



JUZGADO CUARTO ADMINISTRATIVO DE FLORENCIA, CAQUETÁ

SISTEMA ESCRITURAL

Florencia, 30 de junio de 2020

ACCIÓN:	REPARACIÓN DIRECTA
RADICADO:	18001-33-31-002-2008-00047-00
DEMANDANTE:	LUÍS FERNANDO VERNAZA Y OTROS
DEMANDADO:	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAQUETÁ Y OTRO.
SENTENCIA Nº:	51-06-229-2020

1. OBJETO DE DECISIÓN.

Agotadas las etapas procesales correspondientes a la instancia y no observando causal de nulidad que invalide lo actuado, decide el Juzgado Cuarto Administrativo de Florencia, Caquetá sobre el fondo del asunto.

2. DE LA DEMANDA. (Fls. 3-12, 33-34C.p. 1)

2.1. PRETENSIONES.

Los señores LUÍS FERNANDO VERNAZA CORREA y MIRYAM LOSADA MACÍAS, actuando en nombre propio y, por intermedio de apoderado judicial en ejercicio de la acción de reparación directa solicita que se declare responsable patrimonial y administrativamente a la ESE RAFAEL TOVAR POVEDA de Belén de los Andaquíes-Caquetá y el INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAQUETÁ, por la omisión y la indebida prestación del servicio médico de salud del menor BREINNER SANTIAGO VERNAZA LOZADA y que conllevó al fallecimiento del mismo a pocos días de su nacimiento, en el municipio de Belén de los Andaquíes-Caquetá.

Que, como consecuencia de lo anterior, se condene a las entidades demandadas a pagar a favor de los demandantes los perjuicios, morales, materiales, sumas que deberán ser debidamente reajustadas conforme lo establecido en los artículos 176, 177 y 178 del CCA, debiendo ser condenadas a las entidades demandadas al pago de las costas procesales.

2.2. Hechos.

Se indica que los señores LUIS FERNANDO VERNAZA CORREA y MIRYAM LOSADA MACÍAS, conviven desde febrero de 2005 y concibieron a BREINNER SANTIAGO VERNAZA LOSADA (q.e.p.d).

Que durante el embarazo de la señora MIRYAM LOSADA MACÍAS, fue asistida y controlada prenatalmente por el Hospital Local San Roque de Belén de los Andaquíes-Caquetá, hoy ESE RAFAEL TOVAR POVEDA, siendo internada para el parto el 03/07/2006 a las 9:15 am, pero por fallas y demora en el trabajo de parto, la criatura bebió líquido amniótico, por lo que fue sometido a sonda oxigenatoria y pese a lo anterior, fue dado de alta junto con la madre el mismo día del nacimiento a las 5:30 de la tarde, sin tener en cuenta la solicitud de los progenitores que lo mantuvieran en incubadora y bajo cuidado médico, lo cual se demuestra con la anotación de la historia clínica en la que se indica que el menor estaba "ahogadito", conociendo así la mala situación del menor por el presunto descuido médico en la prestación del servicio.

Que al día siguiente, regresó nuevamente el menor al centro médico por la falta de oxígeno, pues este se colocaba morado, y en lugar de hospitalizarlo se limitaron a formularle medicamentos y que no regresara sino hasta el 24 de julio de 2006, lo que conllevó a que el niño continuara en mal estado, y pese a los controles médicos no mejoraba, al punto que el 26 de julio al estar en estado preagónico y al enojarse los padres con los médicos, proceden a remitirlo al Hospital Universitario de Neiva, donde fallece ante la mora en la remisión a la UCI.

Que con la historia clínica como pruebas se demostrará la falla en el servicio por parte del personal médico, al no haber remitido a la UCI de Neiva al menor tan pronto como se percataron que había bebido líquido amniótico y al retirarse la sonda oxigenatoria, ya que de haberlo hecho se hubiere salvado la vida del menor, pero ni siquiera lo remitieron a Florencia-Caquetá con el fin de que fuere valorado por pediatría, pues transcurren 23 días desde su nacimiento y ante el grave estado del menor



Acción de Reparación Directa
 Demandante: Luis Fernando Vernaza Correa y Otra.
 Demandado: Instituto Departamental de Salud del Caquetá – IDESAC- y Otro.
 Radicado: 18001-33-31-002-2008-00047-00

se efectuó la remisión, lo cual ocurrió de manera tardía, pues según la historia clínica del hospital de Neiva, se registró el ingreso del menor con “Síndrome de dificultad respiratoria severa”, “malas condiciones generales, con francos signos de dificultad respiratoria y alteración del sensorio...”, lo cual se produjo desde el descuido que produjo la ingesta de líquidos de la placenta y que produjo su muerte con un paro cardiorrespiratorio, siendo revivido, sufriendo muerte cerebral, presentando una hemorragia intracraneal por falta de oxígeno, hematoma subdural, lo cual fue ocasionado por los malos manejos en el trabajo de parto y su cuidado posterior.

2.3. Fundamento de Derecho

-Constitución Política, artículos: 2, 5, 6, 11, 48, 49 y 90
 -Decreto 01 de 1984, artículos: 206 a 211

3. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA.

3.1. Partes Demandadas:

a) INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAQUETA – IDESAC-. (Fl. 67-73 c.1)

Frente a los hechos de la demanda indica que no son ciertos o que no le constan y que deberán probarse dentro del proceso, además que la conclusión a la que llega el abogado de la parte actora, es una posición personal acerca de la responsabilidad de las entidades accionadas, máxime cuando es competencia exclusiva del juez administrativo declarar la responsabilidad aludida.

Por consiguiente, se opone a las pretensiones de la demanda, ya que no existe responsabilidad administrativa en los términos que se predica aquella, y por ello la entidad no comporta responsabilidad, pues no puede predicarse alguna conducta que haga responsable al IDESAC, dado que, en su condición de entidad descentralizada a nivel departamental, siempre ha estado cumpliendo con los servicios, tratamientos y procedimientos médicos NO POS, garantizando la atención de sus usuarios.

Propone como excepción la *falta de legitimación en la causa por pasiva y falta de causa.*

b) ESE RAFAEL TOVAR POVEDA. (Fl. 87-91, 106-109 c.1)

Frente a los hechos sostiene que no son ciertos y que respecto de la responsabilidad deprecada por la parte actora es un aspecto de derecho y suposiciones sin elementos probatorios, además que lo relacionado con las anotaciones de la historia clínica en el Hospital de Neiva -Huila, no se demuestra ninguna falla, sino que se indica el estado de enfermedad del menor como producto de una enfermedad posterior al nacimiento, ya que si el recién nacido al momento del parto ingiere líquidos no aguantaría ni 5 minutos de vida.

Manifiesta que la entidad al prestar el servicio médico al menor cumplió con todos y cada uno de los protocolos establecidos, teniendo en cuenta que el menor ingreso con 8 días de evolución de dificultad respiratoria, y se le realizó la asistencia médica necesaria, oportuna, diligente y responsable y pese a que se indica una mora en la atención del parto y que al parecer bebió líquidos, siendo sometido a sonda oxigenaria y que a pesar de ello fue dado de alta, sin embargo, según la historia clínica no se detona la negligencia ni mora aludida luego se verifican las actuaciones adelantadas por ésta .

Propone como excepción de mérito *ausencia de nexo causal entre el daño sufrido y la prestación del servicio de salud, y cobro de lo no debido.*

4. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN.

a) Parte actora: (Fl. 143-145 c.1, 206-210 c.2)

Reitera los hechos expuestos en la demanda y en la reforma de la misma, precisando que existieron varias fallas en el servicio médico al momento de las atenciones prestadas al recién nacido, como lo fue el descuido y mora en el manejo del trabajo de parto que produjo la ingesta de líquidos de la placenta, el no haber remitido a la UCI de Neiva al menor tan pronto como se percataron que había bebido líquido amniótico y al retirarse la sonda oxigenatoria o en su defecto una remisión a Florencia -Caquetá con el fin de que fuere valorado por pediatría, concretándose así una remisión tardía, por lo que insiste en la responsabilidad de las entidades demandadas.



b) INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAQUETA-IDESAC-: (Fl. 146-150, 194-196 c.1)

Reitera que se configura la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva ya que es en el hospital Rafael Tovar Poveda de Belén de los Andaquíes el lugar donde se prestó el servicio en el año 2006 la cual es una institución autónoma e independiente de la entidad a nivel departamental IDESAC tal como lo dispone la ordenanza 11 del 17 de diciembre de 1991.

Que dicho Centro Médico al ser un establecimiento público tiene la misma naturaleza y cuenta con autonomía administrativa y financiera, por consiguiente no se trata de una entidad prestadora del servicio de salud ni habilitada para tal fin, por el contrario sus consecuencias se derivan de la dirección en el sector salud en todo el Departamento del Caquetá las cuales se sintetizan en la formulación de planes normas y proyectos para lograr el desarrollo del sector salud y del sistema general de seguridad social en salud, por lo que no le asiste razón a la parte actora cuando le imputa el hecho u omisión relacionada con sus funciones y que pueda comprometer su responsabilidad.

Finaliza indicando que no existieron pruebas de la constitución de falla en el servicio toda vez que la actuación que presuntamente causó la falla no tuvo origen y no se derivó de una tensión propia de libertad nivel personal razón por la cual no existe el hecho generador del daño imputable a la entidad, y que en el caso en concreto se encuentra configurada una fuerza extraña que exonera de toda responsabilidad como hecho de un tercero, por cuanto el servicio objeto de la presunta falla fue brindado al menor por el Centro médico.

c) ESE RAFAEL TOVA POVEDA: (Fl.198-200 c.1)

Manifiesta que se debe observar si la parte actora logró probar todos y cada uno de los interrogantes y situaciones que expuso como responsabilidad de a ESE, dado que en materia administrativa la carga de la prueba le corresponde a la parte actora, pero éstos quedaron en meras suposiciones y no fueron respaldados probatoriamente, pues no se evidencia por ninguna parte que la muerte del menor haya tenido como ocurrencia la mala prestación de los servicios médicos asistenciales, lo cual fue corroborado con el peritaje aportado, en el que se dejó plasmado la no responsabilidad del entidad en la muerte del menor, por lo que solicita denegar las pretensiones de la demanda.

d) Ministerio público: No emitió concepto en el presente asunto.

5. CONSIDERACIONES DEL DESPACHO.

5.1. Competencia.

Agotadas como están las diferentes etapas procesales sin que se avizore circunstancia alguna que invalide lo actuado, se procede a tomar la decisión que ponga fin al presente litigio por ser competente el Juzgado Cuarto Administrativo de Florencia para conocer y fallar el presente proceso, por la naturaleza de la acción, la cuantía y el lugar donde ocurrieron los hechos, según los artículos 134, 134 B y 134 D, literal f del CCA.

5.2. Problema Jurídico.

¿Las entidades demandadas, junto con el llamado en garantía, deben responder por los daños y perjuicios ocasionados a los demandantes ante la debida prestación del servicio médico de salud del menor BREINNER SANTIAGO VERNAZA LOZADA y que conllevó al fallecimiento del mismo a pocos días de su nacimiento, como consecuencia de la remisión tardía a un centro de mayor complejidad que atendiera sus patologías?

5.3. Asunto Previo – Sucesión Procesal-



La figura de la sucesión procesal se encuentra regulada en el artículo 60 CPC¹, y es aplicable al presente proceso en virtud de la remisión que efectúa el artículo 306 de la ley 1437 de 2011 y según lo dispuesto por el Consejo de Estado en auto del 25/06/2014.²

El Despacho, indica que la presente demanda fue interpuesta en contra de varias entidades, entre ellas el INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAQUETÁ- IDESAC-, como quiera que para la época de los hechos éste se encontraba en funcionamiento y a quien se le atribuye responsabilidad en el asunto.

No obstante, lo anterior, observa el Despacho, que en la actualidad el -IDESAC-, se encuentra liquidado, ello en virtud de lo dispuesto en la Resolución No. 000707 del 31 de mayo de 2017, expedida por el Gerente Liquidador de la Entidad.

De conformidad con lo anterior, se tendrá como sucesor procesal a la Gobernación del Departamento del Caquetá, de conformidad con lo establecido en el Decreto 1241 de 2011, como quiera que en el párrafo del artículo 58 dispuso:

“Artículo 58 (...)

Parágrafo: si al terminar la liquidación existen procesos pendientes contra la entidad, las contingencias respectivas se atenderán con cargo a los remanentes del proceso liquidatorio o a falta de éstos, el que se constituya para el efecto.

Lo anterior, sin perjuicio de los casos en que el Departamento u otra entidad asuman dichos pasivos, de conformidad con la Ley”.

Así las cosas, al existir la extinción de la persona jurídica -IDESAC-, y la misma ser sucedida a otra persona jurídica, a la cual le son trasladados, por virtud de la ley, los bienes, derechos y obligaciones, es decir, al ser sucedida por el DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ, tal y como quedó establecido en acápites anteriores, es procedente decretar la sucesión procesal, atendiendo que reúne los requisitos establecidos en el artículo 60 del Código de Procedimiento Civil, para todos los efectos de la presente sentencia.

5.4.Excepciones.

- a) La entidad demandada INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAQUETÁ – IDESAC, propuso la excepción de *falta de Legitimación en la causa por pasiva*, al considerar que no es sujeto pasivo de la presente acción.

Al respecto, es de señalar que la legitimación en la causa por el lado pasivo es la identidad del demandado con quien tiene el deber correlativo de satisfacer el derecho³. La legitimación es, por lo tanto, un presupuesto material de la sentencia de mérito favorable a alguna de las partes de la *litis*⁴ una vez se resuelva el fondo del asunto.

Por tal razón, para el Despacho, es necesario citar, la sentencia proferida por el H. Consejo de Estado⁵, sostuvo:

¹ **“ARTÍCULO 60. SUCESIÓN PROCESAL.** Fallecido un litigante o declarado ausente o en interdicción, el proceso continuará con el cónyuge, el albacea con tenencia de bienes, los herederos, o el correspondiente curador.

Si en el curso del proceso sobrevienen la extinción de personas jurídicas o la fusión de una sociedad que figure como parte, los sucesores en el derecho debatido podrán comparecer para que se les reconozca tal carácter. En todo caso, la sentencia producirá efectos respecto de ellos aunque no concurren.

El adquirente a cualquier título de la cosa o del derecho litigioso, podrá intervenir como litisconsorte del anterior titular. También podrá sustituirlo en el proceso, siempre que la parte contraria lo acepte expresamente.

El auto que admite o rechace a un sucesor procesal es apelable.

Las controversias que se susciten con ocasión del ejercicio del derecho consagrado en el artículo 1971 del Código Civil, se decidirán como incidentes.”

² “En consecuencia, la Sala unifica su jurisprudencia en relación con la entrada en vigencia de la ley 1564 de 2012, para señalar que su aplicación plena en la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo, así como en materia arbitral relacionada con temas estatales, es a partir del 1º de enero de 2014, salvo las situaciones que se gobiernen por la norma de transición que se explicará en el acápite a continuación, las cuales se resolverán con la norma vigente al momento en que inició el respectivo trámite.” CONSEJO DE ESTADO SALA PLENA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO Consejero ponente: ENRIQUE GIL BOTERO Bogotá D.C., veinticinco (25) de junio de dos mil catorce (2014). Radicación número: 25000-23-36-000-2012-00395-01(49299)

³ Sentencia de 13 de febrero de 1996, exp. 11.213. En sentencia de 28 de enero de 1994, exp. 7091, el Consejo de Estado expuso: “En todo proceso el juzgador, al enfrentarse al dictado de la sentencia, primeramente deberá analizar el aspecto relacionado con la legitimación para obrar, esto es, despejar si el demandante presenta la calidad con que dice obrar y si el demandado, conforme con la ley sustancial, es el llamado a enfrentar y responder eventualmente por lo que se le enrostra. En cuanto a lo primero, se habla de legitimación por activa y en cuanto a lo segundo, se denomina legitimación por pasiva”.

⁴ Sentencia de 1º de marzo de 2006, exp. 15.348.

⁵ CONSEJO DE ESTADO, SECCIÓN TERCERA, Consejera ponente: MARTA NUBIA VELÁSQUEZ RICO (E), tres (3) de diciembre de dos mil dieciocho (2018). Radicación número: 68001-23-31-000-2003-00642-01(40615)



“La legitimación en la causa tiene dos dimensiones, la de hecho y la material. La primera surge de la formulación de los hechos y de las pretensiones de la demanda, por manera que quien presenta el escrito inicial se encuentra legitimado por activa, mientras que el sujeto a quien se le imputa el daño ostenta legitimación en la causa por pasiva. A su vez, la legitimación material es condición necesaria para, según corresponda, obtener decisión favorable a las pretensiones y/o a las excepciones, punto que se define al momento de estudiar el fondo del asunto, con fundamento en el material probatorio debidamente incorporado a la actuación. Así, tratándose del extremo pasivo, la legitimación en la causa de hecho se vislumbra a partir de la imputación que la demandante hace al extremo demandado y la material únicamente puede verificarse como consecuencia del estudio probatorio, dirigido a establecer si se configuró la responsabilidad endilgada desde el libelo inicial...”

Conforme a la jurisprudencia precitada queda claro entonces que la legitimación en la causa es necesaria para proferir sentencia de mérito, bien sea esta favorable o no a las pretensiones de los accionantes o de las entidades demandadas, razón por la cual en el caso objeto de estudio atendiendo que lo pretendido se le atribuye a las actuaciones adelantadas por las entidades demandadas, tanto por la presunta mora en las autorizaciones para la remisión del menor a un centro de mayor complejidad por parte INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAQUETÁ – IDESAC, por lo que el Despacho denegará la excepción así propuesta.

b) De las demás excepciones propuestas.

Para el despacho las excepciones propuestas no tienen tal calidad, toda vez que no aluden a hechos nuevos que coarten, limiten, restrinjan o aplacen el nacimiento del derecho a la indemnización que se reclama, sino que aluden a razones de defensa que buscan negar la responsabilidad atribuida a las entidades públicas demandadas, y la ausencia de la relación causal, por lo tanto se desecharán en este momento y se analizarán de fondo con el asunto, cuando se estudien los elementos determinantes de la responsabilidad.

c) Legitimación e interés de las partes.

Dentro del presente asunto demandan:

Demandante	Calidad que Comparece	Poder (FI)	Acreditación (FI)
LUIS FERNANDO VERNAZA CORREA	Padre	1	13
MIRYAM LOSADA MACÍAS	Madre	2	13

Conforme lo anterior, a los aquí mencionados les asiste legitimación en la causa por activa, por cuanto se logró demostrar el grado de consanguinidad con el directo perjudicado, ello es con el menor BREINNER SANTIAGO VERNAZA LOSADA (q.e.p.d).

A las entidades demandadas, les asiste legitimación por pasiva para actuar en la causa, pues se les endilga responsabilidad por los daños causados a los demandantes con motivo de la muerte del menor BREINNER SANTIAGO VERNAZA LOSADA, y en virtud de los vínculos contractuales adquiridos, y en lo atinente al Ministerio Público, le asiste interés por mandato de la ley.

e) De la responsabilidad del Estado.

La institución de la responsabilidad del Estado en Colombia, encuentra su fundamento en el artículo 90 de nuestra Constitución Política que a su tenor reza: “El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas. En el evento de ser condenado el Estado a la reparación patrimonial de uno de tales daños, que haya sido consecuencia de la conducta dolosa o gravemente culpable de un agente suyo, aquél deberá repetir contra este”; del contenido de la precitada norma Constitucional, se desprenden los tres elementos que configuran la responsabilidad Estatal siendo estos, el daño antijurídico, la imputación del mismo a la entidad pública demandada y el nexo de causalidad.

5.5. Régimen de responsabilidad bajo el cual se analizará el caso concreto.

El marco de referencia estimativo para casos como el que aquí se analizará, ha sido definido de tiempo atrás por la jurisprudencia del Consejo de Estado, y reiterado recientemente⁶ en estos términos:

⁶ Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, Consejera Ponente: María Adriana Marín, 26 de abril de 2018, radicación número: 25000-23-26-000-2004-02010-01(41390).



“En efecto, tratándose de supuestos en los cuales se discute la declaratoria de responsabilidad estatal con ocasión actividades médico-asistenciales, según jurisprudencia de esta Corporación, la responsabilidad patrimonial que se le atribuye al Estado bien puede ser analizada bajo el régimen de la falla probada del servicio, a lo cual se ha agregado que, en atención al carácter técnico de la actividad médica y a la dificultad probatoria que ello implica, el nexo de causalidad puede acreditarse por diversas vías, en especial mediante la utilización de indicios, que no en pocas ocasiones constituyen el único medio probatorio que permite establecer la presencia de la falla del servicio endilgada.”

Y reitera en pronunciamiento distinto⁷:

“[L]a jurisdicción de lo contencioso administrativo ha dado cabida a la utilización de diversos títulos de imputación para la solución de los casos sometidos a su consideración, sin que esa circunstancia pueda entenderse como la existencia de un mandato que imponga la obligación al juez de utilizar, frente a determinadas situaciones fácticas, un específico título de imputación. En este sentido, en aplicación del principio iura novit curia, la Sala puede analizar el caso bajo la óptica del régimen de responsabilidad patrimonial del Estado aplicable, de cara a los hechos probados dentro del proceso, sin que esto implique una suerte de modificación o alteración de la causa petendi, ni que responda a la formulación de una hipótesis que se aleje de la realidad material del caso, o que se establezca un curso causal hipotético de manera arbitraria. No obstante que el modelo de responsabilidad extracontractual del Estado colombiano privilegió un título de imputación, la posición de la Corporación en esta época se orienta en el sentido de que la responsabilidad médica, en casos como el presente, debe analizarse bajo el tamiz del régimen de la falla probada, lo que impone no sólo la obligación de probar el daño del demandante, sino, adicional e inexcusablemente, la falla por el acto médico y el nexo causal entre esta y el daño, sin perjuicio de que en los casos concretos el juez pueda, de acuerdo con las circunstancias, optar por un régimen de responsabilidad objetiva.”

Resulta, de lo así puntualizado por el Consejo de Estado, que, por regla general en materia de responsabilidad médica, el análisis debe hacerse bajo la óptica de la falla probada del servicio, bajo la cual compete al demandante probar que el centro médico le causó un daño antijurídico, que incurrió en irregularidades en la prestación del servicio a su cargo, y que dichas irregularidades produjeron el hecho dañoso.

Que teniendo en cuenta las circunstancias se adopta el régimen objetivo, y que la prueba de la falla del servicio pueda ser producida por medios indiciarios, ante la frecuente **dificultad** de aportar pruebas directas.

Comentado [gpbs1]:

Por lo que para determinar la responsabilidad del Estado por los daños supuestamente causados por las demandadas al menor BREINNER SANTIAGO VERNÁZA LOSADA, ante la omisión y la indebida prestación del servicio médico de salud ante los padecimientos que presentaba y que conllevó al fallecimiento del mismo, por tanto, el juez fallador debe determinarse de acuerdo a dichos criterios ya puntualizados, y para el caso en concreto donde los demandantes alegan una ineficiente prestación del servicio médico, el Despacho estudiará el presente caso bajo el régimen de responsabilidad probada (*falla en el servicio*) donde le corresponde al actor demostrar el daño por el acto médico y el nexo causal entre este y la entidad.

5.6. El daño antijurídico

La Constitución Política de Colombia, consagra en su artículo 11 el carácter de “*fundamental e inviolable*” que ostenta al interior del Estado, el Derecho a la Vida. Por su parte, la Declaración Americana de los Derechos del Hombre y el ciudadano, reconoce en su artículo 1, “*el derecho a la vida, seguridad e integridad personal*”, en tanto, la Convención Americana de Derechos Humanos, consagra que “*toda persona tiene Derecho a que se respete su vida*” y que “*nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente*”.

Así las cosas, en primera medida es de indicar que el daño antijurídico es aquel que lesiona un bien patrimonial jurídicamente protegido, ocasionado por la acción u omisión de agentes del Estado que actúan dentro de la órbita obligada de sus funciones, sin que el gobernado tenga la obligación legal o jurídica de soportarlo, es decir, que el Estado en ejercicio de su soberanía y funciones no tiene derecho a causar. Además, dicho daño debe ser individual, injusto, efectivo y evaluable patrimonialmente.

En el presente caso, se procederá a su análisis, por ser el primer elemento constitutivo de responsabilidad, refiriéndonos a la trasgresión del **derecho a la vida** del menor que, para el caso en concreto, el mismo se encuentra acreditado a través de la historia clínica por parte del HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO obrante a folio 18-19 del cuaderno principal 1, según

⁷Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, C.P.: Marta Nubia Velásquez Rico, Bogotá D.C., dieciséis (16) de agosto de dos mil dieciocho (2018), Radicación número: 17001-23-31-000-2009-00001-01(45687).



Acción de Reparación Directa
 Demandante: Luis Fernando Vernaza Correa y Otra.
 Demandado: Instituto Departamental de Salud del Caquetá – IDESAC- y Otro.
 Radicado: 18001-33-31-002-2008-00047-00

la cual el menor BREINNER SANTIAGO VERNAZA LOSADA, el 30/07/2006 sufre de paro cardiorrespiratorio, al realizar maniobras con resultado exitoso pero persiste el pésimo pronóstico y posteriormente, entra en falla renal, continuando con el deterioro marcado en todas sus funciones metabólicas y hemodinámicas, sufriendo muerte cerebral, declarando su fallecimiento el 6 de agosto de 2006 a las 9:30 horas, lo cual se corrobora con el registro civil de defunción con indicativo serial No. 5620697⁸, según el certificado médico de defunción de fecha 06/08/2006 con No.2314203 del que se hace alusión en la historia clínica obrante a folio 20 del cuaderno principal 1, sin embargo, su configuración no significa determinar la responsabilidad del Estado, dado que es necesario que se configuren los demás elementos de la responsabilidad.

5.7. Nexa causal e imputabilidad:

Al respecto, tal como se precisó en acápite anteriores, se recuerda que la responsabilidad por falla médica ha evolucionado a lo largo de los años, y que la responsabilidad imputable al Estado implica una valoración de nexa de causalidad en la cual, es necesario que la causa determinante, directa, manifiesta e inmediata del daño, sea la actuación endilgada a la administración, se requiere probar que fue la impericia, la falta de diligencia y la ausencia de la oportuna atención del menor BREINNER SANTIAGO VERNAZA LOSADA al momento de nacer y luego, cuando requirió de atención médica, por lo que se procederá a analizar las pruebas obrantes en el plenario, desde la gestación del mismo, tales como las transcripciones de la historias clínicas allegadas⁹, las cuales no fueron desconocidas o tachadas y de las cuales se pueden sintetizar lo siguiente:

Que la señora MIRYAM LOSADA MACÍAS, ingresa por urgencias al HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE hoy ESE HOSPITAL RAFAEL TOVAR POVEDA de Belén de lo Andaquíes-Caquetá, el 30/11/2005 solicitando prueba de embarazo, frente a lo cual se ordena el examen solicitado.

Durante la gestación, la señora LOSADA asiste en varias oportunidades a dicho centro médico con el fin de atender las patologías de IVU en el embarazo el 09/12/2005¹⁰, IVU en embarazo D23Y el 12/12/2005¹¹ siendo hospitalizada hasta el 14/12/2005¹² cuando se le da la salida, el 11/02/2006¹³ por presentar GIPIMIAO, Vaginitis, IVU, A.P.P., el 10/03/2006¹⁴ presenta embarazo de 20 semanas por FUR, el 13/03/2006¹⁵ se presentó a urgencias al no sentir movimientos fetales, el 21/04/2006¹⁶ por presentar Cefalea, el 23/05/2006¹⁷ al indicar que desde hacer 18 horas presenta dolor abdominal tipo cólico en hipogastrio, asociado a ardor al orinar, sed, cefalea global pulsátil, sin flujo y ni otra sintomatología por lo que le diagnostican IVU en el embarazo D234, con amenaza de parto pretérmino, y deciden hospitalizarla hasta el 19/06/2006¹⁸, frente a los cuales se enuncia que se le brindó asistencia médica, recomendaciones y signos de alarma, sin indicar expresamente los mismos.

Que acudió a los controles prenatales en los días 20/12/2005 en el que se ordenan exámenes generales, el 05/01/2006, el 07/03/2006, el 10/03/2006, el 10/04/2006, el 16/05/2006, el 13/06/2006 en los cuales se deja registro de las buenas condiciones generales que presentaba la señora LOSADA MACÍAS, ordenándole los exámenes y medicamentos en cada cita de control y sin dejar constancia en dichos controles que se trataba de un embarazo de alto riesgo o que presentara alguna patología que ameritara atención médica especial.

El 03/07/2006 a las 7:00 am ingresa por urgencias al tener contracciones y salida de líquido amniótico, con cuadro clínico de 12 horas de evolución de actividad uterina irregular que se normalizó luego de hora y media desde su ingreso, asociado a expulsión de tapón de moco y escasa amniorrea, niega sangrado, movimientos fetales positivos, ruptura membranas hace hora y media, con valoración del estado físico de TA 141/86 FC 80 FR 20 PESO 66KG, C/C conjuntivas normocrómicas, mucosa oral húmeda, C/P RsCs rítmicos, sin soplos. RsRS conservados. Abdomen útero gravido, altura uterina 34c, situación longitudinal. Dorso derecho FCF 140X', G/U: TV B 80%, D 4cm, E-2, membranas rotas, presentación cefálica, no sangrado, extremidades no edemas, adecuada perfusión distal, iniciando trabajo de parto fase activa, contando con embarazo de 38.6 semanas por FUR, con feto único vivo y

⁸ Fl. 14 c.1.

⁹ Fl. 138-179 c. pbas actora

¹⁰ Fl. 158 c. pbs actora

¹¹ Fl. 158-159 c.pbs actora

¹² Fl. 159-161 c. pbs actora

¹³ Fl. 162 c. pbs actora

¹⁴ Fl. 162 c. pbs actora

¹⁵ Fl. 163 c. pbs actora

¹⁶ Fl. 163 c.pbs actora

¹⁷ Fl. 164 c.pbs actora

¹⁸ Fl. 164-167 c. pbas



Acción de Reparación Directa
 Demandante: Luis Fernando Vernaza Correa y Otra.
 Demandado: Instituto Departamental de Salud del Caquetá – IDESAC- y Otro.
 Radicado: 18001-33-31-002-2008-00047-00

ruptura de membranas, ordenando hospitalizar a las 7:05 am, colocación de líquidos y vigilar actividad uterina y FCF cada hora.

Que se pasa a la paciente a sala de partos y se obtiene recién nacido vivo de sexo masculino a las 9:15 am peso 3300gr talla 49cm PC 33cm PT 34cm apgar 8-9-10 alumbramiento de placenta tipo shultz 9:25 am completa, se revisa canal de parto y se observa desgarro perianal G1 no sangrante, y se le realiza episiorrafia con cromom 2-0 procedimiento sin complicaciones.

Respecto del recién nacido, se indica que nace a las 9:15 am, se realiza aspiración de secreciones, profilaxis ocular, ligadura y profilaxis de cordón umbilical aplicación de vitamina K y medidas antropométricas. Se pasa recién nacido junto a la madre y se inicia lactancia materna

A las 17:35 se anota el buen estado general, con signos vitales TA: 100/60 FC: 80 FR: 20, CyC conjuntivas normocrómicas, mucosa oral húmeda. C/P normal. Abdomen útero tónico a 1 cm supra umbilical. G/U: Episiorrafia en buen estado, secreción líquidos serohemáticos escasos. Extremidades: no edema, adecuada perfusión distal, con evolución postparto adecuada, se da salida con fórmula de acetaminofén, sulfato ferroso, control en dos (2) días y se da orden para hemoclasificación, VDRL, asistir a vacunación.

Respecto del recién nacido, se indica que el 03/07/2006 a las 17:55 pm, tolera y acepta vía oral, no episodios de emesis, deposición (+), diuresis (+), ombligo en buen estado, C/P normal. Extremidades: movimiento de 4 extremidades. Neurológico: reflejo succión (+), moro (+), con evolución adecuada y se da salida junto con la madre. Pendiente vacuna BCG mañana en la mañana y control médico en dos días.

Ahora bien, de la historia clínica¹⁹ del recién nacido BREINNER SANTIAGO VERNIZA LOSADA, se observa que ingresó al día siguiente de su nacimiento, ello fue el 04/07/06 a las 9:00 am, en el que se deja constancia que es un Lactante sano y que el motivo de consulta es por estar "ahogadito", donde el estado físico de valoración refleja un cuadro clínico de 12 horas de evolución consistente en dificultad respiratoria y congestión nasal, consiente, afebril FC 108X FR 26X SAO2 99%, Cabeza caput succedaneum en región parietal derecha, fontanelas normales boca mucosa oral húmeda, tórax rscs rítmicos regulares no soplos rscs murmullo vesicular conservado abdomen normal, muñón umbilical sin signos de infección, por lo que le fue ordenado suero fisiológico 2 gotas en c/fosa nasal, recomendaciones de signos de alarma y control en 2 días.

Posteriormente, vemos que el 12/07/2006, con 9 días de nacido regresa el menor por consulta externa, al presentar cuadro clínico de un día de evolución de ausencia de deposición, sin ninguna otra sintomatología, quien se está alimentando con leche S26 -no leche materna- y al examen físico se evidencia la FC 83 FR 20 C/C leve tinte icterico, conjuntivas normocrómicas, mucosa oral húmeda C/P normal Abdomen blando, depresible. Con extremidades sino edemas, adecuada perfusión distal, diagnosticándole Estreñimiento e Ictericia fisiológica, para lo cual le dan recomendaciones sobre alimentación, agurol lcc/día y exposición al sol, con la advertencia de signos de alarma y recomendaciones generales.

Que el 19/07/2006 a los 15 días de nacido regresa al mencionado centro médico por URGENCIAS a las 9:15 am, presentando Temperatura de 36.5°C Peso:3500 Sat 98%, con cuadro clínico de 2 días, rinorrea hialina aparición de vesículas en región inguinal eritematosa, posteriormente presenta leve disnea con retracciones subcostales, al momento de valoración por examen físico arroja una FR 30X FR 110X T36.5°C peso 3500 cc Respirador nasal, leve hipoventilación en ACP con leves retracciones subcostales, sin SIRS, abdomen blando depresible sin masas ni megalias extremidades lesión ampollosa en región de ingle derecha leve eritema SN leve cefalohematoma, diagnosticándole Impetigo leve, Bronquiolitis leve, Cefalohematoma temporal derecho, para lo cual le prescriben medicamentos, ser hacen recomendaciones de dieta y alarma y se le da salida por su evolución satisfactoria.

A los 15 días de nacido a las 16:30 pm, es llevado a por atención general por tener tos y dificultad para respirar, con cuadro de 4 días de evolución de tos seca, dificultad para respirar y rinorrea hialina predominio en la noche, dejando constancia que está actualmente en manejo ambulatorio con eritromicina 1 cc cada 8 horas, loratadina 1 cc /noche y salbutamol 2 inh c/6 horas con espaciador obteniendo parcial mejoría y que se consulta nuevamente por dificultad para respirar y que el padre sufre de asma, respondiendo al estado físico de FC 130 FR 40 T37.5°C SAT98% C/C: conjuntivas normocromicas, mucosa oral húmeda. C/P RSC rítmicos sin soplos RSR conservados, estertores ocasionales. Abdomen blando no doloroso a la palpación. Extremidades eutróficas, adecuada perfusión

¹⁹ Fl. 139-143 c. pbs actora



Acción de Reparación Directa
 Demandante: Luis Fernando Vernaza Correa y Otra.
 Demandado: Instituto Departamental de Salud del Caquetá – IDESAC- y Otro.
 Radicado: 18001-33-31-002-2008-00047-00

distal. IDX 1. Bronquitis viral, para lo cual se da como tratamiento medicamentos, continuando con majo de antibióticos y cita de control el lunes por consulta, al igual que exámenes de rx de tórax, dando los signos de alarma y recomendaciones generales.

Que el 21/07/2006, a los 20 días de nacimiento, nuevamente es llevado a urgencias, ingresa paciente para solicitar remisión por masa cefálica y al diagnosticarle Cefalohematoma, dado que la madre refiere presencia de masa en región parietal derecha asocia que ha aumentado de tamaño, pero no se presenta calor ni rubor, niega otra sintomatología, con examen físico: consiente, hidratado, afebril, en buen estado general, C/C con deformidad dada por masa de +/- 5 cms blanda móvil no dolorosa en región parietal derecha c/p sin agregados cardiopulmonares Abd blando no doloroso ext normales reflejos normales para la edad, diagnosticándole una posible Cefalohematoma y lo remiten para valoración por pediatría.

Para el 24/07/2006 regresa por consulta externa, llevando los resultados de los exámenes, contando con enfermedad actual de 7 días de evolución de tos seca predominio nocturno, rinorrea hialina con parcial mejoría, con tratamiento ambulatorio con eritromicina, acetaminofén y loratadina. El Rx de tórax arroja infiltrados pericárdicos sin tendencia a la consolidación y el examen físico indica una FC: 90 FR 24 Conjuntivas normocromicas, mucosa oral húmeda, C/P RsC rítmicos sin soplos y RsR conservados. Abdomen blando, no doloroso a la palpación. Extremidades no edemas, adecuada perfusión distal, diagnosticándole una Bronquiolitis, para lo cual se le prescriben medicamentos, examen de cuadro hemático e indicándole los signos de alarma y recomendaciones generales, así como lavado nasal cada 4 horas

Ingresa el 25/07/2006 por urgencias, contando con 24 días de edad, quien consulta por cuadro de 5 días de evolución de tos seca de predominio nocturno, asociado a fiebre no cuantificada con leve dificultad respiratoria además refiere vómito, antecedentes pct (-) qx (-) hx (-) toxicológicos (-) producto de segundo embarazo parto vaginal normal PAI al día familiares niega rxs estado gripal rinorrea hialina, estornudos frecuentes, con estado físico de aceptables condiciones generales, alerta, febril al tacto fc 130 fr 30 sat 98% fio2 21% t. 38.5°C peso 3500gr, cyc conjuntivas normocromicas mucosa oral húmeda leve retracción supraesternal, leves retracciones intercostales, cefalohematoma derecho cyp rsc rítmicos sin soplos taquicardicos, rrsr roncus en ambos campos pulmonares, abdomen blando no doloroso a la palpación extremidades no edemas, adecuada perfusión distal, diagnosticándole una posible neumonía in útero, con reporte cuadro hemático del 25/07/2006 (Fl. 20 c. pbs actora) que arroja hematocrito 39% hb 13mg/dl leu 19100 neu 45% linf 54% eo: 1% leucocitosis, se solicita rx de tórax que muestra infiltrados en base pulmonar derecha, con tendencia a la consolidación y signos de broncograma aéreo, se canaliza con ssn 40cc/hora, y se remite para valoración por pediatría a la IPS HOSPITAL MARÍA INAMCULADA, y se prescriben medicamentos.

Que fue recibido el mismo día en el HOSPITAL MARÍA INMACULADA DE FLORENCIA²⁰, con diagnóstico de neumonía grave, con cuadro crítico de dificultad respiratoria, por lo que es remitido a la UCI del HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO de la ciudad de Neiva Huila, debido a que no hay cupo en la unidad de Florencia-Caquetá, ante una posible neumonía bacteriana, riesgo de insuficiencia respiratoria y EDA, mediante ambulancia con médico a bordo y acompañante.

Según la historia clínica expedida por el HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO, se observa que el menor BREINNER SANTIAGO VERNAZA LOSADA de 22 días de nacido ingresa el 26/07/2006 procedente la Belén de los Andaquíes-Caquetá, por presentar dificultad respiratoria asociada con obstrucción nasal de 8 días de evolución, tos de 4 días, picos febriles tratados con acetaminofén, diarrea de 1 día, con antecedentes de madre de 19 años aparentemente sana y padre de 25 años asmático, no asfixia neonatal, con estado físico 3330gr, FC.173%, FR55, T36°C, SPO299%, cráneo con cefalohematoma derecho, ORL normal, mucosas normal, sin soplos, campos pulmonares con hipoventilación sin simétrico, buen llevado capilar, por lo que se inicia tratamiento con antibióticos y se ordenan exámenes.

Respecto de las evoluciones del menor en el HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO tenemos que:

-Ingresa el 26/07/2006 a la Unidad de Recién Nacidos –Cuidados Críticos-, en malas condiciones generales con francos signos de dificultad respiratoria, con aparente compromiso de parénquima pulmonar.

20 fl. 5 c. CD. pbs parte actora



Acción de Reparación Directa
 Demandante: Luis Fernando Vernaza Correa y Otra.
 Demandado: Instituto Departamental de Salud del Caquetá – IDESAC- y Otro.
 Radicado: 18001-33-31-002-2008-00047-00

-El 27/07/2006 se ordena transfundir plasma y GRE, continúa crítico con palidez, anémico, severa dificultad respiratoria, inestable hemodinamicamente, cirugía pediátrica punción femoral derecha sin complicaciones;

-El 28 y 29 de julio de 2006 persiste con acidosis metabólica descompasada, estable, hipoglicémico, persiste la sedación para tolerar el ventilador;

-El 30/07/2006 sufre de paro cardiorrespiratorio, al realizar maniobras con resultado exitoso pero persiste el pésimo pronóstico con diagnóstico de HEMORRAGIA INTRACRANEANA;

-El 31/07/2006 es valorado por nefrología con posible acidosis tubular renal y necrosis tubular aguda, posteriormente entra en falla renal, braquiardia marcada, por lo que se da masaje cardiaco con buena respuesta.

-El 01/08/2006 es valorado por neurocirugía, determinando un hematoma subdural, continúa deprimiéndose la falla renal, arritmia, ordenando medicamentos.

-Del 02 al 03 de agosto de 2006 continúa con terapia antibiótica e inotrópica ininterrumpidas, persistiendo labilidad hemodinámica y deterioro renal, el RX de tórax revela infiltrados parahiliares y acidosis respiratoria según los gases arteriales.

-Para el 04 al 6 de agosto de 2006, continúa el deterioro marcado e todas sus funciones metabólicas y hemodinámicas, no responde a estímulos sufriendo muerte cerebral y fallece el 6 de agosto de 2006 a las 9:30 horas, con diagnóstico final de RNAT-PAEG, SEPSIS NEONATAL TARDÍA, NEUMONÍA, FALLA RENAL.

Según el dictamen médico legal rendido por HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO obrante a folio 70-73 del cuaderno de pruebas de la parte actora, al contestar el cuestionario formulado por el IDESAC concluyo lo siguiente:

“PRIMERA PREGUNTA: Estado de salud de la paciente MIRIAM LOSADA MACÍAS y el bebé antes de nacer, al ingresar al Hospital Local San Roque los días 03,04 y 26 de julio de 2006.

RESPUESTA: El día 03 de julio de 2006 la mencionada paciente ingresa a dicho Hospital por el Servicio de Urgencias hacia las 07:00am, con un cuadro clínico de trabajo de parto en fase activa, es decir, con contracciones uterinas de frecuencia e intensidad suficientes para causar un borramiento y dilatación del cuello uterino adecuados y progresivos. La paciente presenta signos vitales normales, una Altura Uterina de 34 cms. Y una Fetocardia de 140 latidos por minuto. Hacia las 9:15am. se produce un parto espontáneo y normal, en el cual se recibe un recién nacido de sexo masculino con puntaje de Apgar de 8-9-10.

Con lo anterior se puede deducir de los estados de salud de MIRIAM LOSADA MACÍAS y el bebé antes de nacer y en el momento de su nacimiento, son normales.

Del día 04 de julio de 2006 figura una hoja de REGISTROS MEDICOS SIS 400 donde se anota el diagnóstico “Lactante Sano”.

El día 25 de julio de 2006 se atiende por el Servicio de Urgencias en el mismo Hospital al menor BREINNER SANTIAGO VERNAZA LOSADA (no se consigna hora), con cuadro clínico de 20 días de evolución de tos seca de predominio nocturno, ríñonera hialina (moco nasal transparente), fiebre no cuantificada y dificultad respiratoria de cuatro días de evolución. Episodio de emesis (vómito) el día de consulta. Se está alimentando con Leche de Fórmula NAN 1; no recibe lactancia materna. Venía recibiendo tratamiento ambulatorio con eritromicina, loratadina, acetaminofén y ketotifeno, sin obtener mejoría, por lo cual consulta nuevamente. Al examen de ingreso se encuentra una paciente febril (Temperatura de 38,5°C), taquicárdico (frecuencia cardiaca de 130 latidos por minuto), con un patrón respiratorio alterado en el que destacan la retractación supra esternal y las retractaciones intercostales (signos francos de dificultad respiratoria). A la auscultación se le encuentran roncus en ambos campos pulmonares. Se le practicó Radiografía de Tórax, la cual mostró infiltrados en base pulmonar derecho, con tendencia a la consolidación, y signos de bronco grama aéreo. Un cuadro Hemático muestra leucocitosis con predominio de linfocitos (aumento del recuento de glóbulos blancos a expensas de linfocitos). Con este cuadro clínico, radiológico y de laboratorio, se hace un diagnóstico de Neumonitis Viral versus Neumonía in útero. Se remite el paciente a una Institución de nivel superior para Valoración por Pediatría. En hoja de REMISION DE PACIENTES-SOLICITUD. Hay anotación: “Acepta Dra. Gaviria”, y es dirigida al HOSPITAL MARÍA INMACULADA.

Lo anterior hace concluir que el 25 de julio de 2006, al estado de salud de BREINNER SANTIAGO VERNAZA LOSADA está muy comprometido. Es un mal estado de salud el cual ya presenta un SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA atribuible a un proceso neumónico de causa por establecer.



No hay notas de 26 de julio de 2006 en las copias allegadas para su análisis.

SEGUNDA PREGUNTA: *Determinar si el personal del HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE actuó en forma oportuna y diligencia en la atención del menor BREINNER SANTIAGO VERNAZA LOSADA.*

RESPUESTA: *De acuerdo a los datos aportados por la Historia Clínica, el médico general ante una Neumonía en un lactante menor, debe remitirlo al nivel superior porque debe manejarlo un médico especialista en PEDIATRÍA, lo cual se llevó a cabo en el momento de contar con la radiografía y el examen de Cuadro Hemático realizados la paciente, el mismo día de la consulta por Urgencias. Por lo tanto, el Personal del HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE si actuó en forma oportuna y diligente.*

TERCERA PREGUNTA: *¿De acuerdo con la Historia Clínica, la atención brindada al menor BREINNER SANTIAGO VERNAZA LOSADA, por parte del HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE, fue acorde a los parámetros establecidos en casos similares o análogos?*

RESPUESTA: Si

CUARTA PREGUNTA: *¿Cuál es el procedimiento médico idóneo que los galenos deben seguir en casos similares?*

RESPUESTA: *Remitir al menor a una Institución de Salud de nivel superior que cuente con el servicio de atención médica especializada en PEDIATRÍA.”*

De los interrogatorios de parte rendidos por los señores HENRY ALBERTO GOMEZ TORRES y LUIS HORACIO LOZADA JOVEN, ante el Juzgado Único Promiscuo Municipal de Belén de los Andaquíes-Caquetá, se puede extraer lo siguiente:

-HENRY ALBERTO GOMEZ TORRES²¹ el 9 de mayo de 2007 : Manifestó bajo la gravedad de juramento que conoce de vista y trato a los demandantes señores LUIS FERNANDO VERNAZA y LUZ MIRYAM LOZADA MACÍAS, de quienes aducen que conviven maritalmente y procrearon al niño BREINNER SANTIAGO BERNAZA LOZADA, el cual nació en el Hospital San Roque de la referida municipalidad, en malas condiciones porque al nacer tomo agua y se infectó, por lo que lo hospitalizaron con oxígeno y lo entregaron a sus padres, pero continuó enfermo de lo cual tiene conocimiento ya que varias veces llegó a su almacén indicándole que el niño estaba muy enfermo y que en el hospital no le hacían nada y que las causas de fallecimiento se debió al descuido de los médicos antes los padecimientos infecciosos que presentó desde su nacimiento, pese a que fue llevado en repetidas ocasiones al Centro médico siempre lo devolvían para la casa por considerar que su estado de salud era normal el menor se ocasionaron debido a la infección, siendo remitido para Florencia, donde fue revisado pero y al ver que la enfermedad era grave lo remitieron inmediatamente para Neiva – Huila, donde los especialistas le dijeron a sus padres que era muy tarde y que al menor le debían de haber prestado los servicios desde que nació.

-LUIS HORACIO LOZADA JOVEN²² el 27 de abril de 2007; Manifestó bajo la gravedad de juramento que conoce de vista y trato a los demandantes señores LUIS FERNANDO VERNAZA y LUZ MIRYAM LOZADA MACÍAS, de quienes aducen que conviven maritalmente y procrearon al niño BREINNER SANTIAGO BERNAZA LOZADA, el cual nació a principios del año 2006 en el Hospital San Roque de Belén de los Andaquíes -Caquetá, el cual duro muy poco tiempo vivo debido a una infección pulmonar con que nació y los servicios médicos omitieron brindarle el tratamiento adecuado ya que la deficiencia respiratoria no le permitió inhalar el oxígeno para poder vivir, además que tiene conocimiento que las causas del fallecimiento se debieron a que una vez acaeció el parto fueron dados de alta sin tener en cuenta la gravedad del menor por lo que los padres durante toda la noche tuvieron que airearlo para que no se ahogara y al día siguiente regreso la madre con el bebe al hospital, pero al valorarlo tan solo le suministraron unos medicamentos impropios y lo devolvieron para la casa y así pasaron varios días y cuando los médicos vieron que él bebe estaba muy grave lo remitieron de urgencias al hospital de Florencia y éste optó por remitirlo al Hospital Universitario de Neiva donde adelantaron las diligencias necesarias para salvarle la vida, pero ya era demasiado tarde y falleció a los pocos días.

En virtud de los elementos de prueba allegados al expediente, vemos que durante la gestación del menor BREINNER SANTIAGO BERNAZA LOSADA, su señora madre acude en varias oportunidades por presentar generalmente una IUUV de embarazo -infección urinaria-, la cual “...es una entidad clínica que se asocia frecuentemente al embarazo; las variantes clínicas son la bacteriuria asintomática, la cistouretritis y la pielonefritis.”²³ donde siempre le fueron prestados los servicios necesarios para sus padecimientos, al igual que la asistencia en el programa de PyP-Controles Prenatales-, encontrándole después de las

²¹ el Fl. 15 c.1

²² fl. 16-17 c.1

²³ <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip103e.pdf>



valoraciones en buenas condiciones generales, sin aludir algún signo de alarma, y desde que ingresa al HOSPITAL LOCAL SAN ROQUE hoy HOSPITAL RAFAEL TOVAR POVEDA por presentar contracciones propias del inicio de trabajo de parto a las 7:00 am fue canalizada y puesta en observación y vigilancia de la actividad uterina cada hora.

De ésta manera vemos, que la señora LOSADA dio a luz al menor BREINNER SANTIAGO BERNAZA LOSADA a las 9:15am quien nace vivo, de sexo masculino sin complicaciones, sin que obre anotación en la historia clínica que señale lo indicado por la parte actora, relacionado con los problemas respiratorios del menor desde el momento de su nacimiento dado que aspiró líquido amniótico, no obstante, lo que observa el Despacho es que si bien conforme lo anotado en la historia clínica se le realizó como parte del protocolo la aspiración de secreciones, dicha maniobra según el artículo de la Revista de Publicaciones Científica TRIAGE ENFERMERIA, “Consiste en la succión a través de la sonda o catéter de las secreciones en la vía respiratoria mediante sistema de vacío.”²⁴ con el objetivo de “...Mantener la vía aérea permeable, Favorecer la oxigenación pulmonar, Prevenir complicaciones, Obtener muestras de secreción bronquial.”²⁵, lo cual no implica la configuración de una falla del servicio por la aspiración de líquido a la hora del nacimiento sino un procedimiento de rutina que le permite al recién nacido respirar por si solo como quiera que se encuentra en un periodo de adaptación que “...en algunos casos es necesaria la estimulación para que el recién nacido inicie con sus respiraciones”²⁶, de lo que se infiere que no necesariamente la aspiración de secreciones bucales o nasales se realiza debido a un ahogamiento del bebe por haber ingerido líquido amniótico, conclusión a la que se llega con el apoyo de la lex artis anotada y lo analizado por el perito en su dictamen pericial, en relación con ésta primera atención, tal como quedó registrado anteriormente.

De igual forma, el Juzgado no denota ninguna falla en el servicio médico, en relación con la consulta por urgencias del día siguiente martes 04/07/2006, pues en ella se determina que el menor se encuentra en buenas condiciones generales al señalar “*lactante sano*”, que si bien se registró una dificultad respiratoria y congestión nasal, sin soplos, contaba con una saturación de oxígeno del 99% que corresponde a valores normales para la edad del bebe, según el artículo denominado Oxigenoterapia en el recién nacido por Servicio de Neonatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia, España, volumen 12 No. 2 ²⁷, en el que indica que “*Con el nacimiento, el recién nacido experimenta unos cambios respiratorios y circulatorios extraordinarios. Como consecuencia de estos cambios fisiológicos, la paO2 pasa a 80–90mmHg (10–12,5kPa) y la saturación medida a 90–95%. Estos valores se estabilizan a los pocos minutos y ya se mantienen estables en lo sucesivo.*”, lo que permite inferir que el niño contaba con una adecuada saturación en sangre y por ende desdibuja la existencia de cualquier patología respiratoria en ese momento.

No obstante, le fue ordenado suero fisiológico para descongestionar las vías respiratorias y vías aéreas superiores, junto con recomendaciones de signos de alarma y control en 2 días, sin embargo, se echa de menos cita medica de control ordenada inicialmente, pues verificada la historia clínica no se observa que se hubiese llevado a cabo la atención médica en dicho periodo, pero se desconoce si las atenciones por consulta externa efectuadas posteriormente corresponde a dicha cita de control, como quiera que en ellas no se refiere al ahogamiento que presentaba éste sino a diagnósticos distintos, tales como el estreñimiento y un cefalohematoma que presentaba el menor.

Frente a la atención brindada por consulta externa el miércoles 12/07/2006, es decir a los 8 días de la última cita, se anota como motivo de consulta la ausencia de deposición (estreñimiento) para lo cual le prescribieron medicamentos y le brindaron recomendaciones generales y sobre alimentación del menor y demás, advertencias sobre signos de alarma, tal como se apuntó en la historia clínica del mismo, por consiguiente, es claro que de la presunta dificultad respiratoria que tuvo motivo de ingreso el 04/07/2006 había sido superada, pues presentaba una frecuencia cardiaca normal, dado que para recién nacidos de 0 a 1 mes de edad, los valores normales de la FC son de 70 a 190 latidos por minuto²⁸ y el menor contaba con una FR de 83 y si bien presentaba una frecuencia respiratoria baja de 20, para los recién nacidos hasta los 6 meses, los valores normales son de 30–40 respiraciones por minuto²⁹, lo cierto es que los demás síntomas clínicos del mismo eran uniformes al revelar la vitalidad del mismo, máxime cuando contaba con una adecuada perfusión distal, sin ninguna otra sintomatología que permitiera evidenciar la presencia de una enfermedad respiratoria o infección viral que ameritara su atención médica especializada, diferente a la ordenada por el médico general tratante, dejando sin fundamento

²⁴ https://www.enfermeriadeCiudadReal.com/articulo_imprimir.asp?idarticulo=562&accion=

²⁵ https://www.enfermeriadeCiudadReal.com/articulo_imprimir.asp?idarticulo=562&accion=

²⁶ <https://es.slideshare.net/cicatsalud/recin-nacido-inmediato-y-periodo-de-adaptacin-cicatsalud>

²⁷ <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-oxigenoterapia-el-recien-nacido-S1696281814701714>

²⁸ <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003399.htm>

²⁹ https://es.wikipedia.org/wiki/Frecuencia_respiratoria



lo dicho por la parte actora al señalar que dicha patología la padecía el menor desde su nacimiento y que continuó a lo largo de su corta vida, aunado a que el dictamen pericial no avizora alguna falla médica en esa fecha.

Ahora bien, en relación con dos (02) las valoraciones médicas al menor el día miércoles 19/07/2006, encuentra el Juzgado que sus signos vitales se mantienen uniformes, pues en horas de la mañana en la atención por Urgencias cuenta con una FR 30X FC 110X T36.5°C y Sat 98%, y en horas de la tarde en CONSULTA EXTERNA presenta una FR 40 FC 130, T37.5°C SAT98%, según los valores normales indicados en el párrafo anterior.

Así mismo, es de anotar que, en la atención por urgencias en horas de la mañana, el menor presentó leve disnea y leve hipoventilación lo que significaba que manifestó señales de problemas respiratorios, sin que se llegare a consolidar un SIRS (Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica), con un diagnóstico de Bronquiolitis leve y Céfalo hematoma temporal derecho, ni que fuere necesaria la remisión por medicina especializada en PEDIATRÍA, dado que según concepto de la American Academy of Pediatrics (AAP) “No existe un tratamiento específico para la bronquiolitis. Los antibióticos no ayudan porque tratan enfermedades causadas por bacterias, no por virus. Sin embargo, puede tratar de aliviar los síntomas.”³⁰, pues para descongestionar su nariz debe utilizar solución salina y bajar la fiebre con acetaminofén, lo cual fue precisamente lo ordenado por el médico tratante y por ende dadas las atenciones recibidas en la referida oportunidad, fue dado de alta ante la “evolución satisfactoria”, pues ya no contaba con dificultad respiratoria o disnea, que en todo caso le prescriben medicamentos y se le indican los signos de alarma para continuar con su tratamiento desde casa.

Por su parte, el mismo día en la valoración en horas de la tarde por consulta externa, nuevamente es valorado, indicando en dicha oportunidad el manejo por antibióticos, al igual que la mejoría que presentaba, añadiendo como nuevo antecedente que el progenitor padece de asma, y que presentaba un cuadro de evolución de tos seca, sin encontrar ningún otra sintomatología que alertara la consolidación de una enfermedad grave, no obstante, le diagnostican una bronquitis viral, continuando con el tratamiento para contrarrestar una posible infección, así mismo le ordenan cita de cita de control el lunes por consulta externa, junto con los resultados de un RX de tórax, y con los signos de alarma y recomendaciones generales.

Lo anterior, atendiendo que el examen radiográfico de tórax cuenta con el objetivo de “...conocer la frecuencia de infiltrado/atelectasia en lactantes menores de 24 meses atendidos en un servicio de urgencias; comprobar si la presencia de infiltrado/atelectasia modifica la actitud terapéutica y estudiar qué variables clínicas pueden identificar a los niños con radiografía normal, con objeto de reducir exploraciones radiológicas innecesarias.”³¹, sin que haya lugar a exigirle la prescripción de un hemograma o cuadro hemático en dicha oportunidad, pues se trataba de conformar o descartar la patología de bronquitis viral que según la clínica realizada por el profesional de la salud era la causante de los padecimientos del menor, además, según la literatura médica denominada Guía práctica clínica: bronquiolitis³², si bien el mencionado estudio paraclínico puede ordenarse cuando se sospecha de una bronquiolitis, lo cierto es que junto con los de velocidad de sedimentación globular (VSG) y proteína C reactiva (PCR), “...no son útiles en el diagnóstico de la bronquiolitis;...”.

Aunado, a que en dicha oportunidad no se podría ventilar la configuración de una neumonía, ya que uno de los síntomas principales de ésta ocurre cuando la “...fiebre persiste más allá de 72 horas, sobre todo si es alta (>39°) o si oímos crepitantes a la auscultación pulmonar.”³³, lo cual no se avizora en el presente caso, ya que en la historia clínica del menor se registró una temperatura corporal que no alcanzó los niveles de 39°C, pues la más alta anotada fue el 21/07/2006 con 37.5°C, lo que evidencia que la temperatura estuvo dentro de los rangos normales, por lo que no podría declararse una falla médica en esta oportunidad.

De igual forma, vemos que el menor BREINNER SANTIAGO BERNAZA LOSADA es llevado el 21/07/2006, por el servicio de urgencias, con el fin de solicitar remisión ante posible Cefalohematoma, el cual “...se aprecia como un bulto en la cabeza del bebé, normalmente algunas horas después del nacimiento. Suele formarse por algún tipo de traumatismo durante el trabajo del parto y puede pasar inadvertido en el momento de nacer (o no), pues aumenta lentamente de tamaño en los primeros días posteriores al nacimiento. El organismo reabsorbe la sangre acumulada hasta eliminarlo...”³⁴, sin que presentara calor ni rubor, ni tampoco se encontró otro tipo

30 <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/chest-lungs/Paginas/Treating-Bronchiolitis-in-Infants.aspx>

31 <https://www.analesdepediatria.org/es-radiografia-torax-bronquiolitis-es-siempre-articulo-S1695403304788001>

32 <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v25n1/v25n1a12.pdf>

33 <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-antteriores/publicacion-2012-01/bronquitis-y-bronquiolitis/>

34 <https://es.wikipedia.org/wiki/Cefalohematoma>



Acción de Reparación Directa
 Demandante: Luis Fernando Vernaza Correa y Otra.
 Demandado: Instituto Departamental de Salud del Caquetá – IDESAC- y Otro.
 Radicado: 18001-33-31-002-2008-00047-00

de otra sintomatología, referida con la dificultad respiratoria o asociada a ésta, además no contaba con agregados cardiopulmonares de los cuales se llegare a inferir una enfermedad cardíaca o en su defecto que señalara la necesidad de tratamientos y/o procedimientos diferentes a los brindados al menor, máxime cuando las observaciones del profesional de la salud es encontrarlo en buen estado general, no obstante es remitido para valoración por PEDIATRÍA con el fin de analizar una masa cefálica que según su progenitora había aumentado al transcurrir de los días.

Seguidamente, tenemos que para el 24/07/2006, el menor regresa por consulta externa, continuando la tos seca con predominio nocturno, con parcial mejoría de la rinorrea hialina, lo cual hace referencia a la congestión nasal que padecía desde días atrás, pues, así lo define la Biblioteca Nacional de los Estados Unidos EE.UU, denominada Medicine Plus al conceptualizar que la Rinorrea o congestión nasal en niños hace referencia a *“Una nariz congestionada o tapada se produce cuando los tejidos que recubren la nariz se hinchan. La hinchazón se debe a la inflamación de los vasos sanguíneos. El problema también puede incluir ‘rinorrea’ o secreción nasal. Si hay exceso de moco que baja por la parte posterior de la garganta (goteo posnasal), puede causar tos o dolor de garganta.”*³⁵, dejando constancia de los fármacos que le estaban suministrando para combatir las infecciones³⁶, malestar y alergias, y al realizar la evaluación de los signos vitales, no se vislumbra ningún signo de alarma, dados los resultados de la frecuencia cardíaca y respiratoria, con adecuada perfusión distal, lo cual corresponde a que contaba con un apropiado *“...paso de un fluido, a través del sistema circulatorio o el sistema linfático, a un órgano o un tejido, normalmente refiriéndose al traspaso capilar de sangre a los tejidos...”*, pues *“...Todos los tejidos animales requieren un suministro adecuado de sangre para mantenerse vivos y saludables. Una perfusión pobre puede causar isquemia que, si no es revertida a tiempo, puede derivar en muerte celular o el cese de las funciones vitales.”*³⁷

Así mismo, el galeno procede a analizar los resultados del RX de tórax, el cual no arrojó un resultado concluyente para neumonía, pues se indicó en la historia clínica que contaba con “infiltrados pericárdicos sin tendencia a la consolidación”, confirmando el diagnóstico de la Bronquiolitis, que como anteriormente se señaló no existe un tratamiento específico para dicha patología, y la prescripción de antibiótico tan sólo mejoran los síntomas, lo cual le fue ordenado, junto con el lavado nasal cada 4 horas, al igual que la realización de un cuadro hemático, ello con la finalidad de desechar o corroborar una presunta neumonía, siendo éste otro examen paraclínico que le ayuda al profesional de la salud en la definición del diagnóstico y pronóstico, precisando que a esa fecha 24/07/2006 el menor no presentaba fiebre, escalofríos, expectoración purulenta, dolor pleurítico, manifestaciones extra pulmonares (mialgias, cefalea, dolor de garganta, náuseas, vómito y diarrea), Taquicardia, taquipnea. y demás de los cuales se lograr inferir la configuración de una neumonía, dado que solo persistía la tos, advirtiendo que si bien, no se cuenta con el protocolo médico para estos casos por parte del Centro médico demandado, lo cierto es que, tales manejos se encuentran condensados en la Guía de Neumonía realizado por parte de la E.S.E. Hospital San Pedro y San Pablo en Risaralda ³⁸, que acogió el Despacho para confrontar las anotaciones de la historia clínica del menor y la *lex artis* definida para el caso en concreto, siendo evidente una atención diligente y oportuna.

Ahora bien, frente a la última atención médica realizada, ello es el 25/07/2006, tenemos que ingresó por urgencias, advirtiendo desde ya que tanto la frecuencia cardíaca como respiratoria se encontraban dentro de los rangos uniformes para la edad del menor y contaba con una saturación de oxígeno óptimo ello es al 98% (*sin soplos taquicárdicos, rrsr roncus en ambos campos pulmonares, ningún dolor a la palpación del abdomen, extremidades no edemas, adecuada perfusión distal*), no obstante, se indicaron nuevos en sus padecimiento, pues ya no sólo era la persistencia de la tos predominando en horas de la noche, sino también fiebre, la cual ascendía a una temperatura de 38.5°C, vómito y estornudos, además, según lo arrojado por el cuadro hemático y el nuevo rx de tórax, presentaba *“infiltrados en base pulmonar derecha, con tendencia a la consolidación y signos de broncograma aéreo”*, por lo que se decide trasladarlo a un centro de mayor complejidad que contara con medicina especializada en pediatría para la valoración respectiva, ante la posible Neumonía in útero.

Por consiguiente vemos que el menor había venido presentando unos síntomas consistentes según el profesional de la salud para bronquiolitis, reiterando que éste no presentó signos de alarmas diferentes a la configuración de dicha patología de base (bronquiolitis), y tan sólo cuando empezó a presentar nuevos signos y que no respondía de forma favorable al tratamiento, aunado a los resultados de los nuevos exámenes practicados (*RX tórax en conjunto con el cuadro hemático*) se refleja la posible Neumonía, siendo por ende consecuente afirmar que las atención médicas, hospitalarias y farmacéuticas

³⁵ <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003051.htm>

³⁶ <https://www.asisa.es/preguntas-frecuentes/preguntas/necesito-un-medico/te-puede-interesar/384-que-son-los-antibioticos>

³⁷ <https://es.wikipedia.org/wiki/Perfusi3n>

³⁸ <http://www.eselavirginia.gov.co/archivos/guias/neumoniam.pdf>



estuvieron acorde a las exigencias de la *lex artis* en casos similares, como quiera que existían diversas situaciones atípicas que no eran consistentes con la patología de base que padecía, sin que diera tiempo para reunir los exámenes respectivos junto con la clínica para determinar la patología que posteriormente lo aquejaba, lo cual cuenta con el respaldo del dictamen pericial allegado al expediente, en el que se indicó al indagarse acerca de toda la atención recibida al menor por parte del personal médico del Centro Médico demandado, éste respondió que según la historia clínica del mismo, ante la Neumonía que prestaba éste, el manejo a seguir era remitirlo a Pediatría y que ello solamente se puede llegar a dicha conclusión al contar con los resultados del RX y el cuadro hemático, y por ende es claro el actuar de manera oportuna y diligente.

Aunado a lo anterior, se hace necesario precisar lo indicado por el artículo de la Revista de Pediatría Atención Primaria publicado en el año 2010, denominado Bronquiolitis y neumonía³⁹, en el cual tenía como objetivo era “...valorar si existen signos y/o síntomas clínicos en pacientes con bronquiolitis que sean sugestivos de la presencia de una neumonía asociada.”, llegando a la conclusión que “...en pacientes que presentan un cuadro de bronquiolitis, no existe ningún dato clínico que haga sospechar la presencia de neumonía. Consideramos interesante realizar más estudios con el objetivo de identificar otros indicadores que permitan sospechar neumonía en los pacientes diagnosticados de bronquiolitis.”, por consiguiente, es claro que al menor BREINNER SANTIAGO BERNAZA LOSADA, se le ofreció una atención oportuna, efectiva y diligente durante la prestación del servicio de salud, conclusión que aparece soportada en la historia clínica que da cuenta del tiempo de duración de la atención, al igual que se encuentra respaldado con la experticia rendido, sin que se evidencie que los galenos previeran la NEUMONÍA ni mucho menos una SEPSIS NEONATAL entendida ésta como “...una infección de la sangre que se presenta en un bebé de menos de 90 días de edad. La sepsis de aparición temprana se ve en la primera semana de vida. La sepsis de aparición tardía ocurre después de 1 semana hasta los 3 meses de edad.”⁴⁰, que desencadenó la FALLA RENAL, siendo éstas las causas de muerte, pues como quedó demostrado con anterioridad, los signos que presentaba el menor y que son con los que los galenos y exámenes médico basan su clínica para ofrecer un diagnóstico eran atípicos a la patología de su fallecimiento, siendo evidente el complejo que fue definir su diagnóstico y la evolución de la enfermedad en este caso en particular, y que ha sido corroborado con la literatura médica de la cual se ha hecho énfasis en la presente providencia.

Es así, como se deja sin fundamento lo expuesto por la parte actora, en relación con la presunta impericia, la falta de diligencia y la ausencia de la oportuna atención del menor BREINNER SANTIAGO VERNAZA LOSADA al momento de nacer y posteriormente cuando requirió la atención médica, pues si bien quizo soportar sus pretensiones con las declaraciones rendidas por los señores HENRY ALBERTO GOMEZ TORRES y LUIS HORACIO LOZADA JOVEN, mediante la figura de interrogatorio de parte surtido ante el Juzgado Único Promiscuo Municipal de Belén de los Andaquíes-Caquetá, en las cuales se observa el cumplimiento de lo establecido en el artículo 204 del CPC al igual que el artículo 207 y ss. ibidem, ello en atención al procedimiento para recepcionar un interrogatorio de parte, lo cierto es, que se denota que ninguno de los declarantes es parte del proceso, y el interrogatorio o declaración de parte “...tiene por objeto obtener de los demandantes o demandados la versión sobre los hechos relacionados con el proceso, toda vez que suministra certeza al juez sobre la verdad de los hechos que sirven de fundamento a las pretensiones de la demanda o de las excepciones, y con él se busca formar el convencimiento judicial respecto de la realización de determinados hechos que interesan al proceso, pues constituyen el sustento de las peticiones presentadas por las partes dentro del mismo. Puede llegar a configurar una confesión, siempre y cuando recaiga sobre hechos que perjudican al declarante o favorezcan a la parte contraria y se cumplan los demás requisitos señalados por el artículo 195 del Código de Procedimiento Civil.”⁴¹, por lo que no es posible darle tal categoría.

Sino que, por contrario, se infiere que se trató de una prueba anticipada, y al respecto la Sala Plena de Consejo de Estado⁴² en relación con la apreciación de un testimonio extraprocesal ha indicado:

“...para que el testimonio extraprocesal pueda ser apreciable por el juez, se requiere del cumplimiento de los requisitos de la ratificación, según están consagrados en el artículo 229 del Código de Procedimiento Civil, que dispone, además, que también podrán ratificarse los testimonios que hayan sido rendidos en otro proceso judicial, sin citación o intervención de la persona contra quien se aduzcan en el posterior.”

(...)

39 vol.12 no.48 Madrid oct./dic. 2010.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322010000600002#back

40 <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007303.htm>

41 Ver Sentencia C-559 de 2009. Corte Constitucional que estudio la exequibilidad del artículo 208 del CPC.

42 CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCION TERCERA SALA PLENA Consejero ponente: DANILO ROJAS BETANCOURTH Bogotá D.C., once (11) de septiembre de dos mil trece (2013) Radicación número: 41001-23-31-000-1994-07654-01(20601)



Acción de Reparación Directa
 Demandante: Luis Fernando Vernaza Correa y Otra.
 Demandado: Instituto Departamental de Salud del Caquetá – IDESAC- y Otro.
 Radicado: 18001-33-31-002-2008-00047-00

“Por un lado, de manera estándar y siguiendo las reglas procesales transcritas, se ha manifestado que el testimonio practicado por fuera del proceso puede hacerse valer en un trámite judicial posterior, si y sólo si se cumplen las siguientes condiciones: (i) que la declaración haya sido recibida como prueba anticipada en los términos de los artículos 298 y 299 del Código de Procedimiento Civil, o en un proceso judicial diferente; (ii) que la declaración se haya recibido con audiencia o por solicitud de la parte contra la cual se pretende hacer valer en el proceso posterior; y, finalmente, (iii) que el testimonio sea ratificado en el nuevo trámite, según los parámetros que para tal efecto se establecen en el artículo 229 ibídem.”

Por consiguiente, vemos que las declaraciones de los señores HENRY ALBERTO GOMEZ TORRES y LUIS HORACIO LOZADA JOVEN, fueron allegadas al expediente al momento de interponer la demanda, por lo que se habían recaudado con anterioridad a la misma, ello fue en el año 2007, sin embargo, no pueden ser apreciadas por éste Despacho judicial, ya que no cumplen ninguno de los requisitos exigidos para tal fin, pues por un lado no se refirió la causal por la cual no podían ser recaudadas al interior del proceso judicial, no fue allegada prueba de la cual se logre verificar la citación a la contraparte, tal como lo prescribe el artículo 298 del CPC, las declaraciones no se realizaron con citación de las entidades demandadas y tampoco fueron ratificados dentro de la presente acción de reparación directa, lo anterior con el fin de que ejercieran el derecho de contradicción y de defensa frente a los cargos que se declararían en su contra, en dicho caso, carecen de valor probatorio.

Así las cosas, para el despacho no existe duda del actuar diligente y oportuno por parte de los profesionales de la salud que atendieron al menor y por consiguiente de las entidades demandadas al momento de la prestación del servicio médico asistencial para el diagnóstico y tratamiento del mismo, donde se emplearon los procedimientos y mecanismos necesarios, idóneos y suficientes para tal fin, pues según el dictamen, las afecciones de las cuales exclusivamente mostraron sintomatología fueron tratadas adecuadamente, sin que fuere obligatorio un resultado favorable a los medios empleados, pues se recuerda que la imputación del daño, por actuaciones médicas se realiza, desde la perspectiva de una prestación de medios y no de resultados, ya que su deber radica en la aplicación de sus conocimientos, entrenamiento, experiencia y todos los medios disponibles orientados a la curación y rehabilitación, sin que sea exigible el resultado exitoso.⁴³

Por el contrario, se encuentran plenamente demostrado que, desde el último ingreso al Hospital Rafael Tovar Poveda, el traslado al segundo nivel de atención ello es al HMI, transcurrió en el mismo día 25 de julio de 2006, sin que se avizore mora o dilación injustificada para su remisión e ingreso al centro médico de superior nivel, o en su defecto al Hospital Universitario Hernando Moncaleano en la ciudad de Neiva-Huila, como quiera que éste es un procedimiento el cual no depende única y exclusivamente de Hospital Rafael Tovar Poveda, ni tampoco del IDESAC como entidad que para ese momento era la encargada como entidad promotora de salud, con cargo a su presupuesto de las atenciones médicas brindadas al menor, sino que dicha remisión debe ser aprobada por la IPS receptora -en este caso el HMI o Hospital Universitario Hernando Moncaleano -, ello en atención al sistema de referencia y contrarreferencia⁴⁴ contenida en el Decreto 2759 de 1991, ley 100 de 1993 y Resolución 5261 de 1994.

Por tanto, es claro que no le es exigible que el Hospital Rafael Tovar Poveda, proporcionara los servicios de mayor complejidad, contara con las especialidades de medicina interna y demás necesarios, así como equipos adicionales para atender este tipo de patologías, pues pese a que se afirmó en la demanda la remisión tardía del menor a un centro médico de mayor complejidad, junto con los manejos en el trabajo de parto y su cuidado posterior, según la historia clínica allegada al expediente demuestra las atenciones médicas asistenciales con su periodicidad y que difiere lo dicho, por lo que no es posible darle el valor probatorio suficiente para desvirtuar el contenido de dicho documento que goza de autenticidad.

En éste sentido, se reitera no se evidencia una falla en el servicio por el Hospital Rafael Tovar Poveda y los médicos que atendieron a la misma, se procedió a brindarle atención médica, pues fue valorado, y

⁴³ Consejo de Estado Sección Tercera, Sentencia 25000232600020050179401, Abr. 10/19.

⁴⁴ **ARTICULO 2o. DE LA DEFINICION.** El régimen de Referencia y contrarreferencia, es el Conjunto de Normas Técnicas y Administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad y eficacia. **PARAGRAFO 1o.** El régimen de Referencia y Contrarreferencia facilita el flujo de usuarios y elementos de ayuda diagnóstica, entre los organismos de salud y unidades familiares, de tal forma que se preste una atención en salud oportuna y eficaz. **PARAGRAFO 2o.** Se entiende por Referencia, el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud, a otras instituciones de salud para atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con el grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud. Se entiende por Contrarreferencia, la respuesta que las unidades prestatarias de servicios de salud receptoras de la referencia, dan al organismo o a la unidad familiar. La respuesta puede ser la contrarremisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica. **PARAGRAFO 3o.** El régimen de Referencia y Contrarreferencia incluye las remisiones de usuarios o muestras biológicas, enviadas por los promotores de saneamiento, promotores de salud y otros agentes comunitarios tales como las parteras y los gestores de salud.”



Acción de Reparación Directa
Demandante: Luis Fernando Vernaza Correa y Otra.
Demandado: Instituto Departamental de Salud del Caquetá – IDESAC- y Otro.
Radicado: 18001-33-31-002-2008-00047-00

17

prescritos medicamentos y exámenes para definir o confirmar sus patologías, máxime cuando el dictamen pericial que analizó las patologías como las atenciones del menor, llegó a la conclusión de que la atención de dicho centro médico oportuna y diligente, no siendo por tanto viable endilgar responsabilidad al respecto.





JUZGADO CUARTO ADMINISTRATIVO DE FLORENCIA, CAQUETÁ

SISTEMA ESCRITURAL

Finalmente, es del caso señalar que el presente proceso la parte actora no cumplió con las cargas probatorias a ella impuestas por el artículo 177 del Código General del Proceso, atendiendo que no lograron desvirtuar que la atención prestada en el centro hospitalario haya sido deficiente o de manera tardía y que como consecuencia de ello el menor haya perdido la vida, pues era obligación de éstos demostrar por los medios legalmente dispuestos para tal fin, los hechos que sirvieron de fundamento fáctico de la demanda, indicándose que la sola afirmación de la falla en el servicio médico, no genera certeza que éstas hayan contribuido de manera directa a la muerte del menor, máxime cuando no se allegaron documentos o medios probatorios de tal situación.

En igual sentido, es necesario precisar que tampoco no se observa alguna falla en el servicio deprecada por el Instituto Departamental de Salud- Idesac - hoy DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ, frente al caso en comento, pues quedó ampliamente demostrado que el menor acudió en diversas ocasiones para que fuera atendido tanto en el HOSPITAL RAFAEL TOVAR POVEDA, como en el HMI y al HOSPITAL UNIVERITARIO HERNANDO MONCALENANO dadas las remisiones médicas, al igual que los servicios de laboratorio, de imágenes y suministro de medicamentos puestos a su servicio médico, sin que le fuera negado su servicio médico en relación con citas con medicina general, especializadas, práctica de exámenes, entrega de medicamentos o remisiones, que como vimos anteriormente, no superaron el término de 1 día, por lo que no es dable atribuir responsabilidad a dicha entidad, máxime cuando las competencias de la entidad para la época de los hechos, definidas en artículo 43 de la ley 715 de 200145, a no se encuentra la de prestar servicios de salud de manera física como tal, pues éstas se pueden sintetizar en la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas; financiar con los recursos propios, si lo considera pertinente, la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental; Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar la Política de Prestación de Servicios de Salud, formulada por la Nación, entre otras, pero reiterándose que no se trata de una prestación de servicio propiamente dicha, aunado a lo referido por el alto Tribunal de lo Contencioso Administrativo, de la siguiente manera:

“En ese sentido es de anotar que el hecho de que tanto la Nación-Ministerio de Salud como el Instituto Departamental de Salud de Nariño tengan competencias en materia de coordinación de políticas públicas en salud y, eventualmente, de control de las entidades que brindan el servicio, como ocurre con el hospital San José de Túquerres, no implica que estén llamados a responder por las fallas que se hayan originado en la prestación misma del servicio, salvo que se alegue que estas últimas provienen directamente de faltas en el ejercicio de sus atribuciones legales, circunstancia que no se advierte en el sub examine, toda vez que, se insiste, las actuaciones invocadas como dañosas se circunscriben al ámbito de la prestación del servicio médico y, por lo tanto, conciernen única y exclusivamente al hospital encargado de brindarlo⁴⁶”. (Lo subrayado del Despacho).

En conclusión, al establecerse la falta de dicha omisión por parte del IDESAC no es dable la declaratoria de responsabilidad patrimonial en cabeza de esta.

⁴⁵ Artículo 43. Competencias de los departamentos en salud. Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones.

43.1. De dirección del sector salud en el ámbito departamental.

43.1.1. Formular planes, programas y proyectos para el desarrollo del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en armonía con las disposiciones del orden nacional.

43.1.2. Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar, en el ámbito departamental las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación o en armonía con éstas.

43.1.3. Prestar asistencia técnica y asesoría a los municipios e instituciones públicas que prestan servicios de salud, en su jurisdicción.(...)”

⁴⁶ CONSEJO DE ESTADO, SECCION TERCERA, Consejero ponente: **DANILO ROJAS BETANCOURTH**, Bogotá D. C., dos (2) de mayo de dos mil dieciséis (2016), Radicación número: 52001-23-31-000-2003-01349-01(33140)A.



En consecuencia, el Despacho estima que no se acreditó la falla en la prestación del servicio y por ende el nexo causal necesario entre la pérdida de la oportunidad de recuperar ante la presunta mora en la remisión y en el diagnóstico alegada y el servicio médico prestado por las entidades de salud demandadas, por ello no puede imputárseles responsabilidad alguna, siendo pertinente negar las pretensiones de la demanda.

6.- CONDENA EN COSTAS.

Finalmente, considerando que la condena en costa, solo es viable en la medida que se observe una conducta inadecuada en el ejercicio de su derecho de acceder a la administración de justicia o abuso del mismo, como cuando se establece que dentro de la actuación procesal se ha obrado en forma dilatoria o de mala fe, y observando que dentro de esta acción no hubo comportamiento en tal sentido, no será condenada la parte vencida a pagar las costas del proceso ni agencias en derecho. Esta evaluación se realiza con fundamento a lo ordenado en el artículo 171 del C.C.A., modificado por el artículo 55 de la Ley 446 de 1998.

VII. DECISIÓN.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Cuarto Administrativo de Florencia - Caquetá, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

FALLA

PRIMERO: TENER como sucesor procesal de INSTITUTO DEPARTAMENTAL DEL CAQUETA –IDESAC-, al DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ , conforme lo antes expuesto.

SEGUNDO: NEGAR las pretensiones de la demanda de conformidad con lo expuesto en la parte considerativa de esta sentencia.

TERCERO: SIN condena en costas y agencias en derecho en la instancia

CUARTO: Una vez ejecutoriada la presente decisión ORDÉNESE expedir a la parte actora, copia de la presente decisión con sus constancias de notificación y ejecutoria, y procédase a realizar las anotaciones en el programa siglo XXI, archívese el expediente.

Notifíquese y Cúmplase

GINA PAMELA BERMEO SIERRA
Juez