2016 (3 días después del alta), siendo atendido a las 12:35 p.m., por presentar “2 días de evolución consistente en 5 deposiciones líquidas amarillas Madre niega otra sintomatología”, por lo que se considera diagnóstico de gastroenteritis sin deshidratación y se deja en observación para verificar la vía oral y tomar un examen coproscópico, no obstante, pasada hora y media, es decir a las 2:00 p.m., se anota que el examen no pudo elaborarse porque el menor no presentó deposiciones, se encontraba en aceptable estado general y se le receta un medicamento, signos de alarma, recomendaciones y se le da salida.

Sin embargo, el menor al día siguiente, es decir el 18 de marzo de 2016, continúa con la sintomatología y se encuentra en regular estado de salud por lo que sus padres, quienes eran menores de edad, deciden llevarlo al Hospital de La Misericordia al que ingresa a las 6:17 p.m., en donde se anotó que el menor presentaba cuadro de 2 días de evolución de múltiples deposiciones líquidas y abundantes que se salían del pañal, palidez generalizada, somnolencia persistente, 2 episodios eméticos, tolera vía oral y con antecedente de “HOSPITALIZACIÓN DURENTE 4 DIAS CON DIAGNOSTICO DE BRONQUIOLITIS CON ALTA HACE DOS DÍAS, DE LA CUAL EGRESA CON DIARREA”.⁷³

En el examen físico se encontró, además, que tenía la fontanela deprimida, mucosa oral semihúmeda, estado neurológico decaído, presentó deposición líquida, evacuación líquida amarilla, concluyendo que tenía enfermedad diarreica que le generó una deshidratación grado II, por ello se decidió dejarlo hospitalizado en la UCI Neonatal, con diagnóstico de “Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso”. A las 8:29 p.m., el servicio de pediatría ordena tomar examen de Rotavirus y coproscópico, resultado que salió al día siguiente a las 6:52 a.m., arrojando positivo para Rotavirus y al examen coproscópico amarillo, líquido y con PH 5, por lo que se le diagnostica enfermedad diarreica aguda por Rotavirus y se inicia el tratamiento correspondiente.

En la estancia hospitalaria continuó en regulares condiciones generales y con deposiciones líquidas, deshidratado, cuya evolución fue estacionaria pese al tratamiento instaurado para la enfermedad diarreica aguda por Rotavirus y se agregó que cursaba una acidosis metabólica hiperclorémica secundaria y enteritis por Rotavirus. No obstante, el 21 de marzo de 2016, a las 9:57 a.m., Neonatología atendió al bebé por llamado de enfermería, por cuanto el bebé cursó con vómito, poca tolerancia a la vía oral, distensión abdominal, regulares condiciones generales, pálido e irritable, aspecto séptico y abdomen globoso,

⁷³ Folio 29 del C1.

por lo que se ordenó valoración urgente por cirugía pediátrica y una radiografía de abdomen simple, cuyo resultado salió a las 12:07 horas, encontrando distensión de asas en los 4 cuadrantes, edema en pared intestinal, neumatosis en hipocondrio, indicando que el paciente cursaba con cuadro de enterocolitis tipo II.

El mismo día, a eso de la 1:13 p.m., el paciente entra en paro respiratorio por lo que neonatología practica intubación orotraqueal, y se anota que el paciente tiene el abdomen distendido y duro, restricción torácica por volumen abdominal, y se deja constancia que el cuadro de enterocolitis es rápidamente progresivo, fulminante, con muy mal pronóstico vital y funcional. Ingresa a sala de cirugía a las 4:59 p.m. para practicar laparotomía por deterioro infeccioso, en la que se encuentra asas intestinales delgadas isquémicas con parches de necrosis en múltiples segmentos en toda su longitud, encontrando 10 cm de intestino sin isquemia, se anota isquemia intestinal masiva y dejan con abdomen abierto.

El estado del paciente es crítico y no presenta mejoría pese al tratamiento y a la intervención quirúrgica, y se anota como diagnóstico i) enfermedad diarreica aguda por Rotavirus, ii) enterocolitis necrotizante grado III, iii) choque séptico y falla multiorgánica. Sigue con mala evolución, deterioro progresivo, con bradicardia, hipotensión y desaturación severa, presenta asistolia y fallece a las 03:00 a.m. el 23 de marzo de 2016.

Pues bien, se tiene que la parte demandante asegura que la atención brindada al menor en el Hospital San Blas, fue la que desencadenó su muerte, por haberse configurado dos títulos de imputación, uno, por falla probada del servicio y el otro por falla presunta del servicio de salud.

En cuanto a la falla probada del servicio, se sostiene en la demanda que la responsabilidad de la administración se configura porque no se efectuó el registro en la historia clínica de las deposiciones diarreicas del menor Samuel Andrés Velásquez Ruiz (q.e.p.d.), durante su estancia en el Hospital San Blas II Nivel E.S.E., argumento que no tiene la fuerza suficiente para siquiera pensar que la entidad demandada es responsable del daño alegado.

Según la historia clínica, y los testimonios de los médicos tratantes, incluso de la madre del menor, se tiene que durante la hospitalización del paciente entre los días 10 y 14 de marzo de 2016, el menor ingresó por un cuadro respiratorio asociado con bronquiolitis, el cual fue tratado satisfactoriamente, sin que hubiera presentado deposiciones diarreicas, de hecho, así quedó anotado el último día de su hospitalización, pues el Dr. Luis E. Muñoz Manotas, luego de realizar el examen general al paciente, anotó que no presentaba diarrea y ante la mejoría de su estado general y del cuadro respiratorio ante el destete de oxígeno, se decidió dar salida al menor, aspectos que fue ratificado por él en el testimonio rendido en este asunto, pues aseguró que según la clínica del bebe, no era necesario activar el protocolo médico para enfermedad diarreica.

Ahora, si bien la señora Angie Natalia Ruiz Castiblanco en su interrogatorio aseveró que el 14 de marzo de 2016 su hijo presentaba diarrea, este aspecto fue aclarado por ella misma y rectificado por el Dr. Luis E. Muñoz Manotas, quien una vez practicó el examen físico al menor, evidenció que estaba haciendo deposiciones blandas que, según la escala de heces de Bristol, eran normales de acuerdo a la alimentación dada en el hospital, pues no eran líquidas sino blandas.

De otro lado, asegura la parte actora que la atención brindada al paciente el 17 de marzo 2016 por el personal médico del Hospital San Blas II Nivel ESE, fue

negligente, pues omitió practicar la *lex artis* para el manejo de diarrea en menor de 2 años, específicamente la guía de Atención de Obstetricia y Recién Nacido - Diarrea en Menor de Dos meses, y adujo que, por ese hecho, el paciente no fue debidamente clasificado y derivado a otro servicio por el riesgo inminente que tenía.

Según la Guía de Atención de Obstetricia y Recién Nacido - Diarrea en Menor de Dos meses, publicada por Colombiana de Salud S.A. en julio de 2012, visible a folio 115 del expediente, y que la parte actora aduce fue incumplida, se tiene que la diarrea en infantes menores a dos meses debe clasificarse de la siguiente manera:

9.3. CÓMO CLASIFICAR LA DIARREA

Algunos síntomas principales en el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR incluyen más de un cuadro de clasificación. La diarrea se clasifica según:

- ◆ El estado de hidratación.
- ◆ La duración de la diarrea.
- ◆ La presencia de sangre en las heces

9.3.1. Clasificar la deshidratación

La deshidratación en un niño menor de dos meses con diarrea puede clasificarse de dos maneras posibles:

DESHIDRATACIÓN
 NO TIENE DESHIDRATACIÓN

<p>Dos de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Letárgico o inconsciente • Intranquilo o irritable • Ojos hundidos • Signo de pliegue cutáneo: La piel vuelve lentamente al estado anterior 	DESHIDRATACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Referir URGENTEMENTE al hospital según las normas de estabilización y transporte "REFIERA" ➤ Dar líquidos para la deshidratación, iniciar PLAN B o C según corresponda ➤ Aconsejar a la madre que continúe dando el pecho si es posible
<ul style="list-style-type: none"> • No tiene signos suficientes para clasificarse como deshidratación 	NO TIENE DESHIDRATACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dar lactancia materna exclusiva ➤ Dar recomendaciones para tratar la diarrea en casa (PLAN A), sin iniciar ningún alimento ➤ Suplementación terapéutica con zinc por 14 días ➤ Enseñar a la madre signos de alarma para regresar de inmediato ➤ Enseñar a la madre las medidas preventivas ➤ Hacer seguimiento 2 días después

Según las pruebas, el 17 de marzo de 2016, el menor acudió al Hospital San Blas Nivel II ESE, por presentar cuadro de dos días de deposiciones líquidas amarillas y se negó otro tipo de sintomatología. La madre contó que las deposiciones se cuantificaron en 5 y al examen físico se encontró lactante con peso de 3485 gramos, frecuencia cardíaca 120, saturación de oxígeno 93%, mucosa oral húmeda, abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, por lo que el diagnóstico se estableció como gastroenteritis aguda sin deshidratación.

Teniendo en cuenta lo anterior, es dable concluir que la atención del personal médico del Hospital San Blas II Nivel ESE, para esa fecha, estuvo de acuerdo a la *lex artis*. Esto, por cuanto no es cierto, como afirma la parte actora, que el profesional de la salud no revaloró al paciente, pues según la historia clínica, ratificada en la declaración del Dr. Julio Antonio Boyano Fram, aquel día se le diagnosticó gastroenteritis aguda sin deshidratación, pues no se halló ningún síntoma que indicara que el menor estaba deshidratado, ya que tenía mucosa oral húmeda, sin dificultad para respirar, corazón normal, abdomen blando depresible, buena perfusión distal, hemodinámicamente estable, y aunque tenía deposiciones diarreicas, eran sin moco ni sangre, no tenía fiebre y toleraba la vía oral, por lo que ante la clínica presentada por el infante, se dejó en observación en la que se vio que toleraba la vía oral y se le dio salida para

manejo en casa con medicamento, signos de alarma y recomendaciones, acatando así la guía que se alega incumplida, pues se le dio tratamiento en casa a la enfermedad diarreica presentada por el menor.

Ahora, la parte actora aduce que la responsabilidad del Hospital demandado también se concreta en que su personal médico no dio recomendaciones y signos de alarma claros para que los padres adolescentes reconsultaran por urgencias al egreso hospitalario, aspecto que tampoco se logró probar en este asunto, pues en primer lugar, consta en la historia clínica que en los 2 eventos en que se le dio salida al menor, esto es el 14 y 17 de marzo de 2016, se le dieron las recomendaciones y signos de alarma; y en segundo lugar, los Doctores Luis Enrique Muñoz Manotas y Julio Antonio Boyano Fram, explicaron en este asunto cuales fueron los signos de alarma dados a los padres del menor en aquellas atenciones.

Por ejemplo, el Dr. Julio Antonio Boyano Fram, adujo que cuando consideró dar salida al menor, el 17 de marzo de 2016, tras presentar cuadro de evolución de 2 días de diarrea sin deshidratación, le indicó a la mamá del paciente continuar con la lactancia materna, lavado de manos, el uso del agua hervida, además se le dio un formato que explicaba el cuidado de los niños con diarrea, el cual fue explicado en la consulta a la paciente, y se le dieron los signos de alarma para reconsultar al servicio si el bebé presentaba vómito, si no aceptaba la vía oral, si presentaba dificultad para respirar o estaba somnoliento o letárgico, haciendo hincapié en las deposiciones con moco y con sangre.

Por tanto, aunque en la historia clínica no conste específicamente cuáles fueron los signos de alarma y recomendaciones que se dieron en aquel momento, considera el Despacho que, con el testimonio de los médicos tratantes del menor, se tiene por acreditado que en efecto lo escrito en la historia clínica es verídico, aspecto que tampoco fue puesto en duda por la mamá del paciente en el interrogatorio de parte rendido en el *sub lite*, pues adujo que se le dio salida a su hijo con medicación y que conocía cuáles eran las complicaciones en salud que debía tener en cuenta para reconsultar, pues el menor se observaba en buenas condiciones generales, incluso, afirmó que consideraba que el servicio prestado no lo podía catalogar de deficiente pese a que su hijo se complicara días después.

Así las cosas, al evidenciarse que, para el 17 de marzo de 2016, el personal de salud del Hospital San Blas II Nivel ESE, dio manejo de acuerdo a las guías médicas y a la clínica presentada por el menor Samuel Andrés Velásquez Ruiz (q.e.p.d.), quien para ese momento tenía un cuadro de diarrea de 2 días de evolución, sin otra sintomatología de gravedad, que se encontraba eufórico, afebril, hidratado, sin dificultad para respirar, con signos vitales normales y abdomen blando, depresible y sin dolor, se concluye, entonces, que el servicio de salud brindado por el Hospital demandado, en lo relativo a los actos médicos, fue oportuno, accesible, eficiente y se garantizó el manejo de la sintomatología presentada por el paciente de acuerdo a la *lex artis*, por lo que no se evidencia la falla en el servicio alegada por la parte actora.

De otro lado, la parte actora también sustenta la responsabilidad de las demandadas bajo el título de imputación de falla presunta del servicio, puesto que la causa de la sepsis y falla multiorgánica que llevó a la muerte al menor Samuel Andrés Velásquez Ruiz (q.e.p.d.), fue la infección por Rotavirus que adquirió mientras se encontraba hospitalizado en el Hospital San Blas II Nivel ESE.

De acuerdo a los testimonios médicos practicados en este asunto y las documentales aportadas, se puede afirmar que el Rotavirus es un virus considerado como una de las causas más frecuentes de infección que producen gastroenteritis o diarrea en el mundo, y que es muy frecuente en los niños menores de 5 años, su transmisión se da por contacto vía oral-fecal, y su periodo de incubación se da alrededor de las 24 horas después del contacto con el virus, es decir que transcurrido ese lapso, el menor de edad infectado ya puede presentar síntomas de infección gastrointestinal, como diarrea abundante, fétida y ácida, fiebre o deshidratación, y que su transmisión claramente puede darse a nivel intrahospitalario.

De otro lado, el material probatorio practicado y allegado al expediente también evidencia que la enterocolitis es una afectación en las vías intestinales que genera una inflamación y necrosis (muerte celular) del tejido del colon y del intestino delgado por un acrecimiento bacteriano a través de la mucosa intestinal, producida por diferentes factores y que es más común en niños prematuros y tiene una tasa de mortalidad entre el 20 y el 50%. También se puede afirmar que, aunque el Rotavirus no es la causa única que desencadena esta enfermedad, sí puede facilitar que esta enfermedad aparezca, ya que produce una alteración en las vellosidades intestinales que facilita que llegue otra bacteria y produzca la enterocolitis.

En otras palabras, el hecho de que exista una lesión intestinal causada por el Rotavirus, secundaria a la enfermedad diarreica aguda o gastroenteritis, predispone el organismo a la sobreinfección, facilitando la infección bacteriana que es la principal causa de enterocolitis.

Así también lo ha expresado la ciencia médica, por ejemplo, en el estudio denominado “*Enterocolitis necrosante (enteropatía isquémica aguda), presente más allá de la etapa neonatal, en un hospital pediátrico de Nivel II*”⁷⁴, publicado por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, se concluyó, luego de observar el perfil clínico y paraclínico de los casos de enterocolitis necrosante (ECN) observados durante dos años en el Servicio de lactantes del Hospital de La Misericordia en Bogotá, que la enterocolitis necrosante del lactante es una complicación grave y potencial de la diarrea aguda, por lo que la prevención y el manejo adecuado de los episodios diarreicos disminuyen la probabilidad de que los niños desarrollen ECN. Por lo mismo, se dijo que era altamente posible que virus como el Rotavirus, Sincitial, denovirus, y bacterias como el Neumococo, Haemophilus, Stafilococo, Klebsiella, sean factores necesarios para el desarrollo de esa enfermedad.

Para el Despacho es claro que la infección por Rotavirus que padeció el menor Samuel Andrés Velásquez Ruiz (q.e.p.d.), fue la génesis de la enfermedad que lo ultimó, pues si bien empezó presentando los síntomas de una gastroenteritis sin deshidratación, luego se descubrió que era de origen infeccioso, siendo diagnosticado con enfermedad diarreica aguda por Rotavirus, la cual mutó a una enteritis debida a Rotavirus, que finalmente lo llevó a padecer una enterocolitis necrosante grado III.

Ahora, si bien no existe una prueba directa de que el menor contrajo el Rotavirus mientras estuvo internado en el Hospital San Blass II Nivel ESE, sí existen indicios que corroboran esta hipótesis, por las siguientes razones:

⁷⁴ Artículo científico extraído del siguiente link:
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/download/19457/20431/64050>

En primer lugar, está acreditado que el menor estuvo hospitalizado en el Hospital San Blas II Nivel ESE., desde el 10 al 14 de marzo de 2016, por cuadro de afección respiratoria sin presentar ningún síntoma de diarrea.

En segundo lugar, está acreditado que el familiar de los demandantes inició síntomas de diarrea el 15 de marzo de 2016, es decir, por lo menos 24 horas después de su egreso del Hospital, lo cual se puede advertir en la atención médica del día 17 de ese mes y año, en que se indica que llevaba 2 días presentando diarrea.

En tercer lugar, quedó acreditado que el 18 de marzo de 2016, el menor fue atendido en el Hospital de La Misericordia, por cuadro de diarrea abundante que se salía del pañal, donde se le diagnosticó que tenía una infección por rotavirus.

En cuarto lugar, la infección por rotavirus y los antecedentes del paciente eran factores de riesgo para desarrollar enterocolitis necrotizante.

Y, en quinto lugar, presentó una enterocolitis necrosante secundaria a la infección gastrointestinal por Rotavirus, lo que lo llevó a la muerte el 24 de marzo de 2016.

Con lo anterior, y dado que también quedó demostrado que el Rotavirus solo se puede transmitir de persona a persona, transmisión fecal-oral, con un periodo de incubación promedio de 2 días, y que durante la estancia hospitalaria que cursó entre el 10 y el 14 de marzo de 2016, el personal del Hospital era el encargado de alimentarlo, suministrarle medicación, cambiarle el pañal y supervisar que la madre cumpliera estrictamente las recomendaciones de sanitización para lactar al bebé e ingresar a la Unidad de Cuidados Neonatales donde estaba aislado el menor, es dable afirmar, con alto grado de probabilidad, que el menor Samuel Andrés Velásquez Ruiz (q.e.p.d.), adquirió el Rotavirus en las instalaciones del Hospital San Blas II Nivel ESE, patógeno que a la postre le causó la enfermedad que finalmente llevó a su muerte.

En suma, si bien se sabe que la mamá del menor lo acompañó durante los tiempos de visita autorizados por el Hospital, esto no desvirtúa la anterior conclusión, como quiera que tal como adujeron los médicos y la enfermera del Hospital San Blas II Nivel ESE en este asunto, la señora Angie Natalia Ruiz Castiblanco siempre fue supervisada por el servicio de enfermería en el lavado de manos, cambio de ropa y al momento de lactar a su hijo, por lo que pensar que ella hubiera podido contribuir en el contagio del paciente, no diezma la responsabilidad del Hospital en hacer cumplir estrictamente sus protocolos de sanitización, máxime si se tiene en cuenta el grado de riesgo del recién nacido.

Además, no hay prueba suficiente en el expediente que demuestre que el Hospital San Blas II Nivel ESE aplicó estrictamente los protocolos de limpieza que expusieron los médicos y la enfermera que rindieron declaración en el *sub lite* para determinar que ello no ocurrió así; como tampoco demostró que la infección en cuestión fue adquirida extra-hospitalariamente, es decir, que el paciente ya la presentaba con anterioridad a su ingreso al centro de salud, o por causa extraña o hecho determinante de un tercero.

El personal de salud que declaró en este asunto, en particular el Dr. Luis Enrique Muñoz Manotas, sostuvieron que la hipótesis comprobada por el juzgado, consistente en que el menor Samuel Andrés Velásquez Ruiz (q.e.p.d.), no pudo haberse contagiado del rotavirus durante su estancia en el Hospital San Blas II Nivel ESE, porque de haber sido así se habría presentado un brote

de tal infección, es decir, que se habrían presentado muchos otros casos relacionados con el rotavirus.

El Despacho considera que tal hipótesis es factible, pero de ninguna manera necesaria. Por supuesto que si un paciente menor de edad resulta contagiado con rotavirus existe la posibilidad de que otros pacientes de sus mismas características puedan verse infectados con el mismo patógeno; empero, ese resultado no puede concebirse como algo absolutamente necesario, pues dado que se desconoce con exactitud cuál fue el momento en que se produjo el contagio o las circunstancias que llevaron a su realización, suponer que la transmisión a otros menores era necesaria no deja de ser una suposición. Por ello, el hecho que no se tenga noticia de la existencia de un brote en el servicio de pediatría no significa que lo aquí establecido carezca de respaldo probatorio.

Adicional a lo dicho, la manifestación de la diarrea en el menor Samuel Andrés Velásquez Ruiz (q.e.p.d.), fue casi que inmediatamente salió del Hospital San Blas II Nivel ESE, y fue tanta su severidad que bien puede afirmarse que su periodo de incubación ya se había cumplido, lo que se acredita con el hecho de que tan pronto ingresó al Hospital de La Misericordia fue internado en la unidad de cuidados intensivos neonatales, donde a pesar de los esfuerzos del personal de salud no pudo salvarse la vida.

Así las cosas, dado que las pruebas recabadas llevan a inferir con probabilidad de certeza que el menor Samuel Andrés Velásquez Ruiz (q.e.p.d.), contrajo el Rotavirus mientras estuvo como paciente en el Hospital San Blas II Nivel ESE, entre el 10 y el 14 de marzo de 2016, y que la enfermedad diarreica aguda que le causó el virus finalmente le desencadenó una enterocolitis necrosante que le ocasionó la muerte, el Despacho accederá a las pretensiones de la demanda y declarará la responsabilidad administrativa de la Subred Integrada de Servicio de Salud Centro Oriente E.S.E. – Hospital San Blas II Nivel E.S.E., por el daño antijurídico causado a los demandantes, consistente en el fallecimiento de su familiar por el contagio de la enfermedad nosocomial.

De otro lado, en lo relativo a la responsabilidad de Cafesalud EPS S.A., dirá el Despacho que no se probó que haya puesto trabas de tipo administrativo para la prestación del servicio de salud al paciente, ni restringió el acceso a los procedimientos médicos, exámenes, citas médicas, remisiones, entre otros, por el contrario, las pruebas son indicativas de que la atención en salud fue oportuna e idónea, pues así lo confirmaron los médicos declarantes y la mamá del menor. Por esta razón, se declararán probadas las excepciones denominadas *“Los hechos y las pretensiones de la demanda no son de responsabilidad de Cafesalud EPS S.A., dado el cumplimiento de esta EPS de sus obligaciones como entidad promotora de salud”*, *“Inexistencia de nexo de causalidad en el actuar de Cafesalud EPS S.A. y los presuntos daños que se pretende endilgar a la conducta de mi representada.”*; *“Falta de participación en el acto médico y asistencial por parte de CAFESALUD EPS.”*, *“Actuaciones prudentes y diligentes por parte de los agentes del sistema de salud”* y *“Hecho de un tercero”*, y se negarán las pretensiones en su contra.

6.- Responsabilidad de la llamada en garantía

Sobre la obligación de la llamada en garantía SEGUROS DEL ESTADO S.A., según se acreditó en el proceso, el paciente Samuel Andrés Velásquez Ruiz (q.e.p.d.) fue atendido en el HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL ESE, hoy SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., la cual suscribió la póliza de responsabilidad civil profesional – Clínicas y Hospitales bajo la modalidad Claims Made No. 33-03-101013669.

Si bien es cierto que dicha relación aseguraticia ampara “LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROPIA DE LA CLINICA, HOSPITAL Y/U OTRO TIPO DE ESTABLECIMIENTOS O INSTITUCIONES MEDICAS BAJO LAS LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DESCRITAS EN EL CLAUSULADO GENERAL, INCLUYENDO PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES, ADEMAS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE INCURRA LA ENTIDAD ASEGURADA EXCLUSIVAMENTE COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER ACTO MEDICO DERIVADO DE LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCION EN LA SALUD DE LAS PERSONAS”, debe tenerse en cuenta igualmente que se pactó como exclusión las “RECLAMACIONES POR ORGANISMOS PATOGENICOS (MOHO U HONGOS O SUS ESPORAS, BACTERIAS, ALGAS, MICOTOXINAS Y CUALQUIER OTRO PRODUCTO METABOLICO., ENZIMAS O PROTEINAS SEGREGADAS POR LAS ANTERIORES, BIEN SEA TOXICAS O NO” (Subraya del Despacho).

Por lo anterior, como quiera que la condena que se le impondrá a SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. – HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL ESE, tiene lugar porque la víctima directa contrajo el Rotavirus en sus instalaciones mientras estuvo hospitalizado, el cual es un organismo patogénico, dirá el Despacho que la exclusión se configura en el caso de marras, y por lo mismo no nace la obligación de pagar la indemnización pactada en el contrato de seguro.

Por lo mismo, se declararán probadas las excepciones de “Ausencia de responsabilidad por falta de cobertura del hecho imputado y cobertura exclusiva de los riesgos pactados en la póliza de seguro”, y “De la cobertura ofrecida por Seguros del Estado.”.

7.- Indemnización de perjuicios

Teniendo en cuenta que se declarará la responsabilidad extracontractual en cabeza del HOSPOITAL SAN BLAS II NIVEL ESE, hoy SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E, procede el Despacho a fijar los montos indemnizatorios, de conformidad con lo demandado y teniendo como base lo establecido por la jurisprudencia del Consejo de Estado.

7.1.- Perjuicios morales

La parte actora en el líbello introductorio, solicita el reconocimiento de daños morales en cuantía de 100 SMLMV para la madre y el padre de la víctima directa, 50 SMLMV para la abuela, el abuelo y la bisabuela, y 35 SMLMV para la tía del menor fallecido.

La reparación del daño moral en caso de muerte tiene su fundamento en el dolor o padecimiento que se causa a los familiares y demás personas allegadas del fallecido. Para el efecto se fija como referente en la liquidación del perjuicio moral, los cinco (5) rangos identificados según la jurisprudencia patria así⁷⁵:

REPARACIÓN DEL DAÑO MORAL EN CASO DE MUERTE					
	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
Regla general en el caso de muerte	Relación afectiva conyugal y paterno – filial	Relación afectiva del 2° de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos, nietos)	Relación afectiva del 3er de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4° de consanguinidad o civil.	Relación afectiva no familiar (terceros damnificados)
Porcentaje	100%	50%	35%	25%	15%
Equivalencia en salarios mínimos	100	50	35	25	15

⁷⁵ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera, Sentencia del 28 de agosto de 2014, Exp. 26.251, M.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

En este sentido, el Alto Tribunal, indicó que “Para los niveles 1 y 2 se requerirá la prueba del estado civil o de la convivencia de los compañeros. Para los niveles 3 y 4, además, se requerirá la prueba de la relación afectiva. Para el nivel 5 deberá ser probada la relación afectiva”. Por tanto, se tasarán los daños morales, aplicando los parámetros fijados por el Consejo de Estado.

Así, respecto al parentesco entre los demandantes y el menor SAMUEL ANDRÉS VELÁSQUEZ RUIZ (q.e.p.d.), el Despacho lo encuentra acreditado así: Con el registro civil de nacimiento visible a folio 7 del expediente, se constata que fue hijo de **ANGIE NATAHALIA RUIZ CASTIBLANCO** y **JESÚS ANDRÉS VELÁSQUEZ LOAIZA**. Y, con el registro civil de nacimiento visible a folio 9, se establece que **CLAUDIA MARITZA CASTIBLANCO PENAGOS** y **MAURICIO RUIZ ALEJO**, son sus abuelos maternos.

Ahora, según los parámetros fijados por la jurisprudencia nacional en la tabla anterior, a **ANGIE NATAHALIA RUIZ CASTIBLANCO** y **JESÚS ANDRÉS VELÁSQUEZ LOAIZA**, padres de la víctima directa, se les reconocerá como indemnización por perjuicios morales el equivalente a CIEN SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (100 SMLMV), para cada uno de ellos. Y para **CLAUDIA MARITZA CASTIBLANCO PENAGOS** y **MAURICIO RUIZ ALEJO**, abuelos del fallecido, se les reconocerá por el mismo concepto el equivalente a CINCUENTA SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (50 SMLMV), para cada uno de ellos.

En lo que respecta a los demandantes CAMILA ANDREA RUIZ CASTIBLANCO y RUBIELA OSORIO, tía y bisabuela del menor, respectivamente, el Despacho no les reconocerá ninguna suma de dinero pues tal como se anotó líneas atrás, para los parientes del 3° grado de consanguinidad, no basta probar la relación consanguínea para presumir los perjuicios morales, sino que además se requiere probar la relación afectiva, y como quiera que en el *sub lite* tal relación no se probó, no se reconocerá este daño inmaterial en su favor.

7.2.- Daño a la Salud o a la vida de relación

En el escrito de demanda se solicitó a favor de la señora **ANGIE NATAHALIA RUIZ CASTIBLANCO** el reconocimiento y pago de perjuicios por daño a la vida de relación, en cuantía de 100 SMLMV.

Al respecto se precisa que mediante sentencia fechada el 14 de septiembre de 2011, proferida por la Sección Tercera del Consejo de Estado, fueron incluidos dentro del daño a la salud, entendido como la denominación correcta del perjuicio a indemnizar por tratarse de una afectación a la integridad psicofísica de la persona, que será resarcido siempre que se encuentre acreditado en el proceso su concreción y sea precisa su reparación.

Así las cosas, en atención a que el único daño antijurídico demostrado en el presente caso se concretó en el fallecimiento del menor SAMUEL ANDRÉS VELÁSQUEZ RUIZ (q.e.p.d.), sin que se haya acreditado que su señora madre sufrió afectaciones diferentes a perjuicios morales por el deceso de su bebé, no habrá lugar a indemnizar el daño a la salud reclamado.

De igual forma, se destaca que si bien se aportó un dictamen psicológico practicado a los padres del menor, el mismo no será tenido en cuenta por cuanto la parte actora desistió de su contradicción en audiencia de pruebas de 4 de agosto de 2020, y por ello, al ser una prueba sumaria que los demandados no tuvieron la oportunidad de contradecir, no tiene el mérito suficiente para acreditar que efectivamente el daño que sufrió la señora Ruiz

Castiblanco supero los límites psicológicos que son normales ante este tipo de traumas, como lo es la muerte.

8.- Costas

Si bien el artículo 188 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo prescribe que “*la sentencia dispondrá sobre la condena en costas*”, de ello no se sigue necesariamente que ante un pronunciamiento adverso la parte vencida deba ser condenada en costas. Por tanto, como la parte demandada ejerció su derecho de contradicción sin acudir a maniobras reprochables, el Juzgado no la condenará en costas.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Treinta y Ocho Administrativo Oral – Sección Tercera del Circuito Judicial de Bogotá D.C., administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

F A L L A

PRIMERO: DECLARAR PROBADAS las excepciones denominadas “*Los hechos y las pretensiones de la demanda no son de responsabilidad de Cafesalud EPS S.A., dado el cumplimiento de esta EPS de sus obligaciones como entidad promotora de salud*”, “*Inexistencia de nexo de causalidad en el actuar de Cafesalud EPS S.A. y los presuntos daños que se pretende endilgar a la conducta de mi representada*”, “*Falta de participación en el acto médico y asistencial por parte de CAFESALUD EPS.*”, “*Actuaciones prudentes y diligentes por parte de los agentes del sistema de salud*” y “*Hecho de un tercero*”, formuladas por **CAFESALUD S.A. EPS**. En consecuencia, **DENEGAR** las pretensiones presentadas en su contra.

SEGUNDO: DECLARAR PROBADAS las excepciones denominadas “*Ausencia de responsabilidad por falta de cobertura del hecho imputado y cobertura exclusiva de los riesgos pactados en la póliza de seguro*”, y “*De la cobertura ofrecida por Seguros del Estado.*”, formuladas por la llamada en garantía **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** En consecuencia, **DENEGAR** las pretensiones formuladas por la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**, en el llamamiento en garantía que le hizo a dicha compañía de seguros.

TERCERO: DECLARAR administrativa y extracontractualmente responsable al **HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL ESE**, hoy **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**, por los daños y perjuicios ocasionados a los demandantes, derivados de la infección nosocomial que contrajo el menor SAMUEL ANDRÉS VELÁSQUEZ RUIZ (q.e.p.d.), mientras estuvo internado en las instalaciones del citado Hospital, entre los días 10 y 14 de marzo de 2016, que a la postre le desencadenó una enterocolitis necrosante que le causó la muerte.

CUARTO: CONDENAR al **HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL ESE**, hoy **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**, a pagar a los demandantes las siguientes sumas de dinero:

A **ANGIE NATAHALIA RUIZ CASTIBLANCO** y **JESÚS ANDRÉS VELÁSQUEZ LOAIZA**, en calidad de padres de la víctima directa, la cantidad de CIENTO SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (100 SMLMV), por perjuicios morales, para cada uno de ellos.

A los señores **CLAUDIA MARITZA CASTIBLANCO PENAGOS** y **MAURICIO RUIZ ALEJO**, en calidad de abuelos del fallecido, la suma de dinero equivalente a CINCUENTA SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES

VIGENTES (50 SMLMV), por concepto de perjuicios morales, para cada uno de ellos.

QUINTO: DENEGAR las demás pretensiones de la demanda.

SEXTO: Sin condena en costas.

SÉPTIMO: ORDENAR la liquidación de los gastos procesales, si hay lugar a ello. Una vez cumplido lo anterior **ARCHÍVESE** el expediente dejando las anotaciones del caso.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.

ASDRÚBAL CORREDOR VILLATE
Juez 38 Administrativo Bogotá D.C.

JFAT

Correos electrónicos
Parte demandante: norbeymedicoabogado@outlook.com
Parte demandada: notificacionesjudiciales@subredcentrooriente.gov.co – apoyoprofesionaljuridico5@subredcentrooriente.gov.co , notificacionesjudiciales@cafesalud.com.co – danieleonardoplazas@hotmail.com – jhonny.neisa.abogado@gmail.com , claracsperalta@yahoo.es
Ministerio Público: mferreira@procuraduria.gov.co ;

Firmado Por:

Henry Asdrubal Corredor Villate
Juez Circuito
Juzgado Administrativo
038
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **2cd3600b576eaba3a5ce4559a3eda386cf76d781366c5d2f3d636200144874be**
 Documento generado en 24/05/2022 04:07:12 PM

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