

# REPÚBLICA DE COLOMBIA



## JUZGADO QUINTO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE CALI

Santiago de Cali, febrero catorce (14) de dos mil diecisiete (2017).

SENTENCIA No. 23

Radicación Número: 76001-3333-005-2014-00052-00  
Actor MARÍA NANCY CADENA MEJÍA Y OTROS  
Demandado RED SALUD DE LADERA E. S. E.  
Medio de control ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA  
Juez CARLOS ENRIQUE PALACIOS ÁLVAREZ

Procede el despacho a decidir en primera instancia la acción de Reparación Directa, según demanda que fuera instaurada por BLANCA ANDREA CADENA BEDOYA, en nombre propio y en representación de su menor hija DARLYN DAYANA ROJAS CADENA; DOMICIANO ALFREDO CADENA YELA; ANA LUISA BEDOYA MEJÍA; ALEXANDRA CADENA BEDOYA<sup>1</sup>; MARÍA NANCY CADENA MEJÍA y JOSÉ FERNANDO CADENA BEDOYA, en contra de la RED DE SALUD LADERA E. S. E., EPS EMSSANAR y el HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE, con ocasión del fallecimiento del menor BRAYAN STEVEN TORRES CADENA, por presunta “*mala atención*” recibida en dichos establecimientos de salud.

### 1. LAS PRETENSIONES

- 1.1. DECLARAR a los demandados RED SALUD DE LADERA E. S. E. adscrita a la Secretaría de Salud del Municipio de SANTIAGO DE CALI y la EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSANAR ESS y el HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE, responsables por los perjuicios morales, a la salud, materiales (daño emergente y lucro cesante), causados con ocasión de la negligencia en la que incurrieron durante la prestación del servicio de salud requerido por el niño BRAYAN STEVEN TORRES CADENA.
- 1.2. ORDENAR A LOS DEMANDADOS EN LA FORMA Y FECHA DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN POR PERJUICIOS causados por la angustia,

---

<sup>1</sup> Folios 3 al 128 Cuaderno No. 1

zozobra, afectación psicológica, daños a la vida de la familia, temores generados a la convocante y a su familia como consecuencia de la omisión por falla en el diagnóstico y falta en la prestación del servicio de salud al niño BRAYAN STEVEN TORRES CADENA, se totalizan como PERJUICIOS MORALES: 500 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

### 1.3. PERJUICIOS MATERIALES

Lucro cesante: 571 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

## 2. HECHOS

Las pretensiones formuladas tuvieron como fundamento fáctico el siguiente:

- 2.1. El menor de 8 años de edad y estudiante de segundo grado del Colegio EUSTAQUIO PALACIOS, que gozaba de condiciones físicas y síquicas normales, BRAYAN STEVEN TORRES CADENA, tenía una familia conformada por su señora madre BLANCA ANDREA CADENA BEDOYA y hermana DARLY DAYANA ROJAS CADENA; abuelos maternos DOMICIANO ALFREDO CADENA y ANA LUISA BEDOYA; sus tíos maternos MARÍA NANCY CADENA; ALEXANDRA CADENA BEDOYA y JOSÉ FERNANDO CADENA BEDOYA, se encontraba adscrito a la EPS - EMSSANAR ESS y el 17 de diciembre de 2012, jugando, se golpea contra un muro.
- 2.2. El día 18 de diciembre de 2011, presenta un fuerte dolor en la cadera izquierda en la cual se le visualiza edema e inflamación y se diagnostica con trauma de cadera izquierda por parte de la doctora CAROLINA GIRALDO M., Médica adscrita a la RED LADERA ESE y le formula DICLOFENACO de 75 mg.
- 2.3. Nuevamente es llevado a la RED LADERA ESE el 19 de diciembre de 2011. Al verlo la doctora YENSI ARIAS advierte que no se encuentran fracturas ni luxaciones y nuevamente diagnostica trauma de cadera izquierda, sin limitación funcional. Le formula DICLOFENACO, NAPROXENO y le recomienda quietud, ante el dolor que padecía el menor.

- 2.4. Como el dolor se convirtió en insoportable y presentaba fiebre, el día 21 de diciembre de 2011, lo lleva nuevamente ante la RED DE SALUD LADERA, en la madrugada del día 22 de diciembre de dicho año y se diagnostica por parte del doctor ROBERTO ZAPATA, trauma en la región glútea y lumbar y dolor generalizado con predominio en el lado izquierdo, por lo cual se informa es remitido al Hospital Universitario del Valle donde fallece.
- 2.5. A la 1: 57 a. m. y a las 3 01 a.m., el doctor ROBERTO ZAPATA con base en parámetros físicos errados (persona de talla 1,65 cm y 67 kg de peso), se reporta dolor en MIS. Revisión por el Sistema Todo normal. Genitourinario no se examina, no obstante al solicitar cuadro hemático aparecen plaquetas 46 y se ordena remitirlo al Hospital Universitario del Valle con Código 825TO, con base en un diagnóstico DENGUEC o HEPATITIS. La remisión dice trauma de cadera hace 4 días, fiebre xxx, dolor generalizado, petequias, abdomen tenso – doloroso, escleras ictericas. Dolor abdominal. Formula DICLOFENAC IM, DIPIRONA, METOCLOPRAMIDA.
- 2.6. En el Hospital Universitario del Valle, registra malas condiciones con hallazgos clínicos de shock séptico que puede sugerir stafilococemia, traumatismo de 5 días, se reanima hídrica, antibióticos de amplio espectro y soporte inotrópico. Pronóstico incierto alto riesgo de mortalidad UCI PEDIÁTRICA. Se inicia MILRINONE, NOREPINEFRINA y OMEPRAZOL, hemorragia de vías respiratorias altas, dificultad respiratoria, trauma lumbosacro. A las 10 15 fallece por paro cardio respiratorio. El error de la E. S. E. LADERA es evidente porque 2 horas antes de llegar al Hospital Universitario del Valle no registra anormalidades, no obstante el estado grave del paciente.
- 2.7. Los familiares de BRAYAN STEVEN han debido soportar perjuicios morales por valor equivalente a 500 salarios mínimos legales mensuales vigentes, por no tratar con respeto su vida, los materiales los tasa en 571 salarios mínimos legales mensuales vigentes por expectativas de vida hasta los 70 años;
- 2.8. Se tramitó conciliación prejudicial a cuya audiencia no concurrieron las partes Hospital Universitario del Valle ni el Municipio de Santiago de CALI.

### 3. LA OPOSICIÓN DE LA ENTIDAD DEMANDADA

- 3.1. La ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR E. S. S., frente a los hechos de la demanda manifiesta<sup>2</sup> no le consta ninguno y que se remite a lo planteado en la Historia Clínica; al paso que frente a la eventual responsabilidad que pueda surgir precisa que por virtud de contratos que celebró como EPS con las IPS RED SALUD LADERA y HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE, no lo es.
- 3.2. El HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE, por su parte refiere<sup>3</sup> frente a los hechos de la demanda que el estado de salud (shock séptico) en el cual llegó el niño BRAYAN STEVEN TORRES CADENA, a dicho Hospital, era de bastante gravedad y que apenas alcanzó a durar hospitalizado en tales condiciones alrededor de 7 horas, sobreviniéndole la muerte a causa de dicha circunstancia, motivo que invoca además para afirmar la ausencia de responsabilidad de su parte, sobre la base de ausencia de la falla del servicio, planteada con sustento en el principio de que a lo imposible nadie está obligado y en la jurisprudencia al respecto emitida por parte del Consejo de Estado.
- 3.3. La RED SALUD DE LADERA ESE menciona<sup>4</sup> frente a los hechos invocados en la demanda que la consulta realizada por el menor en compañía de su madre durante los días 18 y 19 de diciembre de 2011, refiere dolor en cadera izquierda; al paso que en la consulta del día 22 de diciembre de 2011 ya refiere dolor generalizado, sin que exista evidencia de consulta durante los días 20 y 21 de diciembre de 2011, no obstante la intensidad de los síntomas. Los exámenes de laboratorio ordenados al momento de la última consulta producida sobre las consultas, arrojan como resultado leucopenia y trombocitopenia y al reevaluar al paciente mencionan dolor a la palpación en abdomen y de ahí concluye ausencia de responsabilidad por cuanto se atendió de conformidad en cada consulta incluyendo la última en la que debió remitirse a otro centro asistencial; con sustento en lo cual plantea las excepciones de inexistencia de la obligación e inexistencia del nexo causal.

---

<sup>2</sup> Folios 86 al 127 Cuaderno No. 1

<sup>3</sup> Folios 129 al 148 Cuaderno No. 1

<sup>4</sup> Folios 160 al 188 Cuaderno No. 1

- 3.4. LA PREVISORA S. A. llamada en garantía, con relación a los hechos menciona<sup>5</sup> que no le consta y por ello se atiene a lo probado dentro del proceso e insiste en la argumentación planteada por el HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE, dado que considera que dicha entidad actuó de conformidad con el estado de salud que en ese momento presentaba el paciente BRAYAN STEVEN TORRES CADENA y realizó todos los procedimientos a su alcance para procurar salvar su vida. En cuanto a la póliza de seguro afirma que ampara la institución más no así a los médicos individualmente considerados.
- 3.5. LIBERTY SEGUROS S. A. llamada en garantía por la RED SALUD LADERA, señala por su parte<sup>6</sup> que la póliza suscrita ampara los hechos ocurridos hasta por un valor total asegurado de \$500.000.000 e incluye responsabilidad profesional, predio, labores y operaciones.

#### 4. TRÁMITE DE LA ACTUACIÓN:

Mediante auto de julio 14 de 2014, la demanda fue admitida<sup>7</sup>. Una vez notificada, el HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE y la RED SALUD LADERA llamaron en garantía respectivamente a LA PREVISORA S. A. y LIBERTY SEGUROS S. A.<sup>8</sup>

La Audiencia Inicial se adelantó el primero de abril de 2016<sup>9</sup>, dentro de la cual se verificó el saneamiento procesal, la decisión acerca de excepciones previas, se fijó el litigio, se declaró fallida la probabilidad de conciliar y se dispuso la práctica de pruebas.

La Audiencia de práctica de pruebas se desplegó durante mayo 24, junio 10, julio 8 y octubre 25 de 2016<sup>10</sup>, dentro de esta última diligencia se corrió traslado para alegar de conclusión.

---

<sup>5</sup> Folios 1 al 17 Cuaderno No. 3

<sup>6</sup> Folios 1 al 24 Cuaderno No. 2

<sup>7</sup> Folios 73 y 74 frente y vuelto Cuaderno Principal Cuaderno No. 1

<sup>8</sup> Ver constancia secretarial a folio 197 Cuaderno No. 1

<sup>9</sup> Folios 212 al 217 frente y vuelto Cuaderno No. 1

<sup>10</sup> Folios 243 al 247, cd a folio 248, 285 al 288 y cd a folio 289,302 al 306 y cd al folio 307, 323 al 326 y cd a folio 327 Cuaderno No. 1

## 5. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

- 5.1. Parte Demandante: No presentó oportunamente los alegatos de conclusión<sup>11</sup>.
- 5.2. Parte demandada EMSSANAR ESS: Insiste<sup>12</sup> en la argumentación planteada en la contestación de la demanda acerca de la ausencia de participación de la familia de la víctima en los hechos materia de análisis, con sustento en lo cual solicita exoneración de responsabilidad, sumado a la circunstancia de que se trata de un ente administrativo que tenía el servicio de salud contratado con la RED SALUD LADERA y el HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE.
- 5.3. Parte demandada RED DE SALUD LADERA: Insiste<sup>13</sup> en los diversos motivos de consulta planteados por el menor fallecido en compañía de su señora madre, que no arrojaban claridad acerca de la posibilidad de brindar tratamiento diferente al realizado por parte de la entidad y en la tardanza de la madre en presentar nuevamente el niño a recibir atención médica, para cuyos efectos se remite a los reportes de la Historia Clínica.
- 5.4. Llamado en garantía LIBERTY SEGUROS S. A., después de realizar un análisis detallado de los síntomas precisados en la Historia Clínica del paciente menor de edad fallecido<sup>14</sup>, insiste en afirmar que solo cuando llegó en estado crítico el paciente fue posible ordenar su remisión ante un hospital de mayor nivel de atención y acorde con la sintomatología se fue periódicamente brindando tratamiento con medicamentos. Cita además el objeto de la póliza asegurado y nuevamente el costo amparado en forma textual.
- 5.5. Parte demandada HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE insiste<sup>15</sup> en que no se ha probado la relación de causalidad adecuada entre el daño padecido probablemente por el menor BRAYAN STEVEN TORRES CADENA y la atención que se le brindó como paciente, dado el estado de shock séptico estafilococo con el cual llegó a requerir servicios

---

<sup>11</sup> Folios 390 y 393 al 407 Cuaderno No. 1

<sup>12</sup> Folios 328 al 334 Cuaderno No. 1

<sup>13</sup> Folios 367 al 372 Cuaderno No. 1

<sup>14</sup> Folios 345 al 366 Cuaderno No. 1

<sup>15</sup> Folios 335 al 344 Cuaderno No. 1

médicos, por lo cual mal se puede afirmar falla del servicio atribuible en su contra.

- 5.6. Llamado en garantía LA PREVISORA S. A. señala el escrito<sup>16</sup> que no existe prueba de la falla del servicio atribuida al Hospital y por tanto no se lo puede responsabilizar de nada, ante la falta de relación de causalidad adecuada entre la enfermedad padecida con la cual ingresó a tal hospital y el perjuicio atribuido.

## **6. CONSIDERACIONES DEL JUZGADO**

### **6.1. CUESTIÓN PREVIA**

#### **6.1 COMPETENCIA**

El Despacho es competente para conocer del asunto, en razón del artículo 155 numeral 6 de la Ley 1437 de 2011, en cuanto ninguna de las pretensiones excede los 500 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

#### **6.2. DECISIÓN SOBRE LAS EXCEPCIONES PLANTEADAS**

Los medios exceptivos propuestos por la parte demandada EMMSANAR E. S. E. apuntan a demostrar que el menor BRAYAN STEVEN TORRES CADENA tuvo acceso a la salud por parte de EMSSANAR E. S. E., motivo por el cual afirma ausencia de falla de servicio y por consiguiente de relación de causalidad adecuada para responsabilizarla. Adicionalmente refiere que carece de responsabilidad en cuanto no presta servicios médico asistenciales directamente sino que estos son contratados y prestados por RED DE SALUD LADERA y el HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE, que prácticamente es la argumentación de fondo planteada en la contestación de la demanda y luego en los alegatos de conclusión, de manera que tales temas serán decididos al analizar de fondo el material probatorio allegado.

La RED DE SALUD LADERA, por su parte se refiere a carencia de causa e inexistencia de obligación y a inexistencia de causal e innominada, que pretenden afirmar la ausencia de responsabilidad de la entidad en los hechos, tema que va

---

<sup>16</sup> Folios 373 al 389 Cuaderno No. 1

íntimamente relacionado con el análisis probatorio que al respecto desarrolle el Despacho.

LIBERTY SEGUROS por su parte plantea inexistencia de nexo causal, por el hecho de que el menor fallecido se lesionó a causa de un golpe con un filo de una pared y esa lesión fue la que a la postre derivó en enfermedad que le causó la muerte al menor BRAYAN STEVEN TORRES CADENA y que no puede haber responsabilidad solidaria, cuando las médicas que atendieron al paciente lo hicieron en forma adecuada. De otra parte plantea la necesidad de delimitar la cuantía máxima de la indemnización, inexistencia de la obligación y cobro de lo no debido que se refieren a la posibilidad o no de prosperar las pretensiones en la cuantía reclamada tema que solo es factible determinarlo al momento de efectuar el análisis de las pruebas allegadas al proceso.

En sentido similar pero relacionado con el estado de shock con el que llegó el paciente a requerir atención médica, se pronuncia el HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE, para plantear ausencia de culpa, inexistencia de responsabilidad, inexistencia de nexo causal, cumplimiento de la obligación de medio brindada, ausencia de elementos estructurales para determinar la responsabilidad, caso fortuito y solicitud exagerada de pretensiones, que no obstante la variación en denominación, en síntesis todos apuntan a enervar la responsabilidad que le asistiría.

LA PREVISORA S. A., no planteó excepciones.

De conformidad con lo expuesto, todos los medios exceptivos propuestos, apuntan a analizar el material probatorio en torno al fondo del asunto, razón por la cual se pasa a examinar el problema jurídico que nos ocupa.

### **6.3. PROBLEMA JURÍDICO**

Conforme al acontecer procesal, para resolver de fondo el presente medio de control y teniendo en cuenta la fijación del litigio efectuada en la audiencia inicial, debe el Juzgado determinar si las entidades demandadas RED SALUD LADERA, el HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE y la EPS EMSSANAR, conjuntamente con las aseguradoras llamadas en garantía LA PREVISORA S. A. y LIBERTY SEGUROS en la proporción que les corresponda, son responsables administrativa

y extracontractualmente por los presuntos daños causados a la señora MARÍA NANCY CADENA MEJÍA y demás demandantes, debido a la ausencia de atención médica idónea y eficaz que no se le brindó al menor BRAYAN STEVEN TORRES CADENA, con ocasión de consulta por dolores intensos a la altura de su cadera izquierda y luego en todo su cuerpo, situación que lo llevó a su fallecimiento, según hechos ocurridos durante el mes de diciembre de 2012.

#### **6.4. DESARROLLO DEL PROBLEMA JURÍDICO PLANTEADO**

Para resolver el problema jurídico antes planteado, se procederá a:

- (i) Realizar un análisis sobre la responsabilidad extracontractual del Estado en general, el daño antijurídico y su imputabilidad al mismo;
- (ii) Estudiar las causales eximentes de responsabilidad, enfocándose en las relativas a fuerza mayor, hecho exclusivo y determinante de un tercero y culpa de la víctima planteados en síntesis a través de las contestaciones de la demanda;
- (iii) Plasmar consideraciones sobre la responsabilidad patrimonial del estado por daños derivados de la prestación del servicio médico asistencial;
- (iv) Efectuar un análisis del acervo probatorio; y,
- (v) Con base en el análisis probatorio, determinar si en el **caso concreto**, a los demandantes le asiste o no el derecho reclamado.

#### **7. RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL DEL ESTADO – DAÑO ANTIJURIDICO E IMPUTABILIDAD**

Como primera medida, obligatorio es recordar que el artículo 90 de la Constitución Política, establece un principio general de responsabilidad patrimonial extracontractual en cabeza del Estado, principio que a su vez está fundamentado en la noción de daño antijurídico, (entendido éste como aquel que la víctima no tiene la obligación de soportar) y la imputabilidad del mismo al Estado.

El Consejo de Estado al respecto sostuvo en sentencia de enero 28 de 2015<sup>17</sup>, con ponencia del doctor JAIME ORLANDO SANTOFIMIO:

*“(...) Con la Carta Política de 1991 se produjo la “constitucionalización” de la responsabilidad del Estado y se erigió como garantía de los derechos e intereses de los administrados y de su patrimonio, sin distinguir su condición, situación e interés. De esta forma se reivindica el sustento doctrinal según el cual la “acción administrativa se ejerce en interés de todos: si los daños que resultan de ella, para algunos, no fuesen reparados, éstos serían sacrificados por la colectividad, sin que nada pueda justificar tal discriminación; la indemnización restablece el equilibrio roto en detrimento de ellos”. Como bien se sostiene en la doctrina: “La responsabilidad de la Administración, en cambio, se articula como una garantía de los ciudadanos, pero no como una potestad; los daños cubiertos por la responsabilidad administrativa no son deliberadamente causados por la Administración por exigencia del interés general, no aparecen como un medio necesario para la consecución del fin público (...)”*

La jurisprudencia ha definido varios títulos de imputación de responsabilidad extracontractual del Estado, valga decir, *falla del servicio*, *riesgo excepcional* y *daño especial*, cuyo contenido emana de actuaciones estatales diferentes, y por ende se desarrollan de distinta forma y poseen reglas y requisitos distintos para su configuración. Cada una de estas formas mediante las cuales se desarrollan, constituyen los denominados regímenes de imputación, que bien pueden ser objetivos o subjetivos.

El régimen objetivo, es aquel en el cual no se evalúa la conducta estatal para determinar su responsabilidad, sino que lo determinante es el daño y su antijuridicidad, siendo atribuible a los títulos de imputación de *daño especial* y *riesgo excepcional*.

El régimen subjetivo, es aquel en el cual sí es determinante la conducta estatal, pues solo existirá responsabilidad cuando esta sea fallida, tardía, imprudente, irregular, valga decir, reprochable; razón por la cual, el elemento esencial para establecer responsabilidad, cuando estamos frente al régimen subjetivo, es la estructuración de la culpabilidad, por parte del agente estatal bajo el título de falla del servicio.

Sobre la aplicación de los títulos de imputación, el Consejo de Estado en reiterada jurisprudencia ha manifestado<sup>18</sup>:

*“(...) En lo que refiere al derecho de daños, como se dijo previamente, se observa que el modelo de responsabilidad estatal establecido en la Constitución de 1991 **no privilegió ningún régimen en particular, sino que dejó en manos del juez la labor de definir, frente a cada caso concreto, la construcción de una motivación que consulte razones, tanto fácticas como***

<sup>17</sup> Radicación No. 05001233100020020348701 (32912). Actor: DARÍO DE JESÚS JIMÉNEZ GIRALDO Y OTROS. Demandado: La Nación – Ministerio de Defensa Nacional – Ejército Nacional

<sup>18</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, subsección A, sentencia del 12 de marzo de 2014. Radicación número: 68001-23-15-000-1998-00405-01(30648), C.P. Mauricio Fajardo Gomez.

**jurídicas que den sustento a la decisión que habrá de adoptar.** Por ello, la jurisdicción contenciosa ha dado cabida a la adopción de diversos “títulos de imputación” como una manera práctica de justificar y encuadrar la solución de los casos puestos a su consideración, desde una perspectiva constitucional y legal, **sin que ello signifique que pueda entenderse que exista un mandato constitucional que imponga al juez la obligación de utilizar frente a determinadas situaciones fácticas un determinado y exclusivo título de imputación.**

“En consecuencia, el uso de tales títulos por parte del juez debe hallarse en consonancia con la realidad probatoria que se le ponga de presente en cada evento, de manera que la solución obtenida consulte realmente los principios constitucionales que rigen la materia de la responsabilidad extracontractual del Estado, tal y como se explicó previamente en esta providencia” (Se resalta).

En este orden de ideas, de conformidad con el acontecer fáctico y la jurisprudencia reseñada, considera el Despacho que el título de imputación que inicialmente resulta aplicable al presente asunto, es el de falla en el servicio, siendo este el título de imputación preferente, aunado a que la parte actora pretende el resarcimiento de los daños presuntamente ocasionados por la conducta omisiva y negligente de las entidades demandadas, al momento de brindar la atención médica del paciente BRAYAN STEVEN TORRES CADENA, situación que al parecer resultó dañina para la salud del mismo hasta el punto de producirse su fallecimiento justo por las deficiencias en el tratamiento impartido.

De otra parte, los elementos que sirven de fundamento a la responsabilidad son esencialmente el daño y su imputación a la administración; siendo el daño, el primero de ellos y por tanto, es necesario aclarar que este debe tener el carácter de antijurídico. Sobre este tema, el Consejo de Estado ha Considerado<sup>19</sup>:

*“(...) El daño constituye el primer elemento o supuesto de la responsabilidad, cuya inexistencia, o falta de prueba, hace inocuo el estudio de la imputación frente a la entidad demandada; esto es, ante la ausencia de daño se torna estéril cualquier otro análisis, comoquiera que es el umbral mismo de la responsabilidad extracontractual del Estado.*

**“Así las cosas, el daño se refiere a aquel evento en el cual se causa un detrimento o menoscabo, es decir, cuando se lesionan los intereses de una persona en cualquiera de sus órbitas, es “la ofensa o lesión de un derecho o de un bien jurídico cualquiera”<sup>20</sup>**

*“(...) es pertinente señalar, que la constatación de éste no es suficiente para que se proceda a su indemnización; en efecto, el daño debe ser cualificado para que sea relevante en el mundo jurídico, por ello la Constitución Política en el artículo 90 señala que “el Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas” (Se resalta).*

Sobre la antijuridicidad del daño, esta misma providencia puntualizó:

<sup>19</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, subsección C, sentencia del 10 de septiembre de 2014. Radicación número: 05001-23-31-000-1991-06952-01(29590), C.P. Enrique Gil Botero.

<sup>20</sup> ORGAZ Alfredo. El daño resarcible. 2ª Edición. Ed. Bibliográfica Omeba, Buenos Aires. Pág. 36. En ese mismo sentido VÁSQUEZ Ferreira Roberto en su obra Responsabilidad por daños. Ed. Depalma, Buenos Aires. Pág. 174 lo definió así: “El daño es la lesión a un interés jurídico.”

*“(...) La antijuridicidad<sup>21</sup> se refiere a aquello que no se tiene la obligación de padecer, al evento que es “contrario a derecho”<sup>22</sup>, “es la contradicción entre la conducta del sujeto y el ordenamiento jurídico aprehendido en su totalidad”<sup>23</sup>, ello se refiere a que se desconozca cualquier disposición normativa del compendio normativo, sin importar la materia o la rama del derecho que se vulnera, puesto que la transgresión a cualquiera de ellas, genera la antijuridicidad del daño<sup>24</sup> .*

*“En ese orden, la antijuridicidad puede ser estudiada en el plano formal y en el material: el primero de ellos se evidencia con la simple constatación de la vulneración a una norma jurídica, y el segundo se refiere a la lesión que se produce con esa vulneración, en los derechos de un tercero<sup>25</sup>, aspectos que deben estar presentes para que el daño sea indemnizable.*

*“Sin embargo, es preciso señalar que no sólo es antijurídico el daño cuando se vulnera una norma jurídica, sino también aquel que atenta contra un bien jurídicamente protegido, en palabras de ROBERTO VÁSQUEZ FERREYRA, “la antijuridicidad supone una contradicción con el ordenamiento, comprensivo éste de las leyes, las costumbres, los principios jurídicos estrictos dimanantes del sistema y hasta las reglas del orden natural. En esta formulación amplia caben los atentados al orden público, las buenas costumbres, la buena fe, los principios generales del derecho y hasta el ejercicio abusivo de los derechos<sup>26</sup>(...)”<sup>27</sup>.”*

En síntesis, el daño objeto de reparación se configura cuando:

- i) Tiene el carácter de antijurídico;**
- ii) Se trasgrede un derecho, bien o interés protegido por el ordenamiento; y**
- iii) Posee una connotación cierta, valga decir, que se pueda apreciar materialmente y no sea un simple supuesto.**

Existe entonces responsabilidad estatal, cuando se configura un daño de carácter antijurídico, atendiendo a que el sujeto que lo sufre, no tiene el deber jurídico de soportar el perjuicio, y una vez verificada la ocurrencia de un daño de esta índole, surge el deber de indemnizarlo plenamente, siempre y cuando este sea imputable al Estado. Se aclara además que el resarcimiento debe ser proporcional al daño sufrido.

---

<sup>21</sup> Término que ha sido aceptado por un sector de la doctrina como sinónimo de injusto, y en ciertos eventos de ilícito.

<sup>22</sup> BUSTOS Lago José Manuel, Ob. cit. Pág. 45.

<sup>23</sup> Nota del original: “Cfr. BUERES, A. J.: <<El daño injusto y la licitud>> op. Cit., p. 149. En el mismo sentido, entre otros, RODRIGUEZ MOURULLO, G.: Derecho Penal. Parte General, op cit., p. 343: <<Para la determinación de la antijuridicidad resulta decisivo el ordenamiento jurídico en su conjunto>>”. BUSTOS Lago José Manuel. Ob. cit. Pág. 50.

<sup>24</sup> Sobre el concepto de daño antijurídico resulta ilustrativo, la breve reseña que sobre el mismo presentó, VÁSQUEZ Ferreira Roberto. Ob. cit. Pág. 128.: “En una primera aproximación, Compagnucci de Caso define a la antijuridicidad como “el acto contrario a derecho, considerado este último concepto como una concepción totalizadora del plexo normativo.”

“Gschnitzer entiende por antijuridicidad “una infracción de una norma, ley, contrato, ya norma expresa, ya atentado a la finalidad que la norma persiga o lesiones principios superiores”.

“En el campo penal, Mezger define la antijuridicidad –injusto- como el juicio impersonal- objetivo sobre la contradicción existente entre el hecho y el ordenamiento jurídico.”

<sup>25</sup> BUSTOS Lago José Manuel. Ob. Cit. Pág. 51 a 52.

<sup>26</sup> Nota del original: “así lo expusimos en nuestra obra *La obligación de seguridad en la responsabilidad civil y ley de contrato de trabajo*” ED. Vélez Sarsfield, Rosario, 1988, p.67. Ver también Alberto Bueres en *El daño injusto y la licitud...*, ob. cit., p. 149, y Omar Barbero, *Daños y perjuicios derivados del divorcio*, Edit. Astrea, Bs. As., 1977, p. 106.”

<sup>27</sup> VÁSQUEZ Ferreira Roberto. Ob. cit. Pág. 131.

Sobre la imputabilidad, basta mencionar que se trata del componente que permite atribuir jurídicamente un daño a un sujeto determinado.

En el caso concreto, se acusa a la administración en cabeza de la RED DE SALUD LADERA, HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE y la EPS EMSSALUD, junto con los llamados en garantía LA PREVISORA S. A. y SERGUROS LIBERTY S. A., por no atender en debida forma los deberes que le asistían de brindar un tratamiento adecuado que permitiera superar los problemas de salud padecidos por el menor BRAYAN STEVEN TORRES CADENA como consecuencia de un golpe que recibió en una de sus caderas, lo que a su vez le produjo daños en todo su cuerpo hasta producirse su deceso.

En conclusión, según la argumentación planteada inicialmente, tenemos que entrar a definir si son responsables o no los demandados, por omitir el deber de brindar a la víctima citada asistencia médica adecuada, la cual le era exigible, justamente por haberlo atendido desde el momento en el cual se produjo la lesión a la cual le sobrevino por déficit de atención la muerte. Así mismo, se debe entrar a su vez a establecer si le asiste o no el deber de reparar económicamente tanto a la señora MARÍA NANCY CADENA MEJÍA, como a los familiares eventualmente afectadas por daños o perjuicios, como consecuencia de la omisión en la atención médica; se insiste debido al inadecuado tratamiento.

#### **7.1. CAUSALES EXIMENTES DE RESPONSABILIDAD - CULPA EXCLUSIVA DE LA VICTIMA**

Adicionalmente el Despacho considera prudente enunciar que existen situaciones mejor conocidas como causales que eximen de responsabilidad al Estado, a pesar de configurarse un daño antijurídico y de existir un nexo causal entre este y el actuar activo o pasivo de la administración, a saber:

- i)** El caso fortuito (a excepción del título de imputación de riesgo)
- ii)** La fuerza mayor
- iii)** El hecho exclusivo y determinante de un tercero y,
- iv)** Culpa exclusiva de la víctima.

Estas circunstancias, dan lugar a que sea imposible imputar jurídicamente, responsabilidad al Estado por los daños ocasionados objeto de la controversia

judicial. Sobre la causal de exoneración de responsabilidad denominada “culpa exclusiva de la víctima”, el Consejo de Estado ha dicho<sup>28</sup>:

*“(…) Desde la mirada de la responsabilidad de la administración, para que opere la causal de hecho exclusivo y determinante de un tercero o de la víctima como eximente de responsabilidad, en cada caso concreto **se debe verificar, si el proceder —activo u omisivo— de aquélla tuvo, o no, injerencia y en qué medida, en la producción del daño. En ese orden de ideas, resulta dable concluir que para que el hecho de la víctima tenga plenos efectos liberadores de la responsabilidad estatal, es necesario que la conducta desplegada por la víctima sea tanto causa del daño, como la raíz determinante del mismo, es decir, que se trate de la causa adecuada, pues en el evento de resultar catalogable como una concausa en la producción del daño, no eximirá al demandado de su responsabilidad y, por ende, del deber de indemnizar, aunque, eso sí, su reparación estará rebajada en proporción a la participación de la víctima***<sup>29</sup>.” (Se resalta).

Se concluye de lo anterior, que para la configuración de la culpa exclusiva de la víctima como causal de exoneración de la Administración, esta deberá acreditar que el comportamiento de la persona afectada (valga decir, su propio hecho), fue decisivo, determinante y exclusivo o único en la producción del daño cuya reparación se solicita.

Siguiendo tales lineamientos, la misma corporación en sentencia de septiembre 14 de 2011, con ponencia del doctor ENRIQUE GIL BOTERO, consideró:

*“(…) Sin embargo, la culpa exclusiva de la víctima o el hecho de un tercero, por regla general, como lo ha aceptado la doctrina, no requieren para su configuración que se pruebe su imprevisibilidad e irresistibilidad.*

*“Al respecto, la Sala ha expuesto:*

*“Sobre el particular, debe advertirse que los propios hermanos Mazeaud rectificaron la doctrina que sobre el particular habían trazado en su obra “Lecciones de Derecho Civil” (1960), cuando en su tratado de “Responsabilidad Civil” (1963), en relación con la materia objeto de análisis manifestaron:*

*“1462. ¿Debe ser imprevisible e irresistible el hecho de la víctima? – La irresistibilidad y la imprevisibilidad son, por lo general, consideradas como necesarias para que haya fuerza mayor; pero no para que el hecho de la víctima sea una causa liberatoria. Desde el momento en que el hecho no es imputable al demandado, eso basta. No cabría obligar al demandado, según se dice, a precaverse contra los hechos de la víctima, como no cabe obligarse a que se prevenga en contra de los acontecimientos naturales.”*<sup>30</sup> (Negrillas de la Sala).

*“Lo anterior no quiere significar en modo alguno, **que el hecho de la víctima en ocasiones pueda ser total o parcial, en cuanto se refiere a la materialización del resultado dañoso,** motivo por el cual será el juez quien en cada caso concreto el que valorará el curso o cursos causales existentes, para determinar la*

<sup>28</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, subsección B, sentencia del 27 de marzo de 2014. Radicación número: 41001-23-31-000-1993-07062-01(22597), C.P. Danilo Rojas Betancourth.

<sup>29</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C, C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa, sentencia de 9 de mayo de 2011, rad. 54001-23-31-000-1994-08654-01(19976), actor: Valentín José Oliveros y Otros, demandado: Ministerio de Defensa Nacional- Policía Nacional. Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, C.P. Gladys Agudelo Ordoñez, sentencia de 26 de enero de 2011, rad. 66001-23-31-000-1998-00241-01(18429), actor: María Doris Henao y otros, demandado: Nación- Ministerio de Defensa-Policía Nacional.

<sup>30</sup> MAZEAUD, Henri y León, y TUNC, André “Tratado Teórico y Práctico de la Responsabilidad Civil”, Tomo Segundo, Volumen II, Ed. Jurídicas Europa – América, Buenos Aires, 1963, Pág. 40.

“Pero la doctrina y la jurisprudencia discuten sobre la necesidad de que ese hecho exclusivo de la víctima sea imprevisible e irresistible. Los Mazeaud sostienen que la “imprevisibilidad y la irresistibilidad no son necesarias al hecho exclusivo de la víctima, para que este exonere de responsabilidad.” TAMAYO Jaramillo, Javier “Tratado de Responsabilidad Civil”, Ed. Legis, Tomo II, Pág. 61.

*imputación fáctica del daño antijurídico, lo que permitirá establecer si operó una causa única o si existió una concausa, situación ésta en la que habrá que fijar proporcionalmente, según el grado de participación de cada sujeto, el monto del perjuicio padecido.*

*“Ahora bien, no significa lo anterior que toda conducta de la víctima tenga la suficiente dimensión o entidad para excluir o enervar la imputación frente al presunto responsable; el comportamiento de aquella para poder operar como causal exonerativa de responsabilidad debe ostentar una magnitud, de tal forma que sea evidente que su comportamiento fue el que influyó, de manera decisiva, en la generación del daño.*

*“El principio de confianza conlleva implícito la tranquilidad que tienen las personas que integran la sociedad, de que el Estado prestará adecuadamente sus servicios públicos, por lo que, no cualquier tipo de participación de la víctima, en una actividad riesgosa, reviste la estatus necesario para excluir la responsabilidad de la administración.*

*“En síntesis, no se requiere para configurar la culpa exclusiva de la víctima que el presunto responsable acredite que la conducta de aquélla fue imprevisible e irresistible, sino que lo relevante es acreditar que el comportamiento de la persona lesionada o afectada fue decisivo, determinante y exclusivo en la producción del daño; incluso, una participación parcial de la víctima en los hechos en modo alguno determina la producción del daño, sino que podría de manera eventual conducir a estructurar una concausa y, por lo tanto, a reconocer una proporcionalidad en la materialización del mismo y en su reparación.*

*“Así las cosas, si la culpa de la víctima es causa parcial (concausa) en la producción del daño, esta circunstancia puede constituir un factor de graduación del perjuicio, todo lo cual dependerá del grado de participación de la propia persona afectada en la concreción de los hechos que son objeto de análisis (...)”<sup>31</sup>*

También se ha considerado como causal de exoneración de responsabilidad de la Administración Pública, la ausencia de prueba del nexo causal entre la actuación de la entidad demandada respecto del daño antijurídico sufrido por la demandante. Esto es, la ausencia de injerencia de la llamada a responder, con ocasión de la conducta o hecho generador del daño antijurídico, al margen de que exista evidencia de la producción del daño.

## **7.2. LA RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO POR LOS DAÑOS DERIVADOS DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**

El Consejo de Estado ha definido a través de la jurisprudencia que ha emitido, que la responsabilidad patrimonial por la falla médica involucra, de una parte, el acto médico propiamente dicho, que se refiere a la intervención del profesional médico en sus distintos momentos y comprende particularmente el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, incluidas las intervenciones quirúrgicas y de otra, todas aquellas actuaciones previas, concomitantes y posteriores a la intervención del profesional médico, que operan desde el momento en que la persona asiste o es llevada a un centro médico estatal, actividades que están a cargo del personal paramédico o administrativo.

*“(...) Sobre la distinción entre el acto médico propiamente dicho y los actos anexos que integran el llamado “acto médico complejo”, la Sala ha tenido oportunidad de pronunciarse en repetidas*

---

<sup>31</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 13 de agosto de 2008, Exp. 17.042, M.P.: Enrique Gil Botero.

*oportunidades y ha acogido la clasificación que sobre tales actos ha sido realizada por la doctrina en: (i) actos puramente médicos, que son realizados por el facultativo; (ii) actos paramédicos, que lo son las acciones preparatorias del acto médico y las posteriores a éste; que regularmente son llevadas a cabo por personal auxiliar, tales como: suministrar suero, inyectar calmantes o antibióticos, controlar la tensión arterial, etc. y (iii) actos extramédicos, que están constituidos por los servicios de hostelería, entre los que se incluyen el alojamiento, manutención, etc. y obedecen al cumplimiento del deber de seguridad de preservar la integridad física de los pacientes (...)*<sup>32</sup>

*“Se anota, al margen, que esta distinción tuvo gran relevancia en épocas pasadas para efectos de establecer el régimen de responsabilidad aplicable y las cargas probatorias de las partes, en los casos concretos<sup>33</sup>, pero de acuerdo con los criterios jurisprudenciales que de manera más reciente adoptó la Sala, en todo caso el régimen de responsabilidad aplicable en materia de responsabilidad médica es el de la falla del servicio y por lo tanto, dicha distinción sólo tiene un interés teórico, en tanto permite establecer la cobertura del concepto “responsabilidad médica”.*

*“En relación con el acto médico propiamente dicho se señala que los resultados fallidos en la prestación del servicio médico, tanto en el diagnóstico, como en el tratamiento o en la cirugía no constituyen una falla del servicio, cuando esos resultados son atribuibles a causas naturales, como aquéllos eventos en los cuales el curso de la enfermedad no pudo ser interrumpido con la intervención médica, bien porque el organismo del paciente no respondió como era de esperarse a esos tratamientos, o porque en ese momento aún no se disponía de los conocimientos y elementos científicos necesarios para encontrar remedio o paliativo para esas enfermedades, o porque esos recursos no están al alcance de las instituciones médicas del Estado.*

*“Por lo tanto, frente a tales fracasos, la falla del servicio se deriva de la omisión de utilizar los medios diagnósticos o terapéuticos aconsejados por los protocolos médicos; por no prever siendo previsible, los efectos secundarios de un tratamiento; por no hacer el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, bien para modificar el diagnóstico o el tratamiento, y en fin de todas aquellas actuaciones que demuestren que el servicio fue prestado de manera deficiente (...)*”

Uno de los momentos de mayor relevancia en la prestación del servicio médico lo constituye el diagnóstico, el cual se convierte en uno de los principales aspectos de la actividad médica, como quiera que los resultados que arroja permiten elaborar toda la actividad que corresponde al tratamiento médico.<sup>34</sup>

Las fallas en el diagnóstico de las enfermedades y el consecuente error en el tratamiento están asociadas, regularmente, a la indebida interpretación de los

---

<sup>32</sup> Distinción hecha por BUERES, Alberto. La responsabilidad civil de los médicos, Edit. Hammurabi, 1ª reimpression de la 2ª edición, Buenos Aires, 1994, p. 424, 425, citada, entre otras, en sentencia de 28 de septiembre de 2000, exp: 11.405.

<sup>33</sup> Consejo de Estado, Sección tercera, sentencia de 11 de noviembre de 1999, EXP: 12.165. Se dijo en esa providencia: “Muchos son los casos en que con ocasión de la prestación del servicio público de salud, se incurre en fallas administrativas que por su naturaleza deben probarse y la carga de la prueba corresponde al demandante, tales hechos como el resbalar al penetrar en un consultorio, tropezar al acceder a la mesa de observación por la escalerilla, caída de una camilla, el no retiro de un yeso previa ordenación médica, o la causación de una quemadura cuando hay lugar a manipulación de elementos que puedan ocasionarla. En ellos, es natural que no proceda la presunción de falla deducida jurisprudencialmente para los casos de acto médico y ejercicio quirúrgico, y que consecuentemente deba el actor probar la falla del servicio como ocurrió en el caso sub análisis, habiendo demostración de la caída del menor por descuido de quienes lo tenían a su cuidado, y de la imposibilidad de atenderlo convenientemente, con los elementos de que se disponía, pero que no pudieron emplearse por encontrarse bajo llave”. No obstante, en sentencia de 10 de agosto de 2000, exp: 12.944, aclaró la Sala: “En ese caso se quiso diferenciar el régimen colombiano con el francés respecto de ‘los hechos referentes a la organización y funcionamiento del servicio’, y aunque el texto de la sentencia quedó así, lo cierto es que las indicaciones sobre la aplicación del régimen de falla probada frente a esos hechos concernían a la jurisprudencia francesa y no a la colombiana. En nuestra jurisprudencia el régimen de responsabilidad patrimonial desde 1992 por hechos ocurridos con ocasión de actividades médicas, sin diferenciar, es y ha sido ‘el de falla presunta’.

<sup>34</sup> VASQUEZ FERREIRA ROBERTO. Daños y Perjuicios en el Ejercicio de la Medicina”, Biblioteca Jurídica Dike, 1993, pág. 78

síntomas que presenta el paciente o a la omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto. Por lo tanto, cuando el diagnóstico no es conclusivo, porque los síntomas pueden indicar varias afecciones, se incurre en falla del servicio cuando no se agotan los recursos científicos y técnicos al alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente.”<sup>35</sup>

Prosigue la jurisprudencia:

*“(...) Ahora, la responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico también se puede derivar, justamente, de la omisión de prestar el servicio médico a la persona que acuda al centro asistencial y la responsabilidad del Estado se deriva entonces de esa omisión, cuando la misma incide en el resultado adverso a la salud, la integridad física o la muerte de quien requiera ese servicio.*

*“A través de sus decisiones, el Consejo de Estado ha definido que la responsabilidad estatal por fallas en la prestación del servicio médico asistencial no se deriva simplemente a partir de la sola constatación de la intervención de la actuación médica, sino que debe acreditarse que en dicha actuación no se observó la *lex artis* y que esa inobservancia fue la causa eficiente del daño. Esa afirmación resulta relevante para aclarar que si bien de conformidad con lo previsto en el artículo 90 de la Constitución, el derecho a la reparación se fundamenta en la antijuridicidad del daño, no es suficiente verificar que la víctima o sus beneficiarios no estaban en el deber jurídico de soportarlo para que surja el derecho a la indemnización, se requiere además que dicho daño sea imputable a la Administración, y sólo lo será cuando su intervención hubiera sido la causa eficiente del mismo.*

*“La prueba de la relación causal entre la intervención médica y el daño sufrido por el paciente reviste un grado de complejidad a veces considerable, no sólo por tratarse de un dato empírico producido durante una práctica científica o técnica, comúnmente ajena a los conocimientos del propio paciente, sino porque, además, por lo regular, no queda huella de esa prestación, diferente al registro que el médico o el personal paramédico consigne en la historia clínica, la que, además, permanece bajo el control de la misma entidad que prestó el servicio”<sup>36</sup> (...)*

Las dificultades a las que se enfrenta el afectado cuando pretende acreditar el nexo causal, no han sido soslayadas por la jurisprudencia; por el contrario, para resolver los casos concretos, en los cuales no se cuente con el dictamen serio y bien fundamentado de un experto, que establezca o niegue esa relación, se ha buscado apoyo en las reglas de prueba desarrolladas por la doctrina nacional y foránea.

Así, se ha acudido a reglas como *res ipsa loquitur*, desarrollada en el derecho anglosajón; o de la *culpa virtual* elaborada por la doctrina francesa, o la versión alemana e italiana de la *prueba prima facie* o *probabilidad estadística*<sup>37</sup>, que tienen como referente común el deducir la relación causal y/o la culpa en la prestación del

---

<sup>35</sup> MOSSET ITURRASPE, JORGE: Responsabilidad Civil del Médico, Editorial Astrea, Buenos Aires, 1985, 1º reimpresión, pág. 125 y 126.

<sup>36</sup> Sobre el tema, ver por ejemplo, RICARDO DE ANGEL YAGÜEZ. Responsabilidad Civil por actos médicos. Problemas de pruebas. Ed. Civitas S.A., Madrid, 1999, pág. 111.

<sup>37</sup> Sobre el tema: ANDRES DOMINGUEZ LUELMO. Derecho sanitario y responsabilidad médica. Valladolid, Ed. Lex Nova, 2ª.ed. 2007.

servicio médico a partir de la verificación del daño y de la aplicación de una regla de experiencia, conforme a la cual existe nexo causal entre un evento dañoso y una prestación médica cuando, según las reglas de la experiencia (científica, objetiva, estadística), dicho daño, por su anormalidad o excepcionalidad, sólo puede explicarse por la conducta negligente del médico y no cuando dicha negligencia pueda ser una entre varias posibilidades, como la reacción orgánica frente al procedimiento suministrado o, inclusive, el comportamiento culposo de la propia víctima.

Cabe destacar que la aplicación de esas reglas probatorias, basadas en reglas de experiencia guardan armonía con el criterio adoptado por la Sala en relación con la teoría de la “(...) causalidad adecuada o causa normalmente generadora del resultado (...)”, conforme a la cual, de todos los hechos que anteceden la producción de un daño sólo tiene relevancia aquel que, según el curso normal de los acontecimientos, ha sido su causa directa e inmediata<sup>38</sup>. La elección de esa teoría se ha hecho por considerar insatisfactoria la aplicación de otras, en particular, la de la “(...) equivalencia de las condiciones (...)”, según la cual basta con que la culpa de una persona haya sido uno de los antecedentes del daño para que dicha persona sea responsable de él, sin importar que entre la conducta culposa y el daño hubieran mediado otros acontecimientos numerosos y de gran entidad.

En varias providencias proferidas por el Consejo de Estado, se consideró que cuando fuera imposible demostrar con certeza o exactitud la existencia del nexo causal, no sólo por la complejidad de los conocimientos científicos y tecnológicos en ella involucrados sino también por la carencia de los materiales y documentos que probaran dicha relación, el juez podía “contentarse con la probabilidad de su existencia”<sup>39</sup>, es decir, que la relación de causalidad quedaba probada cuando los elementos de juicio que obraran en el expediente conducían a “un grado suficiente de probabilidad”<sup>40</sup>, que permitían tenerla por establecida.

---

<sup>38</sup> Sobre el tema ver, por ejemplo, RICARDO DE ANGEL YAGUEZ. Responsabilidad Civil por actos médicos. Problemas de pruebas. Civitas, 1ª. ed., 1999, pág. 112.

<sup>39</sup> Cfr. RICARDO DE ANGEL YAGÜEZ. Algunas previsiones sobre el futuro de la responsabilidad civil (con especial atención a la reparación del daño), Ed. Civitas S.A., Madrid, 1995, p. 42.

<sup>40</sup> *Ibidem*, págs. 77. La Sala acogió este criterio al resolver la demanda formulada contra el Instituto Nacional de Cancerología con el objeto de obtener la reparación de los perjuicios causados con la práctica de una biopsia. Se dijo en esa oportunidad que si bien no existía certeza “en el sentido de que la paraplejía sufrida...haya tenido por causa la práctica de la biopsia”, debía tenerse en cuenta que “aunque la menor presentaba problemas sensitivos en sus extremidades inferiores antes de ingresar al Instituto de Cancerología, se movilizaba por sí misma y que después de dicha intervención no volvió a caminar”. Por lo cual existía una alta probabilidad de que la causa de la invalidez de la menor

De manera más reciente se precisó que la exigencia de *“un grado suficiente de probabilidad”*, no implica la exoneración del deber de demostrar la existencia del vínculo causal entre el daño y la actuación médica, que haga posible imputar responsabilidad a la entidad que presta el servicio, sino que esta es una regla de prueba, con fundamento en la cual el vínculo causal puede ser acreditado de manera indirecta, mediante indicios<sup>41</sup>.

En el caso que nos ocupa, del contexto de la demanda podemos afirmar que se cuestiona lo que la jurisprudencia ha denominado actos puramente médicos, derivados de dos (2) situaciones:

- La omisión de utilizar los medios diagnósticos o terapéuticos aconsejados por los protocolos médicos. Lo anterior debido a que no es lógico que un menor que llevaba una vida normal, contaba con una buena salud y cumplía con sus deberes educativos, a la edad de ocho (8) años, resulta afectado por un trauma contra un muro, cuyos efectos de dolor agudo y persistente en la cadera izquierda no se examinan con el cuidado debido al momento de emitir el diagnóstico respectivo, situación que probablemente le produjo la muerte;
- No prever siendo previsible, los efectos secundarios de un tratamiento farmacológico brindado al paciente. Lo anterior ya que se le brindó un tratamiento farmacológico inadecuado, que igualmente contribuyó a su fallecimiento producido el 22 de diciembre de 2011, es decir cinco (5) días después de haber sufrido el trauma, situación que igualmente pudo contribuir al deceso del paciente.

Sobre el particular, veamos que aconsejan los protocolos médicos para el caso de dolor de cadera de menores de edad y del uso de la medicación empleada como tratamiento para su enfermedad.

### **7.2.1. Diagnóstico**

---

hubiera sido la falla de la entidad demandada, probabilidad que además fue reconocida por los médicos que laboraban en la misma. Ver sentencia de 3 de mayo de 1999, exp. 11.169.

<sup>41</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias de 14 de julio de 2005, exps. 15.276 y 15.332.

El compromiso de la cadera en el niño puede manifestarse clínicamente de diversas formas dependiendo entre otras causas de su capacidad de marcha. Por este motivo denominamos coxalgia al dolor referido a la articulación de la cadera, y coxalgia con claudicación a la cojera dolorosa producida por el acto de andar cuando alguna enfermedad afecta directa o indirectamente a la articulación coxofemoral<sup>42</sup>.

En el caso que nos ocupa, la coxalgia se asocia según la Historia Clínica a dos (2) situaciones anormales el edema y la inflamación.

La inflamación es la respuesta del sistema inmunológico a invasores extraños tales como virus y bacterias. Como respuesta a la infección o la lesión, diversas clases de glóbulos blancos se transportan por el torrente sanguíneo hasta el lugar de la infección y solicitan más glóbulos blancos. La inflamación suele ceder cuando la amenaza de infección o lesión desaparece. Por ejemplo, cuando una persona se corta o tiene gripe, la inflamación se usa para matar la bacteria o el virus que invade el cuerpo<sup>43</sup>.

La **inflamación** (del latín *inflammatio*: encender, hacer fuego) es la forma de manifestarse de muchas enfermedades. Se trata de una respuesta inespecífica frente a las agresiones del medio, y está generada por los agentes inflamatorios. La respuesta inflamatoria ocurre solo en tejidos conectivos vascularizados y surge con el fin defensivo de aislar y destruir al agente dañino, así como reparar el tejido u órgano dañado. Se considera por tanto un mecanismo de inmunidad innata, estereotipado, en contraste con la reacción inmune adaptativa, específica para cada tipo de agente infeccioso<sup>44.1</sup>

La inflamación se identifica en medicina con el sufijo *-itis*. El mayor problema que surge de la inflamación es que la defensa se dirija tanto hacia agentes dañinos como a no dañinos, de manera que provoque lesión en tejidos u órganos sanos.

En cuanto al edema, por definición, es una acumulación de líquido en el espacio extracelular del cuerpo. Esto se debe a que el líquido sale de los vasos

---

<sup>42</sup> Juan Carlos Hermnández B. Coxalgia en el niño. Diagnóstico Diferencial.

<sup>43</sup> ARTHRITIS FOUNDATION, Página de INTERNET

<sup>44</sup> Enciclopedia WIKIPEDIA

sanguíneos y se acumula en el tejido o en ciertas cavidades del cuerpo como, por ejemplo, la cavidad abdominal.

Aunque desde el punto de vista científico no se ha desarrollado aun en nuestro país una guía o protocolo específico que permita avanzar para determinar un diagnóstico con ocasión del padecimiento de dolor de cadera en pacientes infantiles, los estudios científicos conocidos al respecto, algunos de ellos sustentados en el trabajo elaborado por KOCHER, señalan que el manejo y tratamiento del dolor de cadera es del máximo cuidado y diligencia desde el punto de vista médico.

Existe una diversidad de posibilidades de diagnóstico de enfermedades que se pueden llegar a presentar con ocasión a su vez del dolor de cadera (cuyo nombre técnico es coxalgia) precedido de un trauma, y para las cuales resulta imperativo descartar los procesos infecciosos en general, una vez se presente dicha manifestación clínica.

Por vía de ejemplo, el estudio titulado Informe preliminar de lo que se denomina coxalgias, elaborado con base en una descripción clínica y epidemiológica de las principales etiologías de la población atendida en el Hospital Fundación de la Misericordia - Urgencias, bajo la dirección del doctor JOSÉ FERNANDO MUÑOZ DE LA CALLE, el cual fuera elaborado por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, Departamento de Cirugía - Unidad de Ortopedia y Traumatología y publicado en el año 2013, precisan la importancia al momento de elaborar la Historia Clínica y de descartar toda una variedad de procesos infecciosos. A manera de resumen, señala el estudio:

*“(...) Justificación*

*“Las coxalgias son un motivo de consulta frecuente en la práctica desarrollada con los pacientes pediátricos. **Es imperativo descartar procesos infecciosos cuando nos encontramos ante un paciente con dicha manifestación clínica**, además de las causas de otra índole como neoplásicos o vasculares que en definitiva, todas ellas al presentarse, se pueden traducir en compromiso biomecánico de la articulación coxofemoral; se debe realizar un juicio clínico adecuado que permita obtener un bosquejo idóneo de los diagnósticos diferenciales que faciliten de manera oportuna iniciar el tratamiento más adecuado. Es claro que en el medio internacional se vienen realizando estudios inicialmente retrospectivos y luego prospectivos – liderados por Kocher Et Al – pero estos se enfocan en la diferenciación entre procesos sépticos y reactivos, que permitan la generación de una guía clínica para la tomas de decisiones.*

*“En Colombia no hay registros epidemiológicos o reportes sobre este tema, en especial como guías clínicas que hayan tenido alta difusión que permitan orientar hacia una aproximación al diagnóstico y tratamiento de los niños y niñas que ingresan a nuestras instituciones con dicha manifestación. Como se ha demostrado la realización de guías de práctica clínica permiten una mejor utilización de los recursos con efectividad idónea al enfocar la patología en cuestión.*

“Con lo anteriormente expuesto se desea una base epidemiológica a través de la descripción, que permita ante ello encontrar las causas de mayor prevalencia e incidencia que se manifiestan como dolor de cadera en los pacientes pediátricos aportando un precedente para la realización de dicha guía (...)”

“(...) Resumen

“Los niños y niñas quienes presentan coxalgia son un reto diagnóstico y terapéutico para el profesional de la salud que se enfrenta a ella. Es deber del clínico y cirujano enfocar adecuadamente este cuadro como síndrome que es, con la finalidad de descartar patologías ominosas de tipo infecciosa – neoplástica, displásica, vascular o mecánica que causan secuelas inmediatas o a largo plazo de la articulación coxofemoral. El presente estudio pretende dar una base epidemiológica autóctona de las coxalgias que se presentan en un servicio de urgencias, de allí, propender por la realización de una guía de práctica clínica que enfoque el tema en cuestión.

“**Tener presentes los criterios de Kocher complementados con la PCR**, realización de estudios imagenológicos pertinentes al igual que la toma de muestra para reactantes de fase aguda. Encontramos en el presente estudio prevalencias similares a las descritas en otras latitudes, siendo mayor la encontrada en coxalgias de tipo reactivo como sinovitis, transitoria seguida por la de tipo infeccioso localizadas en la articulación. **La realización idónea de la historia clínica es el pilar fundamental en el ejercicio diagnóstico** de allí que explorar en la anamnesis las características del dolor, la evolución del mismo y los tratamientos brindados orientan de manera importante al diagnóstico adecuado enfocado posteriormente a una terapéutica congruente con el análisis realizado previamente. **La realización del examen físico adecuado, valorar la marcha, la presentación de cojera o la negación por parte del niño o la niña para mantener el apoyo**, la toma de la temperatura pero tener presente que la hipertermia no se encuentra en el más del 50 % de los pacientes y puede mencionarse que la FC es un indicador importante en el diagnóstico inicial. Basarse posteriormente en paraclínicos como reactantes de fase aguda. Tener presente la Hb como indicador de infección y de estado nutricional y acto seguido utilización de imagenología centrándose en la radiografía convencional y apoyo con ecografía. Con la suficiente presunción diagnóstica pasar a la realización de ultrasonografía en casos dudosos La artrocentesis estándar de oro en diagnóstico de proceso infeccioso articular (...)”. (negrilla y subraya fuera de texto).

En Colombia, médicos tales como MUSSATYE ELORZA PARRA y RUTH MARÍA ERASO, en su condición de docentes de la Universidad de Antioquia, precisan igualmente la dificultad para evaluar la multiplicidad de diagnósticos diferenciales que se pueden llegar a presentar frente a un dolor de cadera, debido justamente a circunstancias variables según la edad del paciente, se trate de niño o niña y a la misma sintomatología que es diversa. Por ello sugieren que a la enfermedad se le dé al tema un enfoque que permita descartar el riesgo aumentado de infecciones, particularmente ante el antecedente de traumas con origen en actividades deportivas, destacando que siempre que el dolor sea agudo, el riesgo de presentación de una infección es más latente. Todo ello sobre la premisa de que cualquier enfermedad de la cadera, tiene la connotación de grave. Se precisa textualmente<sup>45</sup>:

“(...) **Enfoque diagnóstico del dolor de cadera en niños**

<sup>45</sup> En artículo aceptado desde abril 23 de 2006, publicado por la Revista REVISIÓN DE CIELO, IATREIA Volumen 19 No. 3, denominado “Enfoque diagnóstico del dolor de cadera en niños”, que fuera elaborado por **Mussatyé Elorza Parra** y **Ruth María Eraso Garnica** respectivamente. La primera Residente II año de Pediatría, Departamento de Pediatría y Puericultura, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Email: [mussaty@epm.net.co](mailto:mussaty@epm.net.co) y la segunda Pediatra reumatóloga. Docente auxiliar de reumatología pediátrica, Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. E-mail: [rutheraso@gmail.com](mailto:rutheraso@gmail.com) Recibido: marzo 14 de 2006

## “INTRODUCCIÓN

“DE LAS CAUSAS DE CONSULTA por síntomas osteoarticulares en los niños, 6% corresponden a dolor de cadera. <sup>1</sup> La coxalgia es un síntoma difícil de evaluar por la multiplicidad de diagnósticos diferenciales que varían según la edad y porque, a diferencia de otras articulaciones, **la mayoría de las enfermedades que afectan la cadera tienen el potencial de ser graves.** Esta situación se atribuye a diversos factores propios de la articulación como su metafisis intraarticular, la circulación terminal y la permeabilidad de la fisis al paso de vasos desde la metafisis en ciertas etapas de la niñez; todo ello determina una mayor labilidad vascular **y un riesgo aumentado de infecciones** y de necrosis isquémica del segmento proximal del fémur. (negrilla y subraya fuera de texto).

“(…) LA EVALUACIÓN DE UN NIÑO con coxalgia comprende varios pasos que permiten llegar a un diagnóstico causal. En primer lugar se deben tener en cuenta las causas del dolor referido que se puede observar en diversas enfermedades no articulares, como apendicitis, torsión testicular, hernia inguinal irreductible o enfermedad pélvica inflamatoria.

“Además, es importante recordar el aforismo que afirma que 'La cadera llora por la rodilla'. Si el niño refiere dolor en la rodilla o en la región anterior del muslo y la evaluación de estas estructuras no revela ninguna anomalía, es imprescindible examinar la cadera porque posiblemente en ella se está originando el dolor.

“Una vez descartadas las causas no articulares y asumiendo que el dolor proviene de la cadera, se debe establecer si hay causas evidentes que lo expliquen como el antecedente de trauma o de actividades deportivas causantes de lesiones por sobreuso. Si no existe este antecedente, es primordial definir si el dolor tiene un patrón mecánico o inflamatorio.

“El dolor de tipo inflamatorio se presenta desde que el niño se despierta, puede estar asociado con rigidez matinal, mejora en el transcurso del día y empeora luego del reposo. Por el contrario, el dolor de tipo mecánico se manifiesta durante el transcurso del día, usualmente en la tarde o en la noche, se acentúa con la actividad física y mejora con el reposo. Este dolor se presenta en enfermedades como la necrosis avascular, el deslizamiento epifisiario y las lesiones por sobreuso, mientras que la sinovitis transitoria y las artropatías crónicas cursan con un dolor de tipo inflamatorio.

“Una vez definidas estas características del dolor, los siguientes elementos del interrogatorio son útiles en el enfoque diagnóstico:

“• **La forma de inicio del dolor** (agudo, subagudo o crónico) puede orientar **hacia un proceso traumático, infeccioso o inflamatorio.** En los procesos sépticos y obviamente en el trauma el dolor es intenso y de comienzo agudo, mientras que en la mayoría de los estados inflamatorios, con excepción de la sinovitis transitoria, el dolor se inicia de forma larvada. (negrilla y subraya fuera de texto)

“• **Patrón horario del dolor:** si el dolor es más intenso en la noche puede sugerir una neoplasia. Además, se debe precisar si la coxalgia es intermitente o continua; si el dolor no cambia a lo largo del día, usualmente se trata de un proceso infeccioso.

“• Indagar por **fiebre** cuantificada y cuál ha sido su patrón horario. La fiebre alta persistente está presente casi siempre en las infecciones osteoarticulares. En las neoplasias y las enfermedades inflamatorias puede haber febrícula intermitente.

“• Los **síntomas constitucionales** asociados a un dolor subagudo o crónico pueden orientar hacia el diagnóstico de neoplasias malignas.

“• Si hay un **antecedente reciente de infección viral de las vías respiratorias superiores** se debe sospechar sinovitis transitoria.

“• Indagar por **antecedentes familiares o personales relevantes**, como por ejemplo anemia de células falciformes, hipotiroidismo o hipogonadismo, estos últimos relacionados con el deslizamiento epifisiario. Además se debe indagar por cualquier enfermedad que requiera el uso crónico de corticosteroides, cuyo consumo haría sospechar una necrosis ósea avascular de la cabeza femoral <sup>11</sup> ([Tabla Nº 2](#)).

**Tabla N° 2**  
**PRESENCIA E INTENSIDAD DE DIVERSAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS SEGÚN LA CAUSA DEL DOLOR**

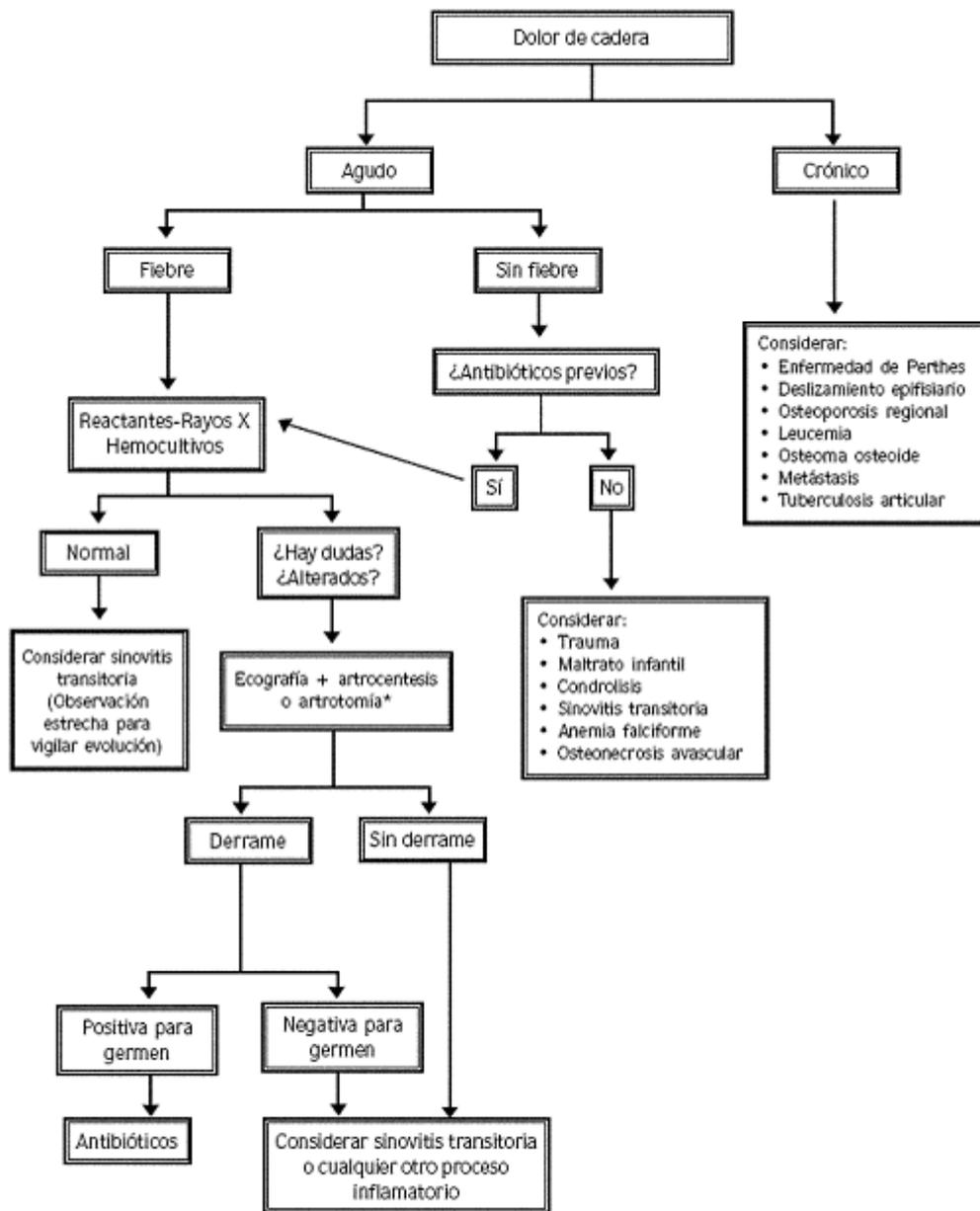
Causa	Fiebre	Dolor agudo	Cojera	Antecedente de trauma	Antecedente de infección viral	Dolor con los movimientos activos y pasivos	Dolor con los movimientos activos
Trauma		+++	++	+++		+++	++
Infección	+++	+++	++/+++	+		+++	++
Sinovitis transitoria	++	++	++	+	+++	++	++
Perthes		+	+++	+		++	+++
Lesión por sobre-esfuerzo		+	++	++		++	+++

**“El examen físico de un niño con coxalgia debe ser completo y no limitarse a la exploración de la cadera afectada, con el niño desnudo o con la menor cantidad de ropa posible dependiendo de la edad. En la inspección se deben observar el estado general del niño y la presencia de lesiones en la piel como equimosis, hematomas, laceraciones o abscesos que hagan pensar en maltrato físico, trauma o infección de los tejidos blandos.** (Negrilla y subraya fuera de texto).

“La exploración del sistema osteomuscular se debe iniciar con la observación de la postura y la marcha del paciente. En neonatos y lactantes es importante observar si hay postura antálgica en decúbito supino (cadera en flexión, abducción y rotación externa)

“(…) Los exámenes paraclínicos son útiles para apoyar el diagnóstico causal que debe ser sugerido por la historia clínica y el examen físico. Si la sospecha es un proceso séptico, se debe hospitalizar al paciente y solicitar hemograma, velocidad de sedimentación globular, PCR, hemocultivos y estudio del líquido sinovial (citoquímico, Gram y cultivo). Otros exámenes más específicos como factor reumatoide, anticuerpos antinucleares (ANAS), deshidrogenada láctica (LDH) y fosfatasa alcalina, se deben considerar si se sospecha enfermedad reumatológica o neoplásica, respectivamente.”

“(…) A continuación se propone un algoritmo diagnóstico para el paciente pediátrico con dolor de cadera:



\* Primera opción diagnóstica y terapéutica en algunas instituciones.

## "CONCLUSIONES

"EL NIÑO QUE CONSULTA por dolor de cadera plantea un reto diagnóstico por dos razones fundamentales: las múltiples causas que se deben tener en cuenta y las graves consecuencias que acarrea un diagnóstico tardío en varias de ellas, determinadas por la susceptibilidad anatómica de la articulación. Un buen conocimiento del tema le permite al clínico guardar equilibrio entre la excesiva y la insuficiente investigación del paciente (...)"

Lo dicho en el estudio y artículos citados y las gráficas que los sustentan y han sido objeto de transcripción parcial, permiten afirmar a manera de resumen que a nivel de doctrina médica que ante la presencia de dolor de cadera agudo o cojera con antecedente de un trauma o dolor con movimientos activos y pasivos o solo activos o fiebre, es factible la presencia de una infección y que el sustento de la

Historia Clínica requiere de un máximo cuidado que permita realizar un análisis que debe ser muy amplio, detallado y preciso.

También se puede concluir que en cualquier caso, ante la presencia de un dolor agudo, subagudo o crónico, se puede orientar el diagnóstico hacia un proceso traumático, infeccioso o inflamatorio y el examen debe ser lo más completo posible, dada la diversidad de posibilidades de enfermedades que pueda tener el paciente y por ende de diagnósticos que puedan surgir.

### **7.2.2. Tratamiento**

De conformidad con el artículo 2 del Decreto 677 de 1995, por el cual se reglamenta parcialmente el Régimen de Registros y Licencias, el Control de Calidad, así como el Régimen de Vigilancia Sanitaria de Medicamentos, Cosméticos, Preparaciones Farmacéuticas a base de Recursos Naturales, Productos de Aseo, Higiene y Limpieza y otros productos de uso doméstico y se dictan otras disposiciones sobre la materia, la contraindicación es definida así:

*“Situación clínica o régimen terapéutico en el cual la administración de un medicamento debe ser evitada.”*

Así mismo, se debe considerar, el artículo 72 PARAGRAFO PRIMERO del mismo decreto, que señala con relación a los medicamentos, que en las etiquetas y empaques de los medicamentos de venta bajo fórmula médica u odontológica, salvo los casos excepcionales determinados por el INVIMA, no deben aparecer las indicaciones del producto, pero sí la posología, advertencias y las contraindicaciones.

Sin pretender involucrarnos en la discusión técnica acerca de la pertinencia o no de formular determinado medicamento, el Despacho considera importante conocer algunas de las características y contraindicaciones de los medicamentos formulados al menor BRAYAN STEVEN TORRES CADENA, que por reglamentación del Ministerio de Salud pueden ser conocidas por interés de la generalidad del conglomerado social, justamente por razones de salud pública o al momento de acceder al producto o de consultar al médico.

Se aclara que a nivel de la doctrina médica, se precisa que el médico debe evitar la administración concomitante de más de un antiinflamante no esteroideo AINE, incluyendo aspirina e inhibidores de la ciclooxigenasa-2 (“coxib”). Entre otras obras se citan las de:

- MANUAL DE FARMACOLOGÍA Y TERAPEÚTICA de GOODMAN & GILMAN, Edición 2 – 2014 Editorial Mc Has HILL INTERAMERICANA MC GRAW;
- PRINCIPIO DE FARMACOLOGÍA BASES FISIOPATOLÓGICAS DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO de DAVID GOLAN, 4ª Edición 2017; Editorial LIPPINCOTT WILLIAMS AND WILKINS ESPAÑA;
- PEDIAMECUN editado por el COMITÉ DE MEDICAMENTOS de la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA.

Se detallarán entonces algunas de las características de los medicamentos formulados al menor BRAYAN TORRES CADENA y se destacarán las contraindicaciones frente a los mismos. Como la responsabilidad de divulgar las contraindicaciones y posología o dosificación, al margen de que posean registro sanitario, recae en las empresas productoras de los medicamentos, se enunciarán las mismas con base en la publicación realizada por una de las empresas productoras en el Portal FARMACEÚTICO DE TECNOQUÍMICAS. Lo anterior complementado con observaciones de carácter accesorio efectuadas al respecto por la doctrina médica y la Enciclopedia MEDLINE igualmente perteneciente a la red de INTERNET.

#### 7.2.2.1. DICLOFENACO

El PORTAL FARMACEUTICO de TECNOQUÍMICAS, menciona que el DICLOFENACO es un antiinflamatorio no esteroideo derivado del ácido feliciético, que presenta poca selectividad por las diferentes formas de la ciclooxigenasa. El DICLOFENACO está indicado por poseer efecto antiinflamatorio y analgésico. En su presentación de ampollas de 75 mg, se menciona que la dosis máxima debe ser de 1 ampolla cada 12 horas y por 2 días máximo, continuando con las formas orales de acuerdo al criterio médico. Dosis máxima 1 ampolla IM cada 12 horas, por 2 días máximo, continuando con las formas orales de acuerdo al criterio

médico. En menos del 1% de los pacientes se ha reportado: Agranulocitosis, anemia aplásica, anemia hemolítica, angioedema, ansiedad, asma, falla renal aguda.

Sobre la posibilidad de presentarse agranulocitosis, se debe destacar de otra parte, que los glóbulos blancos combaten infecciones producidas por bacterias, virus, hongos y otros gérmenes. Un tipo importante de glóbulos blancos es el granulocito, el cual es producido en la médula ósea y viaja en la sangre a través de todo el cuerpo. Cuando los granulocitos perciben infecciones se juntan en los sitios de las infecciones y destruyen los gérmenes. Cuando el cuerpo tiene pocos granulocitos, la condición se llama agranulocitosis. Esto hace que sea más difícil para el cuerpo combatir los gérmenes. Como consecuencia, la persona está más inclinada a enfermarse de infecciones. La agranulocitosis inducida por la dipirona, aunque temporal y reversible, es un cuadro potencialmente mortal, pues puede dejar al paciente totalmente indefenso contra las infecciones<sup>46</sup>.

La agranulocitosis corresponde entonces a una situación en la que hay una brusca caída en el número de granulocitos (neutrófilos, basófilos y eosinófilos), que son algunas formas de glóbulos blancos, las células de nuestro sistema inmune responsables del combate a los gérmenes invasores.

En la Enciclopedia de INTERNET - MEDLINE PLUS, se refiere:

*“(...) Los glóbulos blancos combaten infecciones producidas por bacterias, virus, hongos y otros gérmenes. Un tipo importante de glóbulos blancos es el granulocito, el cual es producido en la médula ósea y viaja en la sangre a través de todo el cuerpo. Cuando los granulocitos perciben infecciones se juntan en los sitios de las infecciones y destruyen los gérmenes.*

*“Cuando el cuerpo tiene pocos granulocitos, la condición se llama agranulocitosis. Esto hace que se más difícil para el cuerpo combatir los gérmenes. Como consecuencia, la persona está más inclinada a enfermarse de infecciones.*

#### **“Causas**

*“La agranulocitosis puede ser causada por:*

- *Trastornos autoinmunitarios*
- 
- *Enfermedades de la médula ósea, como mielodisplasia o leucemia linfocítica granular grande (LGL, en inglés)*
- *Ciertos medicamentos usados para tratar enfermedades, incluyendo cáncer*
- *Ciertas drogas ilícitas*

---

<sup>46</sup> BIBLIOTECA NACIONAL DE LOS ESTADOS UNIDOS.MED LINE PLUS.

- Desnutrición
- Preparación para un trasplante de médula ósea
- Problemas con genes

Prosiguiendo con el Portal de TECNOQUÍMICAS, se precisa:

**“Grageas, ampollas y cápsulas:** Hipersensibilidad al principio activo o a sus excipientes. Reacciones alérgicas al ácido acetilsalicílico o a otros antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). Asma, broncoespasmo, rinitis aguda, pólipos nasales y edema angioneurótico. Desórdenes de la coagulación. Enfermedad cardiovascular. Úlcera péptica, sangrado gastrointestinal y antecedente de enfermedad ácido péptica. Disfunción hepática moderada y severa. No administrar durante el embarazo en especial durante el tercer trimestre y el periodo de lactancia. Insuficiencia renal grave (depuración de creatinina < 30 mL/min). Se recomienda que se debe iniciar el tratamiento con la dosis más baja. El uso concomitante con el ácido acetilsalicílico (ASA) incrementa el riesgo de úlcera gastrointestinal y sus complicaciones.

**“Ampollas:** Contiene alcohol bencílico, por lo que no debe usarse en lactantes y/o niños prematuros y metabisulfito de sodio que puede causar reacciones de hipersensibilidad especialmente en pacientes con asma.

**“Grageas:** Contiene tartrazina que puede producir reacciones alérgicas, tipo angioedema, asma, urticaria y shock anafiláctico.

*“(...) No consumir simultáneamente con bebidas alcohólicas. Se han reportado casos raros de reacciones hepáticas severas (incluyendo necrosis, ictericia, hepatitis fulminante). Cambios visuales (incluyendo “color”) se han reportado con Diclofenaco oral. **Puede enmascarar síntomas o signos de infección.** La administración en animales de experimentación de algunos antiinflamatorios no esteroideos (excepto el ácido acetilsalicílico), junto con dosis muy altas de quinolonas, ha demostrado que puede producir convulsiones. Suprimir 4-6 semanas antes de procedimientos dentales o quirúrgicos.*

*“Se han observado: Prurito, erupciones, dermatitis de contacto, dolor, exfoliación, parestesia, cefalea, mareo, retención de líquidos, calambres, dolor abdominal, diarrea, flatulencia, indigestión, náuseas, distensión abdominal, **úlceras pépticas/sangrado gastrointestinal.** Elevación de las ALT/AST. En menos del 1% de los pacientes se ha reportado: **Agranulocitosis**, anemia aplásica, anemia hemolítica, angioedema, ansiedad, asma, **falla renal aguda**, cambios visuales, cirrosis, convulsiones, depresión, desorientación, edema de labios y lengua, edema laríngeo, eosinofilia, eritema multiforme (hasta síndrome de Stevens-Johnson), erupción bullosa, fotosensibilidad, insomnio, irritabilidad, insuficiencia cardíaca congestiva, meningitis aséptica, necrosis hepática, nefritis intersticial, **leucopenia**, púrpura alérgica, púrpura, reacciones de anafilaxia, pesadillas, reacciones psicóticas, síndrome de Nicolau, síndrome nefrótico, trastornos de la memoria, vómito. (...)*

Frente a la medicación de DICLOFENACO GEL en la pierna del menor, no se mencionan contraindicaciones.

#### 7.2.2.2. IBUPROFENO

En cuanto al uso del IBUPROFENO, el PORTAL FARMACEÚTICO DE TECNOQUÍMICAS menciona que es un Antiinflamatorio no esteroideo con propiedades analgésicas y antipiréticas. Además con la ventaja de la forma farmacéutica recubierta, que asegura el cumplimiento de la terapia. Es un fármaco efectivo para el alivio de la fiebre y de los dolores leves a moderados de: cabeza, articular, espalda, cólico menstrual, osteomuscular, menstrual, dental, ótico y

asociados al resfriado común. La eficacia antipirética se ha demostrado plenamente en niños, el Ibuprofeno posee un inicio de acción rápido (menor a una hora), con un mayor grado de reducción de la temperatura y una mayor duración del efecto antipirético (seis a ocho horas) que el acetaminofén.

El Ibuprofeno es un analgésico, antiinflamatorio no esteroide, inhibe la síntesis y liberación de prostaglandinas en los tejidos corporales por inhibición de la ciclooxigenasa 1 y 2 (COX1 y COX2), las cuales catalizan la producción de prostaglandinas por la vía del ácido araquidónico, dando lugar a una disminución de la formación de precursores de las prostaglandinas y de los tromboxanos. **Inhibe de manera reversible la agregación plaquetaria**, pero menos que el ácido acetilsalicílico. La recuperación de la función plaquetaria se produce en el plazo de un día después de suspender el tratamiento, el mecanismo sugerido es vía inhibición de la COX 1 pero sin afectar el tiempo de protombina ni el tiempo de coagulación.

Está indicado entonces como analgésico, antiinflamatorio no esteroide y antipirético. Su posología es la siguiente dependiendo del criterio médico:

**Síntomas agudos y crónicos de artritis reumatoide, osteoartritis, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante y gota aguda:** 400/800 mg/día en 4 tomas diarias.

**Tendinitis, bursitis, dolor lumbar, dolor del hombro agudo:** 400/800 mg 3/4 veces al día.

**Luxaciones, esguinces:** 400/600 mg cada 4/6 horas.

**Artritis reumatoidea juvenil:** 30/40 mg/kg/día divididos en 4 dosis.

**Cefalea, odontalgias:** 200/400 mg cada 4/6 horas.

**Dismenorrea:** 200/400 mg cada 4 horas tan pronto se inicien los dolores.

**Fiebre:** 200/400 mg cada 4/6 horas.

Como contraindicaciones y advertencias del uso de IBUPROFENO se mencionan:

Hipersensibilidad al Ibuprofeno, a los salicilatos o a otros antiinflamatorios no esteroideos. Niños menores de 12 años. Broncoespasmo, rinitis aguda, pólipos nasales y edema angioneurótico. Reacciones alérgicas a los AINES, úlcera péptica o duodenal, sangrado gastrointestinal o cualquier otro sangrado y

antecedente de enfermedad ácido péptica. Disfunción hepática severa. Tercer trimestre de embarazo. Insuficiencia renal grave (depuración de creatinina < 30 mL/min). Falla cardíaca severa. Cirugía de derivación arterial coronaria (bypass coronario).

Como precauciones se señalan la posibilidad de reacción alérgica y la necesidad de consultar al médico si está tomando otro antiinflamatorio no esteroideo (AINE). El uso concomitante con el Ácido Acetilsalicílico (ASA) incrementa el riesgo de úlcera gastrointestinal y sus complicaciones. **Se debe evitar la administración concomitante de Ibuprofeno y otros AINES, incluyendo los inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa-2 (COX-2), debido al incremento del riesgo de ulceración y sangrado gastrointestinal.** Durante el tratamiento con AINEs, se han notificado hemorragias gastrointestinales, úlceras y perforaciones (que pueden ser mortales) en cualquier momento del mismo, con o sin síntomas previos de alerta y con o sin antecedentes de acontecimientos gastrointestinales graves previos. **El riesgo de hemorragia gastrointestinal, úlcera o perforación es mayor cuando se utilizan dosis crecientes de AINEs,** en pacientes con antecedentes de úlcera, especialmente si eran úlceras complicadas con hemorragia o perforación y en los pacientes de edad avanzada. Estos pacientes deben comenzar el tratamiento con la dosis menor posible. Se recomienda prescribir a estos pacientes tratamiento concomitante con agentes protectores (p.e. misoprostol o inhibidores de la bomba de protones). Se ha observado en algunos casos retención de líquidos tras la administración de Ibuprofeno por lo que debe utilizarse con precaución en pacientes con insuficiencia cardíaca o hipertensión. Como con otros AINEs, la administración por largo tiempo de Ibuprofeno tiene incidencia en la necrosis renal papilar y otros cambios patológicos renales. Ante la suspensión del tratamiento con AINEs, usualmente se presenta la recuperación del estado pretratamiento. **Existe riesgo de insuficiencia renal especialmente en niños y adolescentes deshidratados. Los AINEs pueden enmascarar los síntomas de las infecciones. En los pacientes sometidos a tratamientos de larga duración con Ibuprofeno se deben controlar como medida de precaución la función renal, la función hepática, la función hematológica y los recuentos hemáticos.** (Negrilla y subraya fuera de texto).

Como eventos adversos se mencionan:

Durante la terapia con ibuprofeno se han reportado los siguientes eventos adversos: epigastralgia, pirosis, diarrea, distensión abdominal, náuseas, vómitos, cólicos abdominales, constipación, mareos, rash, prurito, tinnitus, disminución del apetito, edema, neutropenia, **agranulocitosis**, anemia aplásica, trombocitopenia, sangre oculta en materia fecal, esta última en menor proporción que en otros antiinflamatorios no esteroideos. Ambliopía reversible y en raras ocasiones se ha presentado síndrome de Stevens-Johnson. **Se puede presentar disfunción renal reversible**, elevación de la creatinina, **falla renal aguda** y ocasionalmente síndrome nefrótico, los cuales se pueden presentar varios días después de iniciar la terapia, especialmente en pacientes a riesgo como los que presentan lesión renal preexistente y depleción de líquidos entre otros. Puede presentarse casos de meningitis aséptica en pacientes que están tomando antiinflamatorios no esteroideos, esta se presenta pocas horas después de su ingesta y suele acompañarse de fiebre, cefalea, dolor abdominal, rigidez de nuca, puede tornarse letárgico y eventualmente comatoso, existe una posible relación con pacientes con lupus eritematoso sistémico o enfermedades relacionadas con el tejido conectivo; los síntomas se resuelven al suspender el fármaco. **Los eventos adversos gastrointestinales se pueden minimizar al administrar el ibuprofeno con leche o alimentos** y monitoreando a los pacientes que presenten un alto riesgo potencial para estos eventos adversos como son los adultos mayores, los que reciben altas dosis de antiinflamatorios no esteroideos, de anticoagulantes, corticosteroides los que tengan antecedentes de úlcera péptica, los fumadores, los alcohólicos o en general las personas que tengan un pobre estado de salud. Se pueden presentar alteraciones en las pruebas hepáticas hasta en un 15% de los pacientes; en caso que se presenten signos o síntomas de una reacción hepática severa se debe suspender el ibuprofeno. (Negrilla y subraya fuera de texto).

Interacciones farmacológicas:

El uso simultáneo con acetaminofén puede aumentar el riesgo de efectos renales adversos. La administración junto con corticoides o alcohol aumenta el riesgo de efectos gastrointestinales secundarios. El uso concomitante con hipoglucemiantes orales o insulina puede aumentar el efecto hipoglucémico de estos, ya que las prostaglandinas están implicadas de manera directa en los mecanismos de regulación del metabolismo de la glucosa, y posiblemente también debido al desplazamiento de los hipoglucemiantes orales de las proteínas séricas. La asociación con probenecid puede disminuir su excreción y aumentar la

concentración sérica potenciando su eficacia o aumentando el potencial de toxicidad.

El Ibuprofeno puede reducir el efecto cardioprotector del ácido acetilsalicílico, incrementa las concentraciones plasmáticas de litio, metotrexate y glicósidos cardiacos. El riesgo de nefrotoxicidad se puede incrementar con los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, ciclosporina, tacrolimus o diuréticos, puede reducir el efecto antihipertensivo de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, beta bloqueadores y diuréticos. Puede incrementar el efecto de la fenitoína y las sulfonilureas. **No debe administrarse con otros antiinflamatorios no esteroideos.**

#### 7.2.2.3. NAPROXENO

En lo que se refiere al NAPROXENO, tenemos como contraindicaciones:

Hipersensibilidad al principio activo o a sus excipientes, reacción alérgica al ácido acetilsalicílico o a otros AINEs. Asma, broncoespasmo, rinitis aguda, pólipos nasales y edema angioneurótico. Desórdenes de la coagulación. Enfermedad cardiovascular. Úlcera péptica, sangrado gastrointestinal y antecedentes de enfermedad ácido péptica. Disfunción hepática moderada y severa. No administrar durante el embarazo en especial durante el tercer trimestre y la lactancia. Insuficiencia renal grave (depuración de creatinina < 30 mL/min). Se recomienda iniciar tratamiento con las dosis más bajas. El uso concomitante con el ácido acetilsalicílico (ASA) incrementa el riesgo de úlcera gastrointestinal y sus complicaciones. Puede aumentar los efectos anticoagulantes de la cumarina. No emplear este medicamento por más de 3 días para la fiebre o por más de 10 días para el dolor. Si los síntomas persisten o empeoran, consulte a su médico.

El PORTAL FARMACEÚTICO DE TECNOQUÍMICAS, refiere que es un antiinflamatorio no esteroideo, de la clase de los derivados del ácido propiónico, con sobresalientes actividades analgésica, antiinflamatoria y antipiréticas. El Naproxeno como molécula, se ha utilizado en dos formas químicas diferentes, para cada una de las cuales, se han desarrollado diversas formas farmacéuticas orales.

NAPROXENO MK®, tiene como principio activo la forma química de ácido (ácido orgánico débil). Esta forma es la más indicada para el uso como antiinflamatorio en enfermedades reumáticas, pues su pico de concentración plasmática máxima, es menos elevado que el que se consigue con dosis equivalentes de la forma química de sal sódica, y aparece tardíamente (2 a 4 horas, mientras que el de la sal sódica, lo hace en 1 a 2 horas). Esta diferencia farmacocinética hace, que las formas ácidas como NAPROXENO MK®, estén especialmente indicadas para la administración crónica de Naproxeno, pues le da un perfil de seguridad más alto.

NAPROXENO MK® está indicado en el mismo portal como analgésico, antiinflamatorio no esteroide. No refiere POSOLOGÍA para niños. Para adultos refiere que 500 a 1.000 mg al día, repartidos en 2 ó 3 dosis (cada 8 a 12 horas). Se puede incrementar hasta 1.500 mg/día para el manejo de episodios de exacerbación y nunca por más de 2 semanas.

#### 7.2.2.4. DIPIRONA

La DIPIRONA SÓDICA, presenta según el PORTAL FARMACEUTICO DE TECNOQUÍMICAS una posología para Adultos y niños mayores de 12 años: 1 tableta cada 6-8 horas ó según criterio médico.

Contraindicaciones y advertencias: No se debe administrar en caso de hipersensibilidad al ácido acetilsalicílico (ASA) y a las pirazonas (hipersensibilidad a medicamentos que contienen por ejemplo metamizol, isopropilaminofenazona, propifenazona, fenazona o fenilbutazona), en determinadas enfermedades metabólicas (porfiria hepática, déficit congénito de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa). Trastornos hematológicos, úlcera péptica, insuficiencia renal o hepática graves. No debe administrarse por períodos prolongados.

Precauciones: Los pacientes que sufren alteraciones previas del sistema hematopoyético (por ejemplo tratamiento con citostáticos), sólo deben utilizar DIPIROTEG® bajo vigilancia médica. Los pacientes con asma bronquial o infecciones crónicas de las vías respiratorias (especialmente cuando van asociadas a síntomas o manifestaciones del tipo de fiebre de heno) y los pacientes que presentan reacciones de hipersensibilidad de cualquier tipo frente a antirreumáticos y analgésicos, al tomar el medicamento pueden presentar crisis de asma y shock. Antes de utilizar el medicamento deben consultar al médico.

Lo mismo es aplicable a aquellos pacientes que, incluso con pequeñas cantidades de bebidas alcohólicas, reaccionan con estornudos, lagrimeo, rubefacción facial intensa y también en aquellos pacientes que presentan hipersensibilidad (reacciones dérmicas, prurito, urticaria) a otras sustancias. Las tabletas de DIPIROTEG® no están indicadas en niños menores de 15 años. Se recomienda no utilizarlo durante el embarazo y la lactancia.

Según el Catálogo MERTTEL de TOLEDO, en algunos países se llama METAMIZOL SÓDICO, es un analgésico y antipirético muy popular en gran parte del mundo, incluyendo España y América Latina. También existen las formas DIPIRONA MAGÉSICA y METAMIZOL MAGNÉSICO, que son básicamente iguales a las formas sódicas.

A pesar de ser un medicamento eficaz, muy popular y ya en comercialización durante décadas, la dipirona sigue siendo una droga controversia, que fue prohibida en unos 30 países de todo el mundo, incluyendo Estados Unidos, Japón, Australia, Inglaterra y Suecia. La razón de la prohibición es el riesgo de agranulocitosis, una complicación rara pero potencialmente fatal. Aun así, la dipirona (o metamizol) continúa siendo ampliamente comercializada en países como Argentina, Brasil, Portugal, México, Colombia, Venezuela, España, Israel y Rusia, que consideran que la aparición de agranulocitosis es tan rara que no justifica una prohibición de la droga.

PEDRO PINHEIRO Médico especialista en Medicina Interna y Nefrología. Títulos reconocidos por el Colegio de Nefrología Portugués y la Sociedad Brasileña de Nefrología. Editor en jefe del sitio web MD. Saúde desde 2008. El metamizol es un medicamento que, generalmente, causa pocos efectos secundarios. Además de la posibilidad de reacción alérgica, que es común a todos los otros analgésicos y antiinflamatorios en el mercado, el efecto secundario más reportado es la caída de la presión arterial, especialmente en pacientes deshidratados o con problemas cardíacos descompensados. A pesar de ser un fármaco bien tolerado por la mayoría de la gente, dipirona/metamizol fue prohibida/en varios países después de algunos relatos de pacientes que desarrollaron agranulocitosis.

#### 7.2.2.5. METOCLOPRAMIDA

No se encuentra en el PORTAL FARMACEUTICO DE TECNOQUÍMICAS.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España ha precisado:

*“ANEXO A LA NOTA INFORMATIVA MUH (FV) 22/2013 DE LA AEMPS MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES DE USO DE METOCLOPRAMIDA*

*“● No prolongar el tratamiento durante más de 5 días. ● Restricción de indicaciones: o Adultos: No debe usarse en tratamientos de alteraciones clínicas (p. ej. gastroparesis, dispepsia, reflujo gastroesofágico) ni como un complemento en los procedimientos quirúrgicos o radiológicos. Se mantiene indicada en la prevención y tratamiento de náuseas y vómitos postoperatorios, inducidos por radioterapia o asociados a migraña<sup>2</sup> aguda, así como náuseas y vómitos retardados (no agudos) inducidos por quimioterapia<sup>3</sup>.*

*“Pediatria: no debe usarse en niños menores de un año. Para los mayores de esta edad su uso queda restringido a segunda línea de tratamiento de náuseas y vómitos post-operatorios y prevención de náuseas y vómitos retardados tras quimioterapia.*

*“● Posología: En adultos la dosis recomendada (para todas las vías de administración) es de 10 mg hasta tres veces al día, en niños, de 0,1 a 0,15 mg por kg de peso corporal hasta tres veces al día. La dosis máxima en adultos y niños en 24 horas será de 0,5 mg/kg de peso corporal. ● Precauciones y prevención de reacciones adversas: o Las dosis intravenosas deben ser administradas lentamente (bolo lento), durante al menos 3 minutos. o La administración intravenosa a pacientes con mayor riesgo de reacciones cardiovasculares debe realizarse con especial precaución (p. ej. pacientes de edad avanzada, con alteraciones en la conducción cardíaca, desequilibrio electrolítico no corregido, bradicardia o aquellos en tratamiento con medicamentos que puedan prolongar el intervalo QT).*

*“● Suspensión de formulaciones: las formas orales líquidas con concentración superior a 1 mg/ml y las parenterales (intravenosas) con más de 5 mg/ml deberán suspenderse. 2 Dosis mayores de 10 mg no demostraron un aumento de eficacia. Los efectos de metoclopramida sobre la motilidad pueden mejorar la absorción de los analgésicos administrados por vía oral. 3 Los datos de eficacia en náuseas y vómitos agudos inducidos por quimioterapia son limitados y sugieren que metoclopramida fue inferior a los antagonistas de 5HT<sub>3</sub> y requirió altas dosis que están asociadas con un aumento del riesgo de reacciones adversas (...).”*

Para sintetizar, entre otras situaciones de riesgo el Despacho extrae las siguientes:

- Hay coincidencia en el sentido de que no es posible suministrar al paciente, más de un ANTIINFLAMATORIO NO ESTEROIDES (AINES), medicamento que coincide con las características del DICLOFENACO, IBUPROFENO y NAPROXENO, formulados en tres (3) diversas oportunidades y durante cuatro (4) días en forma concomitante y cuasi concomitante al menor BRAYAN STEVEN TORRES CADENA.
- Los riesgos a los que se expone el paciente por cuenta del uso indebido de este tipo de medicación, son graves en cuanto se expresa la posibilidad de presentar agranulocitosis, enfermedad consistente según lo expresado en disminución de los glóbulos blancos; hemorragia digestiva; disfunción hepática; inhibición reversible de la agregación plaquetaria; disfunción renal; enmascaramiento de infecciones; diversos estados de shock y como reacción alérgica.

- La DIPIRONA tiene uso prohibido en 15 países, incluyendo E. U., con ocasión del hecho de atribuirle la posibilidad de generar agranulocitosis y reiterando que su uso inadecuado puede generar shock. Este medicamento también fue formulado al menor BRAYAN STEVEN TORRES CADENA, horas antes de entrar en shock.
- La METOCLOPRAMIDA no es recomendable en niños menores de un (1) año. En niños mayores de un (1) año, su uso es restringido a segunda línea de tratamiento de náuseas y vómitos post-operatorios y prevención de náuseas y vómitos retardados tras quimioterapia. Este medicamento fue suministrado al menor BRAYAN STEVEN TORRES CADENA horas antes de entrar en shock.

## 8. ANÁLISIS DEL CASO CONCRETO

La demanda cuestiona diversas situaciones que el Juzgado las debe diferenciar desde el punto de vista probatorio y de sujetos partícipes en la atención médica de la víctima, por la probable deficiencia en el diagnóstico y tratamiento farmacológico que debió soportar el paciente menor de ocho (8) años BRAYAN STEVEN TORRES CADENA, después de sufrir un golpe el día 17 de diciembre de 2011 contra el filo de una pared, por atención deficiente desde el punto de vista médico, error que lastimosamente y según la demanda, le produjo su fallecimiento.

Con sustento en la Historia Clínica<sup>47</sup> y los diversos testimonios allegados al proceso en desarrollo de la audiencia de práctica de pruebas<sup>48</sup>, podemos concluir que el paciente BRAYAN ESTEVEN TORRES CADENA sufrió un trauma de cadera con ocasión de un golpe contra un muro y que dicho evento fue examinado, diagnosticado y tratado con medicamentos por parte de médicos adscritos a RED DE SALUD DE LADERA E. S. E., en tres (3) ocasiones diversas. Como al finalizar la última atención, el paciente mostró síntomas que debían ser atendidos por un nivel superior, fue objeto de remisión al Hospital UNIVERSITARIO DEL VALLE, donde falleció horas después de cumplida la remisión y de haberse dispuesto su traslado a una Unidad de Cuidado Intensivo en el Centro de Atención de tercer nivel.

---

<sup>47</sup> Folios 38 al 59

<sup>48</sup> Folios 245 al 247 y cd a folio 249; 285 al 288 y cd a folio 289; 302 al 306 y cd a folio 307;

Existe divergencia entre los testimonios rendidos por los dos (2) médicos adscritos a la RED DE SALUD DE LADERA E. S. E. y los dos (2) médicos adscritos al Hospital Universitario del Valle, acerca del manejo que se le dio al paciente en su diagnóstico y en su tratamiento.

La doctora YENSSI ARIAS refiere que le era imposible con los medios a su alcance y síntomas expresados por la familia del menor, en especial ausencia de fiebre, determinar si el niño BRAYAN ESTEVEN TORRES CADENA podría entrar a padecer una infección o no, como consecuencia del golpe que sufrió.

Los galenos del Hospital Universitario del Valle CARLOS ARMANDO ECHANDÍA ÁLVAREZ y HUGO JAVIER BUITRAGO VARGAS, refieren que podría haber faltado seguimiento más riguroso frente al tema y advierten inconsistencias incluso en la elaboración de la Historia Clínica, que el doctor ROBERTO ZAPATA adscrito a la RED SOCIAL DE LADERA E. S. E. atribuye al afán por despachar al menor BRAYAN STEVEN TORRES CADENA, a un Centro de Atención de Tercer Nivel, debido a su estado de salud.

Así mismo, existe divergencia de opinión en cuanto a la medicación, por cuanto mientras YENSI ARIAS y ROBERTO ZAPATA refieren que se suministraron al paciente TORRES CADENA unas dosis adecuadas de analgésicos, los doctores CARLOS ARMANDO ECHANDÍA ÁLVAREZ y HUGO JAVIER BUITRAGO VARGAS, refieren que las dosis suministradas podrían haber sido excesivas, por la naturaleza de los medicamentos formulados.

Así las cosas, para efectos de dirimir la controversia suscitada, el Despacho acudirá a los estudios científicos citados en la parte considerativa de esta sentencia acerca de la necesidad de hacer un examen riguroso, completo y amplio en presencia de dolor de la cadera de los niños.

En cuanto a la medicación asumida como tratamiento, la decisión se sustentará en la exigencia legal de publicar las contraindicaciones de la medicación que por ser consideradas de conocimiento público se constituyen en un hecho notorio que no requiere de prueba, respaldados igualmente en forma accesoria con los estudios científicos citados en la parte considerativa de esta decisión como doctrina, aclarando que tanto los médicos al formularlos como los pacientes al recibir la

atención dentro de los hechos que son materia de debate, igualmente tuvieron la posibilidad de acceder a tal información.

A manera de resumen, el Despacho considera que la atención y tratamiento del paciente BRAYAN STEVEN TORRES CADENA, consistió en:

- 8.1. Consulta de diciembre 18 de 2012<sup>49</sup>: **Anormalidades al examen físico:** Dolor en cadera izquierda, con edema e inflamación. **Diagnóstico** Trauma cadera **Conducta** DICLOFENACO 75 mg ampolla de 2 cc IM – DU. Fórmula Médica. Rayos X de cadera el mismo día. Ya según la Fórmula Médica de la doctora CAROLINA GIRALDO M. se menciona aplicar gel de DICLOFENACO en pierna cada 8 horas<sup>50</sup> y suministrar 1 tableta de IBUPROFENO de 400 mg cada 8 horas. La radiografía que se le tomó al paciente, sirvió para descartar la presencia de fracturas o luxaciones.

En el momento de la realización de la consulta se produjo el diagnóstico que resultaba evidente, de acuerdo con la descripción que la familia realizara de los hechos ocurridos era el de trauma de cadera. Esto es, ante la presentación de un golpe con el filo de un muro a la altura de la cadera izquierda del menor y un dolor intenso en el área afectada, la situación arroja como diagnóstico el trauma de cadera.

Se destaca no obstante, que la Historia Clínica además detalla situaciones anormales de edema e inflamación y que la inflamación es una reacción del cuerpo humano a cuerpos vivos extraños, que bien podían ser los virus o las bacterias<sup>51</sup>.

En cuanto a la conducta a seguir que equivale al tratamiento secuencial brindado al paciente, la doctora CAROLINA GIRALDO imparte la orden de tomar radiografía de cadera en el mismo día y la aplicación de ampolla del analgésico DICLOFENACO. Además, en la fórmula dada al paciente se ordenó IBUPROFENO tabletas y DICLOFENACO en gel en la pierna, situación que se considera pretendió controlar el dolor padecido por el paciente, debido al trauma sufrido.

---

<sup>49</sup> Folio 47 y 47 vuelto

<sup>50</sup> Folios 47 frente y vuelto

<sup>51</sup> Folio 77 vuelto y análisis que realiza sobre el tema ARTHRITIS FUNDATION y ENCICLOPEDIA WIKIPEDIA

No obstante lo dicho, frente a la inflamación y la posibilidad de infección que puede generar un trauma de cadera, dentro de la Historia Clínica no se realiza ninguna fórmula médica, ni se advierte ninguna recomendación al respecto.

Tal situación, sumada a la inhibición del síntoma de la fiebre que eventualmente pudo haber generado el efecto de la aplicación del medicamento IBUPROFENO, no permitió verificar la existencia de dicho síntoma, como uno de los factores que permitirían deducir el probable desarrollo de una infección.

Para aclarar el tema, hacemos referencia a los estudios científicos citados al inicio de la parte considerativa de esta decisión, en los que se afirma que la fiebre no es el único indicativo de infección y por ello el examen en caso de dolor de cadera, debe ser muy riguroso para descartar la presencia de una infección y que de hecho un dolor agudo puede ser un síntoma de infección dentro del área de influencia de la cadera que bien podría afectar hasta la rodilla.

Aunque en el hecho 3º de la demanda, se menciona que la medicación formulada fue DICLOFENACO 75 mg, en realidad lo formulado fue aplicarlo como gel en la pierna, además de IBUPROFENO en tabletas, cuyo uso se da también para controlar la fiebre y la inflamación, ante la necesidad de contrarrestar el padecimiento del niño, quien *“literalmente gritaba del dolor”*, al momento de consultar ante la RED LADERA E. S. E.

8.2. Consulta de diciembre 19 de 2011: **Anormalidades al examen físico:** Dolor en cadera izquierda. No limitación funcional. **Diagnóstico.** Trauma de cadera **Conducta:** Se formula Naproxeno 250 mg 1 c/ 8 horas 20 en total. Diclofenaco 1 tableta de 50 mg c/12 horas 20 en total y se dan recomendaciones no especificadas.

Como se puede apreciar, el examen realizado por la doctora YENSSI ARIAS, según la copia de la Historia Clínica, no realiza ningún tipo de referencia al edema y a la inflamación que percibió la doctora CAROLINA GIRALDO inicialmente. Tampoco se dice ni se aprecia nada ante una eventual fiebre; no obstante se menciona la presencia del dolor persistente sin limitación funcional, situación para considerar extraña si se estaba en la presencia de un hecho como lo era el del resultado de la radiografía ordenada por su antecesora, que no mostraba fracturas

ni luxaciones, y por sentido común no podría generarse un dolor de la dimensión que pudo apreciar la referida médica.

En su declaración la doctora YENSSI ARIAS señala que cuando se produjo la consulta no percibió fiebre, lo que la motivó a ocuparse solamente de controlar el dolor, situación que se reitera no considera que el primer medicamento formulado por quien la precediera en el examen de BRAYAN STEVEN TORRES CADENA, es decir el IBUPROFENO, podría inhibir la presencia de fiebre al igual que el NAPROXENO y el DICLOFENACO, formulados por la testigo y que la infección no solamente es detectable por la presencia de dicho fenómeno febril, sino que se tienen al alcance medios que en la misma RED LADERA estaban a disposición, tal y como lo expuso en su declaración el testigo ROBERTO ZAPATA, al señalar que ordenó uno examen de cuadro hemático y plaquetas orientados en tal sentido, en momentos en los que el estado del paciente se había agravado considerablemente.

Además refiere la testigo que el sitio donde laboraba no existían pediatras que son los médicos especializados para manejar este tipo de situaciones, lo cual denota poco interés en establecer la causa del síntoma del dolor intenso padecido por el paciente.

Ante consulta sobre golpe en la cadera izquierda y la solicitud de rayos X “(...) *en la cual no se observan fx ni luxaciones (...)*”, señala como situación anormal dolor en cadera izquierda “(...) *no limitación funcional (...)*”, no dijo nada la médico YENSSI ARIAS acerca del edema e inflamación advertidos por la doctora CAROLINA GIRALDO, sino que se limitó a diagnosticar trauma de cadera izquierda ante retorno del paciente a consultar a diciembre 19 de 2011.

En cuanto al tratamiento, se limitó a ampliar la medicación en el sentido de suministrar NAPROXENO 1 cada 8 horas y DICLOFENACO 1 cada 12 horas, sin considerar que dicho manejo podría enmascarar u ocultar los síntomas de la infección que venía haciéndose más fuerte al interior del paciente. Según la Historia Clínica no se especificaron recomendaciones adicionales<sup>52</sup>, aunque la madre del menor habla de solicitud de reposo absoluto para buscar la mejoría del menor, al momento de rendir su interrogatorio de parte<sup>53</sup>.

---

<sup>52</sup> Folios 38 frente y vuelto Cuaderno No. 1

<sup>53</sup> Folio 38 vuelto Cuaderno No. 1

De otra parte, no se vislumbra en la Historia Clínica la realización de ninguna evaluación acerca de la persistencia de dolor agudo, y que, según los estudios científicos antes citados, el síntoma de inflamación en cualquier parte del cuerpo significa desarrollo de una infección con virus o bacterias y que el diagnóstico ha debido estar precedido también del término sufijo itis "*caderitis izquierda*".

En cuanto a la medicación, se tiene evidencia por la misma copia de la Historia Clínica que la doctora YENSSI ARIAS formuló simultáneamente NAPROXENO y DICLOFENACO, que por tratarse de dos (2) antiinflamatorios no esteroideos, no era lo recomendable en niños y pudo poner en riesgo al paciente, por la denominada presentación de eventos adversos o contraindicaciones.

La situación advertida corrobora lo dicho en el hecho 4º de la demanda, en cuanto en efecto el día 19 de diciembre de 2011, en resultado de radiografía ordenada no se observan fracturas ni luxaciones, en el informe del examen físico se registra dolor en la cadera izquierda sin limitación funcional y se diagnostica trauma de cadera izquierda.

La recomendación de mantener quietud en casa, de expresar que no podía dejarse al niño jugar ni caminar y en tomar los medicamentos denominados AINES, relatada por la señora MARÍA NANCY CADENA MEJÍA, al momento de rendir interrogatorio de parte, ofrece serios motivos de credibilidad, por coincidir con la decisión de la galena de formular los medicamentos a nivel analgésico, cerrando espacio a la posibilidad de que el trauma de cadera sufrido por el menor, pudiera o viniera acompañado de una infección.

Lo anterior en cuanto los efectos de la medicación se reitera consisten en "*enmascarar*" los síntomas de la fiebre y de todas formas no son únicos al alcance para determinar la existencia de una infección. De lo dicho y de lo afirmado en el testimonio de la doctora YENSSI ARIAS, se infiere que dentro de las recomendaciones efectuadas a la familia del paciente BRAYAN TORRES CADENA, se encontraban incluso las de no levantarse al baño, razón por la cual se concluye no consideró que la especial intensificación del dolor padecido por él, podría tener origen en una infección; no obstante la citada galena optó por duplicarle la dosis analgésica sin medir consecuencias tampoco acerca de las

contraindicaciones por la indebida utilización de los denominados “AINES”, so pretexto de reducir un dolor intenso.

8.3. **3ª Consulta Diciembre 22 de 217 Anormalidades al examen físico:**

Paciente álgico mucho dolor mucosas secas, 37,5 ° no fiebre, se deja en observación, solución salina 250, ampolla dipirona de un gramo que tiene 2 cms y 1 diclofenaco una ampolla de 2 centímetros, para un niño de 8 años. Muy álgico. Impresión diagnóstica enfermedad seria. En un Centro de salud se debió Cuadro Hemático y Creatinina signo daño renal 1 50 a. m. Al salir el Cuadro hemático 3,13 Leucopenia valor normal 9 10 hasta 12, células valores bajos, hemoglobina 14,7 valor normal no anemia. Plaquetas 46.000 normal de 100.000 a 400.000 trombocitopenia. Neutrófilos normales 59,7 %, Linfocitos 34,2 valor normal. Creatinina 0,40 0,7 a 1,2 valor normal<sup>54</sup>. Síntomas constitucionales. Pensar en remisión por debilidad en equipos de atención y por epidemia de dengue, probable y hepatitis con dolor lumbar. Hipetequias. **Diagnóstico.** Dengue /o Hepatitis /o Dolor abdominal. **Conducta:** Ingreso 1 51 a. m. Cuadro Hemático 2 16 a. m. y detectada su regular condición, se remite a Hospital Universitario del Valle a las 4 15 a. m.

Aunque se menciona que en el momento de la remisión el paciente sale en condiciones estables, se debe destacar que en el momento de iniciar la atención, el paciente refirió un dolor generalizado en su cuerpo, situación precedida por el trauma de cadera.

El dolor agudo se insiste, según los estudios científicos citados en la parte considerativa de esta decisión y ante un eventual trauma de cadera, puede sugerir una infección, sin embargo con ocasión de la remisión no se consideró tal eventualidad.

Con los resultados de Cuadro Hemático y Plaquetas se consideró posible Hepatitis Dengue o Dolor Abdominal, aclarando que los síntomas pueden coincidir con infección.

Conducta a seguir SSN 250 CC, DIPIRONA 2 GR EN LEV DICLOFENACO IN 2,00 CC., ninguno de los cuales apunta a controlar probable infección, insistiendo

---

<sup>54</sup> Folios 181 y 182

en tal sentido en cuanto la aplicación del DICLOFENACO puede conducir a enmascaramiento de los síntomas de infección y que la DIPIRONA ha sido prohibida en 15 países por probable exposición de los pacientes a adquirir la enfermedad de agranulocitosis y su uso inadecuado puede generar shock.

Aunque el doctor ROBERTO ZAPATA en su declaración refiere que los datos del examen físico del paciente citados en la Historia Clínica, corresponden a otra persona y que tal vez ello obedeció al estado de salud delicado del menor, quien requería una atención de mucha rapidez, la verdad es que el Despacho considera que se trata de una afirmación irresponsable e incoherente, por cuanto la Historia Clínica es la única herramienta con la que cuenta el nuevo médico tratante para abordar un probable tratamiento a un paciente en delicado estado de salud.

Dentro de la Historia Clínica no es factible señalar que un paciente está en buen estado físico y de salud, cuando en la realidad no lo está y a pesar de ello firmar la remisión con tales antecedentes equivocados justamente cuando lo que se va a reportar son deficiencias de salud de gravedad extrema.

Tampoco resulta explicable para el doctor ROBERTO ZAPATA, que confunda Petequias que consisten en puntos rojos con vesículas que son especie de esferas que dan a pensar en shock séptico por stafilococo, en cuanto tienden igualmente a confundir y a desperdiciar tiempo e incluso tratamiento adecuado.

Las deficiencias en la confección de la Historia Clínica se considera son inexplicables y forman parte del todo constitutivo del déficit de atención del paciente BRAYAN STEVEN TORRES CADENA.

En igual sentido, el testimonio del doctor CARLOS ARMANDO ECHANDÍA Médico adscrito al Hospital Universitario del Valle, confirma la realización de la consulta del menor de diciembre 22 de 2011, remitido del Centro de Salud SILOE, precisando que todo ocurrió con posterioridad a la presentación de un golpe en la cadera, 5 días antes.

Como estaba presente la cojera, el dolor, la fiebre, fue medicado para contrarrestar el dolor, aunque la radiografía no mostraba fracturas. También fue informado de que cuatro (4) días antes presentó fiebre. El día de la consulta se percibieron vesículas en la piel, vomito concho de café, de manera que a las 4 15

a. m. llegó en estado grave hipotenso, hipotérmico, taquicárdico, dificultad respiratoria, vesículas todo el cuerpo, respiraba rápido, abdomen doloroso, no movía extremidades y por todo ello diagnosticó shock séptico, stafilocoxemia.

Con sustento en tales apreciaciones conceptúa el testimonio, que la muerte sobrevino al shock por paro cardiaco a las 10 35 a. m. ante antecedentes de trauma de cadera, manejo de reanimación líquidos y almidón, antibióticos alto espectro, presión, plasma, entubamiento de tráquea. Sobre las 10 20 aumenta presión, el tack y la escanografía muestran contrastada condensación pulmones, las venas ilíacas coltrombosadas y a las 10 35 el paro cardio respiratorio y como en 40 minutos de reanimación, no respondió, se declara muerto a las 11 10 murió.

Es decir el paciente duró 6 horas recibiendo la atención que requería, ante acidosis metabólica severa, bilirubina aumentada, falencias en el hígado, leucopenia, plaquetas bajas por la infección aunque el resto estuviere normal.

En el sentido indicado, el testigo señala que la remisión efectuada no concuerda con el estado del paciente fijado en la remisión efectuada, ya que sus signos eran de presión baja, sin temperatura taquicardico, respirando rápido, 32 kilos remisión y los referidos en la Historia corresponden a otro paciente. Aunque el niño sufrió shock séptico, se lo presenta en la Historia Clínica como paciente con infección leve, sin coincidir con el estado en el cual llegó al Hospital Departamental. Además tampoco corresponde a dengue ni hepatitis al paciente. Considera que la infección aumentó y que no había petequias sino un Shock severo stafilococo.

Cuestiona que no se haya tratado al menor con Acetaminofén y la falta de seguimiento estricto a la salud del niño, dentro de cuyo contexto encontramos que a la fiebre tampoco se le hizo seguimiento y coincide en que no ha debido formularse diclofenaco ni naproxeno, porque afectan el riñón. De la medicación suministrada solo IBUPROFENO está indicada, nunca DICLOFENACO ni NAPROXENO en niños.

En cuanto al tratamiento impartido con anterioridad, el galeno le atribuye a los AINES en los niños, el principal factor de baja en flujo renal si esta deshidratado o falla renal, anemia plástica sin glóbulos blancos y rojos. En niños no es recomendable. También producen hemorragias altas. Los AINES no producen daño hepático pero si hay infección del hígado, se afecta o baja flujo y se puede

producir anemia plástica y gastritis y hemorragia digestiva. La toxicidad medular es anemia plástica, es decir sin glóbulos rojos y blancos. Baja defensas, porque no tiene con qué defenderse, por la acción de tales medicamentos.

El trauma en niños, produce inflamación por bacterias. La sangre en el sitio se infecta y produce osteomielitis. Muy pocos casos hacen septicemia. Con golpe con infección, aumenta la infección severa. Casos severos se dan por Hipersensibilidad, no por los medicamentos.

Aduce además el testigo que el IBUPRUFENO 400 MG, es indicado pero no así el resto de medicamentos que lo que produjeron en síntesis en el paciente fue una bomba porque recibió DICLOFENACO, DAPROXENO, DICLOFENACO, DIPIRORENA.

Sobre los efectos de los AINTES, precisa 3:

- FALLA RENAL;
- INMUNOSUPRESION o INMUNODEFICIENCIA,
- SHOCK por aplicar tres medicamentos fuertes a un paciente débil.

Considera entonces que el niño BRAYAN STEVEN TORRES CADENA, prácticamente llegó a morirse por infección severa, por cuanto a raíz del trauma tuvo infección que aumentó en forma progresiva; sepsis y shock no son reversibles en pacientes que no tienen como defenderse.

Si bien el doctor ROBERTO ZAPATA, reconoce haber atendido al paciente en sitio especial de urgencia, el 22 de diciembre de 2011 a la 1 57 a. m., y que ya había ido durante los días 18 y 19 de diciembre de 2011 al mismo lugar y relata que dentro de la atención inicial, el paciente no presentaba fiebre sino síntomas constitucionales tales como malestar, decaimiento, náusea, vómitos y que el menor caminaba por sus propios medios y egresa así, lo cierto es que fue advertido del dolor generalizado que padecía y que incluso le motivó su remisión a un sitio de tercer nivel de atención médica.

En tal sentido causa estupor, que ante la inflamación de la cadera y el dolor generalizado, así como alzas térmicas que no pueden considerarse como fiebre, con mucosas secas, diga que se debe canalizar y suministrarle ampolla dipirona y

diclofenaco niño 8 años 0,7 a 1,2, con base en una probable epidemia de dengue, sin advertir los efectos que representaría ante ello, la mediación suministrada con anterioridad.

Aunque la probable hepatitis y el dengue clásico tienen algunas características similares a las de la infección, para el doctor ZAPATA tampoco tuvo ninguna significación la inflamación de la cadera del niño, ni el dolor agudo no obstante no estar fracturado ni luxado.

Si bien el trámite de remisión fue muy rápido, ante el HUV, el DICLOFENACO y DIPIRONA suministrados al lado de la METROCLOPRAMIDA, para superar 3 días de fiebre, con petequias, abdomen tenso doloroso no es lo indicado en cuanto se insiste en que la inflamación es un síntoma de probable infección y una infección no puede tratarse con analgésicos.

Por lo expuesto, el Despacho considera que la declaración del doctor ZAPATA no tiene ningún valor de credibilidad frente a lo afirmado por el doctor ECHANDÍA, que se soporta en el seguimiento científico efectuado frente a los temas y que es incomprensible que un médico de tanta experiencia como el doctor ZAPATA afirme que un dolor agudo y una inflamación y un vomito no pueden eventualmente ser síntomas de una infección.

#### 8.4. Atención Hospital Universitario del Valle.

Refiere ingreso con EPICRISIS sobre 4 15 a. m., que significó intubación Antro Traqueal y anestesiológica, debido al shock séptico con falla respiratoria, hemorragia vías digestivas alta, trauma lumbosacro. Se le hicieron procedimientos de suministro antibióticos y de reanimación, pero falleció a las 11 15 a. m.<sup>55</sup>, después de haber entrado en paro cardio - respiratorio sobre las 10 30 de la mañana.

La prueba de la relación causal entre la intervención médica y el daño sufrido por el paciente reviste un grado de complejidad a veces considerable, no sólo por tratarse de un dato empírico producido durante una práctica científica o técnica, comúnmente ajena a los conocimientos del propio paciente, sino porque, además, por lo regular, no queda huella de esa prestación, diferente al registro que el

---

<sup>55</sup> Folios 50 al 59 Cuaderno No. 1, 1 y cd a folio 2 Cuaderno No. 4

médico o el personal paramédico consigne en la historia clínica, la que, además, permanece bajo el control de la misma entidad que prestó el servicio<sup>56</sup>.

No obstante, en el presente caso, se reitera el paciente ingresó en estado de shock, sin presión arterial, con dificultad respiratoria que motivó intubación, con hemorragia de vías digestivas y antecedentes de trauma lumbosacro, todo lo cual le produjo el fallecimiento.

El shock de carácter séptico aparece especificado en la Enciclopedia MED LINE PLUS de INTERNET, como una afección grave que ocurre cuando una infección en todo el cuerpo lleva a que se presente una hipotensión arterial peligrosa, el cual tiene ocurrencia con más frecuencia en las personas de edad muy avanzada y en las muy jóvenes. También puede ocurrir en personas que tienen un sistema inmunitario debilitado.

El shock séptico puede ser causado por cualquier tipo de bacteria. Hongos y (en raras ocasiones) virus pueden también causar la afección. Las toxinas liberadas por bacterias u hongos pueden causar daño tisular, lo cual puede llevar a que se presente hipotensión arterial y funcionamiento deficiente de órganos. Algunos investigadores creen que los coágulos sanguíneos en las pequeñas arterias ocasionan la falta de flujo de sangre y el funcionamiento deficiente de órganos.

Además del testimonio del doctor ECHANDÍA, en diligencia de interrogatorio de parte, BLANCA ANDREA CADENA BEDOYA, menciona entre otras circunstancias que el menor BRAYAN STEVEN TORRES CADENA, presentó síntoma de vómito ante el médico ROBERTO ZAPATA y que ya ante el Hospital Universitario del Valle, sudaba frío.

Además refiere haber sido muy diligente en atender la prescripción médica de la doctora YENSI ARIAS, incluyendo el instructivo para que no se moviera, después de haberlo llevado cojo la sintomatología de dolor que aumentó progresivamente, lo cual también comprende la opción de orinar en la cama y no en el sanitario, y da una dimensión del dolor padecido por la víctima y del inadecuado tratamiento que recibió, que se elevó al punto de no dejarlo mover de la cama, sin recibir el tratamiento antibiótico que requería.

---

<sup>56</sup> Sobre el tema, ver por ejemplo, RICARDO DE ANGEL YAGÜEZ. Responsabilidad Civil por actos médicos. Problemas de pruebas. Ed. Civitas S.A., Madrid, 1999, pág. 111.

Así mismo, la madre de la víctima afirma en el interrogatorio que por tener el niño la nalga hinchada y el dolor ser más fuerte y caminar cojo debió consultar, versión que conjuntamente con los demás elementos probatorios documentales de Historia Clínica y de los médicos tratantes ofrece serios motivos de credibilidad.

Los testimonios de GLORIA LIDA ZUÑIGA, JOSÉ ANTONIO RAMÍREZZ GUTIÉRREZ y CARLOS MARIO DELGADO CRUZ, se refieren al medio en el cual se desenvolvía el niño y su familia; y en señalar la probable atención médica como deficiente por demora en atención

YENSSY MARGARITA ARIAS JIMENEZ en su testimonio señala que dio tratamiento analgesia y salida con recomendaciones, ante trauma de cadera izquierda. Recomendó ANAPROXENO y DICLOFENACO, según ella, porque es trauma dolor y que para la inflamación medicó tabletas, sin considerar que la inflamación es síntoma de infección. Afirma que no hospitalizó al paciente y que no hay pediatra que de atención en la RED SOCIAL DE ORIENTE, y afirma sin apoyo científico que considera la medicación no contraindicada ni inconvenientes.

En cuanto MARITZA PERAFAN Profesora de BRAYAN TORRES, manifiesta saber de su fallecimiento en período de vacaciones y por tanto es de referencia. Sin perjuicio de considerarlo un niño activo despierto, muy buenas calificaciones, sin problemas de convivencia, ya que residía en compañía de su mamá, abuela y hermana 10 años. Muy activo y despierto. Sano.

El testigo HUGO JAVIER BUITRAGO, Pediatra de la Universidad del Valle – Especialista en la U Pereira Maestría Universidad del Valle en Urgencias refiere haber atendido al paciente BRAYAN STEVEN TORRES CADENA, en la sede del Hospital Universitario del Valle el 22 de diciembre 2011 a las 4 15 A. M., ante remisión autorizada por EMSANAR.

Reitera los antecedentes de la remisión ante diagnóstico de Dengue vs Hepatitis; de caída canguro, trauma lumbar, edema local y cojera leve y de la radiografía igualmente normal, que requirió de un manejo analgésico. Persiste en afirmar un dolor incapacitante e incapacidad de marcha.

Además de la fiebre alta no cuantificada, adicionalmente presentó un cuadro iptérico, lesiones vesiculares generalizadas; el examen de sangre presentó

descenso leucocitos y de linfocitos; de plaquetas de 46000 proceso anormal infeccioso sépticos. Fue formulado con IBUPROFENO NAPROXENO, DICLOFENACO INTRAMUSCULAR 1 dosis. Creatinina 0,4 Función rápida renal. Vomito de cuncho de café sangrado digestivo. DICLOFENACO 1 ampolla día. Ictericia piel amarilla, palidez generalizada, respirando rápido taquicardico. Cuncho de café sangre digerida; aunque varios de los síntomas pueden obedecer al dengue.

Al examen físico refiere desaturado, sin buena entrada de aire al pulmón, abdomen poco blando, leve dolor, no masas ni hígado ni bazo, no sangre a las extremidades. Sistema nervioso central alerta, coherente. No alergia.

Ante la situación inició proceso de reanimación hídrica y empírico de antibiótico soporte inotrópico; procurando mejorar la función cardiaca y sostener latidos, por un pronóstico incierto, de alto riesgo de mortalidad, y que requería manejo en la UCI.

La infección diagnosticada fue la de Stafilococcémico y explica que el paciente padeció hemorragia y síndrome de dificultad respiratoria, motivo por el cual, el anestesiólogo de turno colaboró con la entubación traqueal y el respirador artificial; también padeció de trombos en vena inferior e ilíaca y se le hizo plasma transfusión y a las 10 a. m. un catéter venoso central; no obstante a las 10 30, entró en paro cardíaco respiratorio y se lo declara fallecido a las 11 15 a. m.

A propósito de la infección se menciona por el testigo que el stafilococo, es una bacteria agresiva, constitutiva de cocos en forma de racimo y por la posibilidad de diseminarse en la sangre su riesgo es alto. Por esa razón, al paciente afirma el testigo, se le trató con reanimación hídrica y ante la sospecha de infección inmediatamente se medicó con antibióticos y por su estado de salud su pronóstico se consideró incierto y de alto riesgo de fallecimiento, al punto que debía permanecer en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

En cuanto a la protección gástrica, señala el testigo se procuró inhibir acidez, se suspende ibuprofeno, diclofenaco intramuscular, dipirona y metoclopramida dado que si bien su poder analgésico es útil, pueden producir sangrado o más complicaciones agresiva y simultánea aumentan el riesgo.

El Dengue Clásico, agrega el testigo, también produce inflamación sistémica y puede producir hepatitis, pero no produce lesiones en la piel y entonces por esa causa el shock séptico que muestra el hemograma señala un descenso de leucocitos y plaquetas y una alteración multi - sistémica y multi - orgánica.

El trauma contuso puede generar hematomas y los hematomas se pueden sobre infectar así no haya fractura, agrega el testigo. Cómo llega en condición de deterioro rápido, no orina bien, se considera que en conjunto padece shock séptico y se afectan rápidamente el corazón, pulmones, riñones y así se actúe, el pronóstico es malo.

Para el dolor, la dosis de los medicamentos debe estar adecuada a cada kilo de peso. Todos útiles pero todos producen efectos si se usa en forma redundante, expresó el testigo.

El Acetaminofen se usa en trauma leve, desinflama poco quita fiebre. Ibuprofeno mejor antiinflamatorio pero efectos secundarios. Diclofenaco y Dipirona cuestionados, pueden producir hemorragias. A dosis adecuadas también sangrado como ocurre con la generalidad de los denominados AINES, producen toxicidad medular y compromiso. La Dipirona produce problema hematológico y su uso está indicado y permitido pero puede producir riesgos, como el de reducir leucocitos en respuesta del organismo a evento agresivo que puede ser infección.

La disminución de glóbulos blancos señala el testigo, puede llevar a predisposición de infecciones y las infecciones también esa manifestación. Según las fórmulas de ESE LADERA, es extraño que para un trauma leve usen dos antiinflamatorios potentes a una dosis alta NAPROXENO 250 MAS DICLOFENACO 50. 20 tabletas c/ u.

El día anterior ya le habían suministrado IBUPRUFENO 400 mg en tabletas, es decir una dosis superior a la indicada. Estos medicamentos a pesar de dosis adecuadas riesgo de sangrado digestivo, sistema hematológico, irritación gástrica a más medicamentos más riesgo. Gel de piel igualmente genera problemas si se abusa. Más riesgo de sangrado, combinados.

Precisa el testigo que el antecedente de trauma puede desencadenar infección y en respuesta subir o bajar leucocitos o plaquetas y se produce entonces la

diseminación de una bacteria que llevó al paciente a un estado catastrófico agrega el testigo.

En lo que respecta a la Historia Clínica afirma el testigo que el paciente no llegó con petequia (puntiformes de dengue), sino con señales de tinte icterico y vesículas (parecido a varicela), por eso se consideró que provenían del estafilococo estas lesiones.

Probablemente refiere el testigo faltó seguimiento, ya que si se llega a consulta por dolor con trauma menor y dicho dolor persiste, debe revaluarse diagnóstico para descartar compromiso muscular hemorragia o hematoma. Si ya Reconsulta recomendamos signo de alarma, algo más pasa que hasta ahora desapercibido, hemografía, función hígado y riñones, si dolor persiste ecografía escanografía. Dosis si bajan fiebre y dolor pero enmascarar síntomas. Trombos cava inferior por trauma pélvico. Radiografía no se ve. Lesiones micro vasculares y trombos. Edema e inflamación. Motivo dolor cadera. No signos de toxicidad o sistémico pero dolor e inflamación edema puede iniciarse algo así sea menor.

Al paciente, señala el testigo se le formuló DICLOFENACO. Al momento de reconsulta si persiste el dolor, ha debido existir un mayor seguimiento. No se advierten petequias. Los signos vitales se consideran normales. Se emplearon dos (2) AINES potentes. Si está en dengue no se deberían haber usado, no es prudente, porque empeoran el estado del paciente, por sus efectos secundarios y los protocolos médicos por dicha causa no recomiendan AINES porque empeoran o producen efectos secundarios. Un proceso agudo infeccioso, puede ser de muy rápida evolución y catastrófico. Favorece AINE efecto secundario trombocitopeni. Es difícil pensar en una o dos horas, pero puede ser de rápida evolución y catastrófico.

El Despacho a propósito del material probatorio analizado concluye con relación a la atención del menor BRAYAN STEVEN TORRES CADENA en la RED LADERA E. S. E.:

- El dolor agudo en cadera izquierda del menor BRAYAN STEVEN TORRES CADENA, no fue percibido por ninguna de las médicas que lo atendieron inicialmente CAROLINA GIRALDO M. y YENSI ARIAS, como un posible síntoma de infección, no obstante los estudios científicos considerados por

el Despacho hacen énfasis en tal posibilidad, más aún si se presenta un dolor agudo de cadera con posterioridad a un trauma.

- Ni la doctora YENSI ARIAS ni la doctora CAROLINA GIRALDO médicas tratantes, hicieron referencia en la Historia clínica de la víctima, al manejo de la sintomatología de inflamación que advirtió la doctora CAROLINA GIRALDO, como presente en el menor BRAYAN STEVEN TORRES CADENA y que la demandante MARIA NANCY CADENA MEJÍA refiere como hinchazón en la nalga al momento de su interrogatorio de parte, situación presentada igualmente al doctor ROBERTO ZAPATA.

Tal circunstancia constituye la prueba de que el menor nunca recibió atención para manejar la inflamación, entendida como otro de los síntomas que caracteriza a una infección, al lado de la fiebre, según la doctrina médica citada inicialmente, situación que además coincide con lo dicho en los testimonios de los médicos doctores ECHANDÍA y BUITRAGO. Tampoco ninguna de las médicas hizo alusión alguna al edema hallado inicialmente.

- La doctora YENSI ARIAS consideró que por no presentar fiebre el paciente, no podía tener lugar una infección, lo cual no se ajusta a lo planteado en los estudios científicos existentes frente al tema, ni a lo dicho por los doctores ECHANDÍA y BUITRAGO, en cuanto faltó un mayor seguimiento frente a la presentación de la infección se puede detectar con un examen físico del paciente y ella como médica tratante pudo percibir lo dicho como factor extraño que alcanzó a percibir la doctora CAROLINA GIRALDO, esto es, la presencia de edema e inflamación. Además no obstante que como médicos tratantes tenían a su alcance medios para diagnosticar y eventualmente tratar un proceso infeccioso, no lo hicieron.
- El menor falleció según la Historia Clínica en el Hospital Universitario del Valle, a consecuencia de la presentación de un estado de shock séptico, es decir de origen infeccioso, por la presencia bacteria denominada stafilococo, debido a la omisión de diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno de dicha infección por parte de la Administración y no obstante contar con la posibilidad de realizar un estudio del tema a través de exámenes de Cuadro Hemático y Plaquetas, al momento en el que el paciente reclamó la atención médica y sin embargo ello no se consideró

sino días después por parte del médico tratante ROBERTO ZAPATA, cuando el paciente ya revestía gravedad extrema.

- El menor BRAYAN STEVEN TORRES CADENA fue sometido a la formulación simultánea de dos AINES en dos oportunidades diversas, lo cual es considerado una contraindicación para tales productos y la posibilidad de generar todos los efectos adversos de tales medicamentos.
- Con la declaración de los doctores ECHANDÍA y BUITRAGO en armonía con los estudios sobre evaluación de pacientes con dolor de cadera y de las contraindicaciones de la medicación formulada al menor por la RED SOCIAL DE ORIENTE, se puede considerar que dentro del proceso se determinó científicamente, que el origen de algunos de los síntomas presentados por la víctima BRAYAN STEVEN TORRES CADENA podrían obedecer a la circunstancia de padecer una infección que nunca fue tratada y por el contrario tratando de evitar el dolor agudo que también es síntoma de infección, formular simultáneamente 2 AINES, el menor si presentó hemorragia digestiva, agranulocitosis y deficiencia renal, que son considerados como síntomas posibles ante contraindicaciones frente al uso de los AINES.
- Al menor BRAYAN STEVEN TORRES CADENA le formularon adicionalmente DIPIRONA, medicamento prohibido en varios países desarrollados por considerarlo un precursor igualmente de la agranulocitosis y de estado de shock. El doctor BUITRAGO se refiere al tema acerca del riesgo de aplicarla al igual que simultáneamente con los AINES, debido a la posibilidad de generar hemorragia digestiva.
- El paciente ingresó con dolor generalizado a la RED SALUD LADERA, sin embargo ese síntoma fue considerado por el testigo doctor ROBERTO ZAPATA, como un síntoma de estabilidad del paciente, sin que ello pueda corresponder a la realidad.
- La agranulocitosis es definida científicamente como pérdida de glóbulos blancos, una de las afecciones que mostró el paciente en su cuadro hemático. La pérdida de defensas ante una infección agresiva condujo al fallecimiento del paciente por la presentación del shock séptico al momento de arribar al Hospital Universitario del Valle.

Por las conclusiones antes enunciadas, el Despacho considera que en el presente proceso se presentó la falla del servicio de atención médica del niño BRAYAN STEVEN TORRES CADENA, situación predicable exclusivamente de la RED DE SALUD DE LADERA E. S. E.

Como el paciente entró en estado de shock séptico ante el Hospital Universitario del Valle, precedido de las dificultades anotadas, no podemos responsabilizar a dicha entidad de la falla en el servicio afirmada.

De conformidad con la argumentación planteada en las contestaciones de la demanda, conforme a las cuales existió una probable tardanza de la madre del menor en llevarlo a un sitio asistencial cuando apareció la fiebre como síntoma y al suministro de atención de medio y no de resultado por parte de las entidades responsables, para concluir que no hubo falla del servicio, y eventualmente concluir si existió:

- Culpa de la víctima niño BRAYAN STEVEN TORRES CADENA, al exponerse a una situación riesgosa, como lo fue su caída contra un muro;
- Culpa de la madre de la víctima al no llevar al niño oportunamente al médico cuando presentó fiebre;
- Caso fortuito por el avance infeccioso que padeció el menor de shock séptico stafilococo;
- Atención médica adecuada del menor fallecido.

El Despacho considera válida la argumentación acerca de que el origen de la infección padecida por BRAYAN STEVEN TORRES CADENA, pudo obedecer a su propia conducta y que existió tardanza de la madre o familia de éste en llevarlo nuevamente a consulta ante la evidencia de fiebre, y por tanto habría concurso de culpas. No obstante se aclara que en la atención médica debe implicar un desarrollo diagnóstico y de tratamiento acertados tendiente a contrarrestar tal situación que nunca se presentó en el proceso que nos ocupa, en cuanto el desconocimiento de síntomas de infección tales como la inflamación y el dolor agudo y la medicación con más de dos AINES fue patético por los tres (3) médicos encargados de atender al paciente.

En cuanto a la tardanza de la madre en llevarlo a nueva consulta, tenemos que en dicha conducta incurrió la madre del menor, inducida por una médica a atender unas recomendaciones absurdas que no se referían al estado que presentaba el paciente, incluyendo como normal la circunstancia de que era preferible orinarse en la cama que moverse ante un dolor agudo y un estado de inflamación en su “cola”, situación atribuible a la doctora YENSI ARIAS.

Cuando el paciente es reconocido por el doctor ROBERTO ZAPATA, a pesar de advertir su estado de gravedad, que podría estar asociada a una infección, insiste en suministrarle una medicación que le causó un mayor daño y precipitó el estado de shock séptico descrito por los testigos médicos del Hospital Universitario del Valle, como causa de la muerte del paciente.

En cuanto al caso fortuito por la presencia de shock séptico ante infección agresiva de la bacteria que atacó al paciente, tenemos que decir que el paciente se enfrentó a una atención médica inadecuada de la RED SALUD E. S. E., por no considerar su sintomatología y darle poca o ninguna relevancia al dolor agudo, como generador de infección.

#### **9. DAÑO E IMPUTABILIDAD:**

Para el Despacho es claro que el deceso afirmado del niño BRAYAN STEVEN TORRES CADENA, encontrándose bajo atención médica de la RED SALUD E. S. E. y HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE, es un daño antijurídico, que no estaba obligado a padecer la víctima.

En cuanto al tema de la imputabilidad, las circunstancias que rodearon la muerte del menor permiten evidenciar la omisión en la atención de una infección que padeció el paciente y que los médicos tratantes tuvieron la oportunidad de percibir a través de síntomas graves como el dolor intenso, la inflamación y cojera que padecía al momento de ingresar al servicio médico de la RED SALUD S. S. E.

Especial mención cuestionable se debe hacer, se reitera, en cuanto la recomendación planteada por la doctora YENSI ARIAS en el sentido de que ante un dolor agudo debía disponerse que el paciente menor de edad siempre esté en una cama postrado y con el suministro de dos (2) analgésicos AINES, sin importar

su condición ni las contra indicaciones existentes para esta clase de productos. No se brindó ningún instructivo diferente a la madre del menor, con relación a su cuidado ni se analizó que la inflamación es un síntoma exacto de infección. La situación se agravó con la medicación dispuesta por el doctor ROBERTO ZAPATA, quien además ordenó el suministro de una droga que potencialmente de no seguirse las indicaciones se causa daños a los pacientes por riesgo de hemorragia, pérdida de leucocitos y enmascaramiento de los demás síntomas de infección (incluyendo fiebre), conforme se explica anteriormente.

En dicho establecimiento IPS, si bien la atención es de primer nivel, los médicos tenían la posibilidad por iniciativa propia y atendiendo la intensidad del dolor o inflamación o cojera del menor, si no existía alguien especializado en Pediatría tal y como lo manifiesta la doctora YENSSI ARIAS, de ordenar su remisión como en efecto ocurrió tiempo después, con destino al Hospital Universitario del Valle, pero en forma tardía cuando el paciente había ingresado a un estado de salud crítico.

Si no consideraban necesaria la remisión, ordenar un cuadro hemático y un examen de las plaquetas, tal y como lo dispuso en su oportunidad el médico tratante doctor ROBERTO ZAPATA, considerando cualquiera de los síntomas que venía padeciendo el menor. Como ello no se hizo, sino por el contrario se remitió al paciente a guardar reposo, con apoyo en formulación de medicamentos AINES en dosis equivocadas, se agravó la sintomatología padecida.

El punto acerca de si era agresiva o no y hasta qué punto la infección producida por la bacteria estafilococo que atacó al menor y hasta qué punto podría ser tratable la infección generada nunca se podrá determinar, por cuanto el paciente nunca fue objeto de diagnóstico y tratamiento adecuados y lo que si se pudo evidenciar fue la inercia de los médicos tratantes, dedicados a formular AINES y no a analizar las situaciones anormales o síntomas que presentaba el paciente al llegar al punto de atención.

El deber de indemnizar al demandante, radica en la falla del servicio por el error en el diagnóstico en que incurrieron los médicos de la entidad y como consecuencia del cual, la madre del menor, ante la gravedad del estado de salud de su hijo, acudió a la misma institución médica, con el propósito de salvarle la vida.

En otras palabras deben analizarse los requisitos establecidos en la normatividad vigente para la época de los hechos, entre ellos la urgencia de la atención, para entrar así a determinar que el deber de indemnizar surge del análisis de responsabilidad de la entidad demandada por una falla del servicio médico, como consecuencia de la cual se causó un daño a los demandantes consistente en la muerte del joven BRAYAN ESTEVEN TORRES CADENA.

Se concluye de todo lo anterior, que la responsabilidad que aquí se atribuye, se hace exclusivamente respecto de la RED DE SALUD LADERA E. S. E. y la ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR E. S. S. en forma solidaria, la primera entidad por la evidente falla en el servicio en que incurrieron sus profesionales, generadora del daño ya analizado; y la segunda, en tanto actúa como la Entidad Promotora de Salud (E.P.S.) a la cual se encontraba afiliado el menor fallecido<sup>57</sup> y por ello, en virtud de lo dispuesto en el artículo 177 de la Ley 100 de 1993 tenía como función básica la de garantizar de forma directa o indirecta la prestación de un adecuado servicio de salud, lo cual no ocurrió, según se desprende del material probatorio analizado del cual se extrae que los galenos adscritos a la IPS contratada para tal efecto, con su actuar negligente, se repite, generaron el daño que ahora se irroga a los demandantes.

## **10. LIQUIDACIÓN DE PERJUICIOS**

La demanda reclama el pago de perjuicios morales (zozobra, angustia, afectación psicológica), a la salud (en la vida de la familia, temores), materiales (daño emergente – lucro cesante) y al pago de costas y agencias en derecho.

### **10.1. Materiales – Daño Emergente - Lucro Cesante:**

La apoderada de la parte demandante, por este concepto solicita el pago de \$351.736.000, el equivalente para la fecha de presentación de la demanda de 571 salarios mínimos legales mensuales vigentes, en forma genérica por lo cual el Despacho entiende reclamo de indemnización tanto en daño emergente como en lucro cesante.

---

<sup>57</sup> Según se desprende de la historia clínica visible a folio 38 del cuaderno principal en la que se indica que la atención se hace a cargo de la EPS EMSSANAR, actuando como IPS, la entidad RED DE SALUD DE LADERA E.S.E.

Sobre el daño emergente, debe decirse que con el material probatorio recaudado a lo largo del proceso, no logró acreditarse su causación, en efecto no se demostró que los demandantes hayan tenido que incurrir en gastos, como consecuencia del daño irrogado.

Ahora, respecto al lucro cesante, destaca el Despacho que no se encuentra acreditado en el plenario que el menor BRAYAN ESTEVEN TORRES CADENA ejerciera alguna labor lícita que le generará un rédito y por tratarse de una persona menor de edad no puede aplicarse sobre él la presunción de devengar un salario mínimo acogida por la jurisprudencia del Consejo de Estado, puesto que se sobrentiende que el mismo no se encontraba en una edad laboralmente productiva.

Por lo anterior, los perjuicios materiales solicitados a título de daño emergente y lucro cesante serán negados.

## **10.2. Perjuicios Morales:**

Ahora bien, respecto a los **perjuicios morales**, estos se refieren a la aflicción, congoja, padecimiento o angustia que se causa a la persona directamente afectada, y/o a sus familiares o personas cercanas. El Consejo de estado ha definido al respecto:

*“(...) En consecuencia, para la reparación del perjuicio moral en caso de muerte se han diseñado cinco niveles de cercanía afectiva entre la víctima directa y aquellos que acuden a la justicia calidad de perjudicados o víctimas indirectas, los cuales se distribuyen así:*

*“Nivel No. 1. Comprende la relación afectiva, propia de las relaciones conyugales y paterno- filiales o, en general, de los miembros de un mismo núcleo familiar (1er. Grado de consanguinidad, cónyuges o compañeros permanentes o estables). A este nivel corresponde el tope indemnizatorio de 100 SMLMV.*

*“Nivel No. 2. Donde se ubica la relación afectiva propia del segundo grado de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos). A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 50% del tope indemnizatorio.*

*“Nivel No. 3. Está comprendido por la relación afectiva propia del tercer grado de consanguinidad o civil. A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 35% del tope indemnizatorio.*

*“Nivel No. 4. Aquí se ubica la relación afectiva propia del cuarto grado de consanguinidad o civil. A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 25% del tope indemnizatorio.*

*“Nivel No. 5. Comprende las relaciones afectivas no familiares (terceros damnificados). A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 15% del tope indemnizatorio.*

*“Así las cosas, 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, y finalmente, para el nivel 5 deberá ser probada la relación afectiva.*

*“En casos excepcionales, como los de graves violaciones a los derechos humanos, entre otros, podrá otorgarse una indemnización mayor de la señalada en todos los eventos anteriores, cuando existan circunstancias debidamente probadas de una mayor intensidad y gravedad del daño moral, sin que en tales casos el monto total de la indemnización pueda superar el triple de los montos indemnizatorios antes señalados. Este quantum deberá motivarse por el juez y ser proporcional a la intensidad del daño. (...)”* (se resalta).

De conformidad con lo anterior, para efectos de efectuar la liquidación del perjuicio moral en casos de muerte, deberá tenerse en cuenta el grado de cercanía o parentesco que tenía la persona que reclame el perjuicio, con el fallecido, este criterio determinará según la tabla transcrita, el valor en salarios mínimos a pagar por concepto de perjuicio moral.

Para efectuar la liquidación del perjuicio moral en casos de fallecimiento, como el que hoy nos concita, deberá tenerse en cuenta un nivel referente a la persona que solicita el pago del perjuicio y la gravedad de la lesión causada, ambos criterios determinarán según la tabla transcrita, el valor en salarios mínimos a pagar por concepto de perjuicio moral.

Por lo anterior, debe mencionarse que respecto a la acreditación del perjuicio moral el Consejo de Estado ha indicado que **“tratándose de los padres, hermanos, hijos y abuelos basta la acreditación del parentesco para que se presuma el perjuicio moral, por cuanto las reglas de la experiencia hacen presumir que la muerte de un pariente cercano causa un profundo dolor y angustia en quienes conforman su núcleo familiar, por las relaciones de cercanía, solidaridad y afecto, surgidas en el ámbito de la familia.”**<sup>58</sup> (Se resalta), lo propio ocurre igualmente con el cónyuge o compañero(a) permanente de la persona directamente afectada.

Así las cosas el perjuicio moral por el fallecimiento del menor BRAYAN STEVEN TORRES CADENA se predica existente y será cancelado a favor de la señora BLANCA ANDREA CADENA BEDOYA (madre); DARLYN DAYANA ROJAS CADENA (hermana); DOMICIANO ALFREDO CADENA y ANA LUISA BEDOYA (abuelos maternos); MARÍA NANCY CADENA MEJÍA, ALEXANDRA CADENA BEDOYA y JOSÉ FERNANDO CADENA BEDOYA (tíos), según consta en el correspondiente registro civil de nacimiento<sup>59</sup> el equivalente a 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes para la primera; 50 salarios mínimos legales mensuales vigentes para DARLYN DAYANA ROJAS CADENA, DOMICIANO ALFREDO CADENA, ANA LUISA BEDOYA.

<sup>58</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, sentencia del 26 de febrero de 2015, C.P. Olga Melida Valle de la Hoz, **Radicación número: 47001-23-31-000-2002-01357-01(37569)**.

<sup>59</sup> Folios 22, 23, 28,30, 31 Cuaderno No. 1

En lo que respecta a MARÍA NANCY CADENA MEJÍA, ALEXANDRA CADENA BEDOYA y JOSÉ FERNANDO CADENA BEDOYA (tíos), cuyo parentesco se considera acreditado con el menor fallecido, no se aplica la misma presunción de aflicción, sino que esta debe ser probada. Como en el presente caso, no se probó el grado de aflicción respecto de los tíos del menor BRAYAN TORRES CADENA y con ocasión del fallecimiento en el Hospital Universitario del Valle, el Despacho se abstendrá de decretar la Indemnización reclamada que de haberse probado correspondería al equivalente de 35 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

### **10.3. Daño a bienes convencional y constitucionalmente protegidos – solicitados como “daños en la vida de la familia”:**

A lo largo del tiempo el perjuicio inmaterial ha evolucionado constantemente en materia de lo Contencioso Administrativo, así, tan solo la sentencia del 14 de septiembre de 2011, emitida por el Honorable Consejo de Estado, con ponencia del Consejero ENRIQUE GIL BOTERO puso fin a la confusión existente respecto a esta categoría de perjuicios indicando que:

*“La tipología del perjuicio inmaterial se puede sistematizar de la siguiente manera: i) perjuicio moral; ii) daño a la salud (perjuicio fisiológico o biológico); iii) cualquier otro bien, derecho o interés legítimo constitucional, jurídicamente tutelado que no esté comprendido dentro del concepto de “daño corporal o afectación a la integridad psicofísica” y que merezca una valoración e indemnización a través de las tipologías tradicionales como el daño a la vida de relación o la alteración grave a las condiciones de existencia o mediante el reconocimiento individual o autónomo del daño (v.gr. el derecho al buen nombre, al honor o a la honra; el derecho a tener una familia, entre otros), siempre que esté acreditada en el proceso su concreción y sea preciso su resarcimiento, de conformidad con los lineamientos que fije en su momento esta Corporación.”*

Se colige de lo anterior, que tratándose de perjuicios inmateriales actualmente existen tres categorías a saber: **i)** perjuicios morales, **ii)** daño a la salud y **iii)** cualquier otra afectación a un bien o derecho jurídica o constitucionalmente tutelado que no se encuentre incluido en la reparación de perjuicios morales o daño a la salud (psicofísicos) y que ameriten un estudio y reconocimiento independiente, categoría en la que expresamente se incluyeron los perjuicios comúnmente denominados como “daño a la vida de relación” y “alteración a las condiciones de existencia”, que actualmente se encuentran desechados por la jurisprudencia de esta jurisdicción, para pasar a hacer parte de una categoría mucho más definida y concreta cuyo resarcimiento, en términos del aparte transcrito se realizaría bajo los lineamientos que posteriormente fijaría el Consejo de Estado.

Pues bien, los lineamientos resarcitorios fueron establecidos por dicha Corporación a través de sentencia de Unificación del 28 de agosto de 2014, en la cual además a dicho perjuicio en términos genéricos se le denominó ***Daño a bienes convencional y constitucionalmente protegidos***, señalándose las características del mismo de la siguiente forma:

*“15.4.1. El daño a bienes o derechos convencional y constitucionalmente amparados tiene las siguientes características:*

*i) Es un daño inmaterial que proviene de la vulneración o afectación a derechos contenidos en fuentes normativas diversas: sus causas emanan de vulneraciones o afectaciones a bienes o derechos constitucionales y convencionales. **Por lo tanto, es una nueva categoría de daño inmaterial.***

*ii) **Se trata de vulneraciones o afectaciones relevantes, las cuales producen un efecto dañoso, negativo y antijurídico a bienes o derechos constitucionales y convencionales.***

*iii) **Es un daño autónomo:** no depende de otras categorías de daños, porque no está condicionado a la configuración de otros tradicionalmente reconocidos, como los perjuicios materiales, el daño a la salud y el daño moral, ni depende del agotamiento previo de otros requisitos, ya que su concreción se realiza mediante presupuestos de configuración propios, que se comprueban o acreditan en cada situación fáctica particular.*

*iv) **La vulneración o afectación relevante puede ser temporal o definitiva:** los efectos del daño se manifiestan en el tiempo, de acuerdo al grado de intensidad de la afectación, esto es, el impedimento para la víctima directa e indirecta de gozar y disfrutar plena y legítimamente de sus derechos constitucionales y convencionales.” (se resalta)*

A su turno, sobre los aspectos que pueden ser reparados en el ***daño a bienes convencional y constitucionalmente protegidos***, la misma providencia mencionó:

*15.4.2. La reparación del referido daño abarca los siguientes aspectos:*

*i) **El objetivo de reparar este daño es el de restablecer plenamente a la víctima en el ejercicio de sus derechos.** La reparación de la víctima está orientada a: (a) restaurar plenamente los bienes o derechos constitucionales y convencionales, de manera individual y colectiva; (b) lograr no solo que desaparezcan las causas originarias de la lesividad, sino también que la víctima, de acuerdo con las posibilidades jurídicas y fácticas, pueda volver a disfrutar de sus derechos, en lo posible en similares condiciones en las que estuvo antes de que ocurriera el daño; (c) propender para que en el futuro la vulneración o afectación a bienes o derechos constitucionales y convencionales no tengan lugar; y (d) buscar la realización efectiva de la igualdad sustancial.*

*ii) **La reparación del daño es dispositiva: si bien las medidas de reparación de este tipo de daños pueden serlo a petición de parte, también operan de oficio, siempre y cuando aparezca acreditada su existencia.***

iii) La legitimación de las víctimas del daño: **se reconoce a la víctima directa de la lesión como a su núcleo familiar más cercano, esto es, cónyuge o compañero (a) permanente y los parientes hasta el 1º de consanguinidad, incluida la relación familiar biológica, la civil derivada de la adopción y aquellas denominadas "de crianza", en atención a las relaciones de solidaridad y afecto que se presumen entre ellos.**

**iv) Es un daño que se repara principalmente a través de medidas de carácter no pecuniario: se privilegian por excelencia las medidas reparatorias no indemnizatorias; sin embargo, en casos excepcionales cuya reparación integral, a consideración del juez, no sean suficientes, pertinentes, oportunas o posibles podrá otorgarse una indemnización, única y exclusivamente a la víctima directa, mediante el establecimiento de una medida pecuniaria hasta 100 SMLMV, si fuere el caso, siempre y cuando la indemnización no hubiere sido reconocida con fundamento en el daño a la salud.** Ese quantum deberá motivarse por el juez y ser proporcional a la intensidad del daño y/o la naturaleza del bien o derecho afectado.

**v) Es un daño que requiere de un presupuesto de declaración: debe existir una expresa declaración de responsabilidad del Estado por la existencia de un daño a bienes constitucionales y convencionales imputables al mismo, y se deben justificar y especificar las medidas de reparación integral adecuadas y pertinentes al caso, de tal manera que el Estado ejecute el debitum iuris.** Las medidas de reparación integral operarán teniendo en cuenta la relevancia del caso y la gravedad de los hechos, todo con el propósito de restablecer la dignidad de las víctimas, reprobando las relevantes violaciones a los derechos humanos y concretando las medidas de garantía de verdad, justicia, reparación, no repetición y las demás definidas por el derecho internacional.

**vi) Es un daño frente al cual se confirme el rol del juez de responsabilidad extracontractual como reparador integral de derechos vulnerados, sin desconocer que las indemnizaciones que tradicionalmente han venido siendo reconocidas impactan directa o indirectamente en los derechos de las víctimas; sin embargo, en tratándose de vulneraciones o afectaciones relevantes a derechos constitucional y convencionalmente amparados, se impone la necesidad de que el juez acuda a otras medidas, con el fin de reparar plenamente a las víctimas.**

Queda claro entonces respecto a los criterios para tasar el **daño a bienes convencional y constitucionalmente protegidos** que el fin de reparar el mismo es el de restablecer plenamente a la víctima en el ejercicio de sus derechos, valga decir, en la medida de lo posible, regresar todo a su estado natural como si jamás se hubiese generado el daño, razón por la cual las medidas de reparación no pecuniarias son preferentes respecto a las pecuniarias, pues estas últimas deben otorgarse de forma excepcional, solo cuando las primeras no sean **posibles, suficientes o adecuadas** para resarcir el daño y que en el evento de optarse por la medida de reparación pecuniaria, esta solo se dará en favor de la víctima directa hasta por un valor máximo de 100 SMLMV, **siempre y cuando no se hubiese reconocido rubro alguno por concepto de daño a la salud**, lo que quiere decir que el **daño a bienes convencional y constitucionalmente**

**protegidos** cuando se pretenda reparar pecuniariamente y el **daño a la salud** se excluyen entre sí.

De otra parte, referente a las características de este tipo de perjuicios y la forma de repararlos, debe precisarse que no es necesario que su indemnización haya sido solicitada expresamente, ya que el Juez tiene el deber de ordenar su reparación en los eventos en que lo encuentre acreditado, valga decir, opera de manera oficiosa.

Así las cosas, no se reconocerá rubro alguno a los demandantes por concepto de **daño a bienes convencional y constitucionalmente protegidos**, solicitado como **“daños en la vida de la familia”**, por cuanto, se repite, este perjuicio cuando deba ser reparado pecuniariamente, solo podrá otorgarse a la víctima directa, que para el caso concreto la constituye el menor fallecido.

#### **11. LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.**

A folios 4 a 9 del cuaderno No. 2, obra la póliza No.395074 DE RESPONSABILIDAD CIVIL donde figura como tomador y asegurado la RED DE SALUD DE LADERA E.S.E. y aseguradora LIBERTY SEGUROS S.A., con vigencia desde diciembre 15 de 2011 hasta diciembre 14 de 2012, por valor de \$500.000.000; contrato de seguro que ampara la responsabilidad civil profesional del asegurado por daños personales ocurridos durante la vigencia de la misma, tales como: responsabilidad profesional, gastos de defensa, daños morales y fisiológicos.

Así las cosas, teniendo en cuenta que para la época en que ocurrieron los hechos, esto es, diciembre 22 de 2011, la póliza de responsabilidad civil extracontractual suscrita entre RED DE SALUD DE LADERA E.S.E. y LIBERTY SEGUROS S.A. se encontraba vigente, y toda vez que en el sub lite se acreditó que la causa adecuada del daño acá indemnizado fue la falla en el servicio de dicho ente hospitalario, originada en el giro normal de sus actividades, se declarará la obligación del llamado en garantía, LIBERTY SEGUROS S.A., según relación contractual consignada en la Póliza de No. 395074 a responder en los términos del artículo 64 del Código General del Proceso, por la condena impuesta en esta providencia y hasta por los montos establecidos en la referida póliza.

## 12. COSTAS

Según lo dispuesto en el artículo 188 del CPACA, la sentencia siempre **dispondrá** sobre la condena en costas, pero su liquidación y ejecución, será atendida conforme a lo preceptúa el Código General del Proceso.

Pues bien, el artículo 188 del CPACA ha sido objeto de análisis por parte del Consejo de Estado, Corporación que le otorgó la siguiente interpretación<sup>60</sup>:

*“(...) Si bien una lectura rápida de la disposición que antecede, podría llevar a la **errónea** interpretación de que la condena en costas debe imponerse en forma **objetiva**, es decir, de manera forzosa, automática e ineluctable en todos aquellos procesos contencioso administrativos en los cuales se ventile un interés de carácter individual o particular, **lo cierto es que cuando la norma utiliza la expresión “dispondrá”, lo que en realidad está señalando es que el operador jurídico está llamado a pronunciarse en todos los casos sobre si es o no procedente proferir una condena en costas en contra de la parte que ha visto frustradas sus pretensiones procesales.**” (se resalta).*

Es claro entonces, según lo expuesto, que el criterio para condenar en costas en esta jurisdicción no atiende un carácter objetivo, lo que quiere decir que no siempre ineluctablemente la parte vencida en la litis deberá ser condenada en costas, contrario a ello, corresponde al juez determinar la procedencia de tal condena; razón por la cual, el Despacho varía la posición objetiva que sobre este tema ha venido aplicando, para así acoger la postura del máximo órgano de cierre de esta jurisdicción en el entendido de implementar un criterio subjetivo respecto al estudio de condena en costas.

En punto al tema, es necesario traer a colación lo dispuesto en el numeral 8º del artículo 365 del C.G.P. que a la letra reza:

**“ARTÍCULO 365. CONDENA EN COSTAS.** *En los procesos y en las actuaciones posteriores a aquellos en que haya controversia la condena en costas se sujetará a las siguientes reglas:*

*“(...) 8. Solo habrá lugar a costas cuando en el expediente aparezca que se causaron y en la medida de su comprobación.”*

Así las cosas, atendiendo lo argumentado líneas arriba, concluye el Juzgado al estudiar el expediente que las referidas costas procesales si fueron causadas en el presente asunto, en cuanto se acreditó el esfuerzo probatorio que se realizó con el fin de llevar al juez a la convicción de su decisión. Por tanto se condenará a la

---

<sup>60</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Primera, sentencia del 16 de abril de 2015, C.P. Guillermo Vargas Ayala. **Radicación número: 25000-23-24-000-2012-00446-01.**

parte vencida al pago de las mismas, las cuales se liquidaran por secretaria, una vez se encuentre debidamente ejecutoriado este proveído.

### **13. AGENCIAS EN DERECHO**

Fijase como agencias en derecho la suma de \$7.850.000, equivalente al 3 % aproximado del valor de las pretensiones reconocidas en este asunto<sup>61</sup> a través de la presente sentencia, de conformidad con lo estipulado en el inciso segundo del numeral 3.1.2 del capítulo III del artículo sexto del Acuerdo 1887 de 2003 de la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Quinto Administrativo Oral del Circuito Judicial de Cali, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

#### **FALLA**

**PRIMERO.- DECLARAR NO PROBADAS** las excepciones de fondo propuestas por las entidades demandadas y llamadas en garantía

**SEGUNDO.- DECLARAR** patrimonial, administrativa y solidariamente responsable a la RED DE SALUD LADERA E. S. E. y la ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR E. S. S., por los perjuicios ocasionados a los demandantes, con motivo de la falla del servicio médico asistencial que degeneró en la muerte del menor BRAYAN STEVEN TORRES CADENA acaecida en diciembre 22 de 2011, según lo expuesto.

**TERCERO.-** Consecuente con lo anterior, **CONDENAR** al RED DE SALUD LADERA E. S. E. y la ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR E. S. S., a pagar a los demandantes las siguientes sumas:

#### **Morales:**

Para la señora BLANCA ANDREA CADENA BEDOYA, el equivalente a **CIEN (100) SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES**, por concepto del perjuicio moral padecido.

---

<sup>61</sup> Atendiendo los criterios contenidos en el artículo 3 del Acuerdo N° 1887 de 2003, proferido por la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura.

Para DARLYN DAYANA ROJAS CADENA, DOMICIANO ALFREDO CADENA y ANA LUISA BEDOYA, el equivalente a **CINCUENTA (50) SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES A CADA UNO**, por el mismo concepto.

**CUARTO.- NEGAR** las demás pretensiones del libelo, por lo expuesto en la parte motiva.

**QUINTO.- ORDENAR** a la entidad demandada cumplir este fallo en los términos del artículo 192 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. Los intereses moratorios se devengarán a partir de la ejecutoria de esta providencia en los términos previstos en el inciso 3 del artículo 192 y el numeral 4° del artículo 195 ibídem.

**SEXTO.- DECLARAR** la obligación de la llamada en garantía, la Compañía de Seguros LIBERTY SEGUROS S.A., según relación contractual consignada en el contrato de seguros No. 395074, de responder en los términos del artículo 64 del Código General del Proceso, por la condena impuesta en esta providencia en contra de RED DE SALUD LADERA E. S. E. y hasta por los montos determinados en la respectiva póliza, según se expuso.

**SÉPTIMO.- NEGAR** las demás pretensiones de la demanda, según lo indicado.

**OCTAVO.- CONDENAR** en costas a la RED DE SALUD LADERA E. S. E. y la ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR E. S. S., las cuales se liquidarán por secretaria una vez ejecutoriado este proveído.

**NOVENO.-** Se fijan como agencias en derecho en favor de la parte actora, y a cargo de las entidades condenadas, la suma de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE. (\$7.850.000.00), de conformidad con lo expuesto.

**DÉCIMO.- EJECUTORIADA** esta providencia **LIQUÍDENSE** los gastos del proceso, **DEVUÉLVANSE** los remanentes si los hubiere y **ARCHÍVENSE** las diligencias, previa las actuaciones pertinentes y las anotaciones respectivas en el sistema Justicia Siglo XXI.

**NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE**

**CARLOS ENRIQUE PALACIOS ÁLVAREZ**  
Juez