



CONSEJO DE ESTADO
SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO
SECCIÓN TERCERA
SUBSECCIÓN A

Consejera ponente: MARÍA ADRIANA MARÍN

Bogotá, D.C., cuatro (4) de marzo de dos mil veintidós (2022)

Radicación número: 73001-23-31-000-2011-00439-01 (48147)

Actor: BERTHA BUITRAGO DIAGAMA Y OTROS

Demandado: HOSPITAL REGIONAL DEL LÍBANO, TOLIMA

Referencia: ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA

Temas: ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA - Falla del servicio médico asistencial - muerte de menor por dengue hemorrágico / RÉGIMEN - es la falla probada del servicio; por tanto, en términos generales, es carga del demandante acreditar la falla, el daño antijurídico y la imputación / FALTA DE ACREDITACIÓN DE LA FALLA Y DEL NEXO CAUSAL - No se probó la falla propiamente dicha, ni que la muerte del menor hubiera sido determinada por alguna actuación de la demandada, pues la misma acaeció por el curso atípico de la patología.

Procede la Sala a resolver los recursos de apelación interpuestos por el Hospital Regional del Líbano y La Previsora S.A. -llamada en garantía-, contra la sentencia del 18 de marzo de 2013, proferida por el Tribunal Administrativo del Tolima, mediante la cual se accedió parcialmente a las pretensiones de la demanda.

SÍNTESIS DEL CASO

Los días 13, 14 y 15 de abril de 2010, el menor Yeinson Felipe Díaz Buitrago fue llevado al Hospital Regional del Líbano por dolor abdominal, oportunidad en la que se concluyó que cursaba una parasitosis que fue tratada por los médicos del hospital. Los días 4, 6 y 7 de mayo de 2010, el referido menor consultó, nuevamente, al centro médico por dolor de cabeza. En ese interregno, al paciente se le diagnosticó cefalea migrañosa, pero en la noche del 7 de mayo de 2010, se identificó que tenía dengue, enfermedad que, por la demora en el diagnóstico, evolucionó y acabó con su vida horas después, en la madrugada del 8 de mayo siguiente.



ANTECEDENTES

1. La demanda

Mediante escrito presentado el 23 de mayo de 2011 (f. 56-65 c-1), los señores Emilciano Díaz Arcila y Bertha Buitrago Diagama, quienes actúan en nombre propio y en representación de sus hijos menores de edad Daver Díaz Buitrago, Leidy Yobanna Díaz Buitrago y Yahir Duban Díaz Buitrago, por conducto de apoderado judicial (f. 3 c-1), presentaron demanda de reparación directa en contra del Hospital Regional del Líbano, Tolima, con el fin de que se le declarara patrimonialmente responsable por la muerte del menor Yeinson Felipe Díaz Buitrago, ocurrida el 8 de mayo de 2010, como consecuencia de un dengue hemorrágico.

En concreto, los demandantes solicitaron que se hicieran las siguientes declaraciones y condenas:

PRIMERA: El departamento del Tolima - Secretaría Departamental de Salud del Tolima - Hospital Regional del Líbano es administrativamente responsable de los perjuicios morales y de la vida en común causados a los señores Emilciano Díaz Arcila y Bertha Buitrago Diagama y a sus menores hijos Daver, Leidy Yobanna y Yahir Duban Díaz Buitrago, por la falla o falta del servicio en la administración, que condujo a la muerte del menor Yeinson Felipe Díaz Buitrago.

Segunda: Condenar, en consecuencia, al departamento del Tolima-Secretaría Departamental de Salud del Tolima-Hospital Regional del Líbano, como reparación del daño ocasionado, a pagar a los actores o a quien represente legalmente sus derechos, los perjuicios de orden moral, subjetivos, actuales y futuros, los cuales se estiman, como mínimo, en la suma de trescientos cincuenta millones de pesos (\$350'000.000.00), o conforme a lo que resulte probado dentro del proceso, o, en su defecto, en forma genérica.

Tercera: La condena respectiva será actualizada de conformidad con lo Previsto en el artículo 178 del C.C.A. (...).

Las pretensiones anteriores se fundamentaron en los siguientes hechos:

El 13 de abril de 2010, el menor Yeinson Felipe Díaz Buitrago fue llevado por sus padres al Hospital Regional del Líbano, Tolima, por presentar un fuerte dolor abdominal. En ese centro médico, el paciente fue atendido de manera ambulatoria y dado de alta con acetaminofén.

El 14 de abril 2010, el menor Díaz Buitrago regresó al hospital con la misma sintomatología, razón por la cual, por consulta externa, se le ordenó la toma de exámenes de sangre y un coprológico. Al día siguiente, con los resultados de los paraclínicos, al menor se le diagnosticó parasitosis intestinal -*ascariasis*- y, por ello,



se le indicó la ingesta de acetaminofén, la aplicación de solución Hartmann, y se le dio de alta.

El 4 de mayo de 2010, el menor Yeinson Felipe Díaz Buitrago acudió al servicio de urgencias del Hospital Regional del Líbano con dolor de cabeza y, por la sintomatología, fue remitido a consulta externa, donde fue valorado y despachado a casa con medicamentos. El 6 de mayo siguiente, el menor regresó con dolor de cabeza, cólicos, vómito y episodios de fiebre, razón por la que se solicitó la opinión de un pediatra, quien concluyó “*cefalea migrañosa (...) y manejo ambulatorio*”. Como el menor continuó con el cuadro clínico, el 7 de mayo de 2010 se ordenó la toma de exámenes.

Ese mismo día, a las 7:23 pm, se identificó que el paciente tenía dengue; el 8 de mayo siguiente, a la 1:53 AM, se anotó en la historia clínica: “*trombocitopenia severa*” y, a las 2:30 AM, el menor Díaz Buitrago presentó un paro cardiorrespiratorio, razón por la que se iniciaron maniobras de reanimación, a las cuales el paciente no respondió y falleció, como consecuencia de un “*dengue hemorrágico*”.

En criterio de la parte actora, la muerte del menor Díaz Buitrago ocurrió “*por la negligencia y la falta de cuidado*” con la que actuaron los médicos del Hospital Regional del Líbano, quienes dejaron al azar la salud del paciente al no indagar por el origen de sus síntomas, situación que permitió que el cuadro clínico de dengue avanzara y le causara la muerte.

2. El trámite en primera instancia

2.1. La demanda fue presentada ante los Juzgados Administrativos de Ibagué. Mediante providencia del 2 de mayo de 2011, el Juzgado 1 Administrativo de ese circuito judicial declaró su falta de competencia y remitió el expediente al Tribunal Administrativo del Tolima para su reparto (f. 67 c-1).

2.2. Por auto del 8 de junio de 2011, el Tribunal Administrativo del Tolima inadmitió la demanda con el fin de que la parte actora (i) aportara copia auténtica de los documentos allegados con el escrito inicial y (ii) acreditara el agotamiento del requisito de procedibilidad respecto del departamento del Tolima (f. 72 c-1).

2.3. Mediante memorial allegado el 19 de julio de 2011, el apoderado de los demandantes subsanó la demanda. Por una parte, allegó la documentación requerida y, por la otra, explicó que las pretensiones solo estaban dirigidas en contra del Hospital Regional del Líbano (f. 73-130 c-1).



2.4. La demanda fue admitida por el Tribunal Administrativo del Tolima mediante providencia del 26 de julio de 2011, decisión que se notificó en forma legal al Hospital Regional del Líbano y al Ministerio Público (f. 131-132 c-1).

2.4. El hospital accionado contestó la demanda dentro de la respectiva oportunidad procesal y se opuso a las pretensiones formuladas por la parte actora (f. 220-227 c-1). Manifestó que el daño alegado en la demanda, entendido como la muerte del menor Yeinson Felipe Díaz Buitrago, no le resultaba atribuible, porque *“la atención que se le brindó al paciente fue oportuna y adecuada, y el tratamiento que recibió fue el previsto por la lex artis”*.

Destacó que no era posible concluir que el hospital incurrió en una falla del servicio, porque dispuso de todos los recursos humanos y científicos con los que contaba. Recalcó, igualmente, que el retraso en el diagnóstico ocurrió por la desidia de los padres del menor, quienes, a pesar de las órdenes médicas, no tomaron de inmediato las muestras requeridas para los exámenes.

Aclaró que, en abril, el menor acudió por parásitos, situación que fue diagnosticada y remediada; luego, 15 días después, regresó con un diagnóstico diferente, compatible con dengue y, por tanto, no era posible concluir, como se hacía en la demanda, que la primera y la segunda visita estaban relacionadas, pues se trataba de patologías diferentes.

Manifestó que, de conformidad con lo documentado por el municipio del Líbano, para la época de los hechos en el barrio donde habitaba el menor había una proliferación del mosquito transmisor del dengue, razón por la cual se realizaron campañas de limpieza y concientización, las cuales no fueron atendidas por la comunidad, situación que propició el contagio.

Como conclusión, afirmó que en este caso la parte actora no había logrado probar la falla del servicio médico, ni mucho menos el nexo de causalidad entre el daño y la supuesta negligencia, razón por la que debían negarse las pretensiones de la demanda.

Finalmente, y en escrito separado, llamó en garantía a La Previsora S.A., en virtud del *“contrato de seguro de responsabilidad civil extracontractual No. 100-2080”*, vigente para la época de los hechos (f. 1-8 c-4).

2.6. Por auto del 3 de noviembre de 2011, el Tribunal Administrativo del Tolima admitió el llamamiento en garantía (f. 9 c-4). La Previsora S.A. no contestó el llamado, a pesar de que fue notificada en forma legal.



2.7. Por auto del 5 de diciembre de 2011 (f. 228-229 c-1), se abrió el proceso a pruebas y, mediante proveído del 21 de agosto de 2012 (f. 4245 c-1), se ordenó correr traslado a las partes para alegar de conclusión y al Ministerio Público para que rindiera concepto de fondo.

La parte demandante (f. 258-262 c-1) y el Hospital Regional del Líbano (f. 263-270 c-1) reiteraron lo expuesto en la demanda y la contestación, respectivamente.

La Previsora S.A. explicó que con las pruebas allegadas al proceso se probó la actuación diligente y adecuada de su asegurada y, por tanto, en este caso, ni la demanda ni el llamamiento tenían vocación de prosperidad. Por otra parte, advirtió que, en caso de una eventual condena, se debían verificar los topes asegurados y el deducible pactado (255-257 c-1).

3. La sentencia de primera instancia

El Tribunal Administrativo del Tolima, mediante providencia del 18 de marzo de 2013, accedió parcialmente a las pretensiones de la demanda y condenó al Hospital Regional del Líbano por la muerte del menor Yeinson Felipe Díaz Buitrago. Por otra parte, le ordenó a La Previsora S.A. pagar al referido hospital un reembolso de \$185'962.500, según lo dispuesto en la póliza No. 100-2080. La parte resolutive de la sentencia de primera instancia es la siguiente (f. 283-298 c-ppal):

PRIMERO: DECLARAR patrimonialmente responsable al Hospital Regional del Líbano, Tolima, por la muerte del menor Yeinson Felipe Díaz Buitrago, de conformidad con lo dispuesto en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: CONDENAR al Hospital Regional del Líbano, Tolima, a pagar a los demandantes las siguientes sumas de dinero, correspondientes al daño moral padecido, todas ellas expresadas en salarios mínimos mensuales legales vigentes:

<i>Emilciano Díaz Arcila (padre)</i>	<i>100 SMLMV</i>
<i>Bertha Buitrago Diagama (madre)</i>	<i>100 SMLMV</i>
<i>Daver Díaz Buitrago (hermano)</i>	<i>50 SMLMV</i>
<i>Yahir Duban Díaz Buitrago (hermano)</i>	<i>50 SMLMV</i>
<i>Leidy Yobanna Díaz Buitrago (hermana)</i>	<i>50 SMLMV</i>

TERCERO: La compañía de seguro La Previsora S.A., quien es llamada garantía en virtud de la póliza No. 100-2080, pagará al Hospital Regional del Líbano, Tolima, la suma de \$185.962.500, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva.

Manifestó el *a quo* que el daño alegado por los actores se encontraba plenamente acreditado, pues con la historia clínica allegada al plenario y el respectivo registro civil de defunción se demostró que el menor Yeinson Felipe Díaz Buitrago falleció el 8 de mayo de 2010, como consecuencia de un dengue hemorrágico.



Al abordar el juicio de imputación, el Tribunal de primera instancia concluyó que la muerte del menor le resultaba imputable al Hospital Regional del Líbano, por no haber gestionado oportunamente los exámenes tendientes a identificar el dengue hemorrágico, patología que, por dicha omisión, evolucionó y causó la muerte del menor:

[L]a indebida intervención médica brindada al menor fue matizada desde la primera visita en abril, debido a que los síntomas de la enfermedad causante del fallecimiento fueron notorios ante los profesionales de la salud, quienes por negligencia, error u omisiones (...), fueron cortos al estudiar la patología del menor. Hubiera sido otro el resultado si eficazmente los profesionales que laboran en el hospital acusado hubieran desplegado todos los medios para hacer un diagnóstico más acertado, y así propender por un plan médico más efectivo y estricto, en donde (sic) la salud del menor hubiera obtenido una mejoría aceptable.

Frente a la indemnización de perjuicios, el *a quo* reconoció, por concepto de perjuicios morales, las sumas que se transcribieron al inicio de este acápite. En relación con el llamado en garantía, concluyó que La Previsora S.A. le debía reembolsar a su asegurado, el Hospital Regional del Líbano, un total de \$185'962.500, en consideración al monto del amparo y el deducible fijado en la póliza de responsabilidad civil extracontractual No. 100-2080.

4. Los recursos de apelación

4.1. El Hospital Regional del Líbano interpuso recurso de apelación y solicitó que se revocara la sentencia de primera instancia (f. 392-397 c-ppal). Resaltó que la atención médica que se le brindó al menor en el mes de abril de 2010 no guardaba relación con la patología de dengue hemorrágico que se le diagnosticó en mayo, ni incidió en su muerte, pues se identificó que el menor cursaba una parasitosis que se trató y curó.

En relación con los servicios médicos ofrecidos al menor en el mes de mayo de 2010, cuando acudió con dolor de cabeza y otros síntomas, manifestó que el hospital le brindó el servicio especializado que requirió, según la sintomatología que presentó, la cual, destacó, “no reflejaba gravedad (...), ni compromiso hemodinámico”. Expuso que al menor sí se le ordenaron los exámenes que se requerían para el diagnóstico, pero los mismos no fueron tomados a tiempo por su familia, situación que permitió que la patología avanzara. Agregó que cuando el estado de salud del menor empeoró, los médicos tratantes dispusieron de todos los medios técnicos y científicos con los que contaban para lograr su estabilización y salvar su vida, pero, lastimosamente, el menor falleció.

En ese sentido, se indicó que las circunstancias antes descritas evidenciaban la diligencia con la que el Hospital Regional del Líbano atendió al paciente, razón por la que no era posible predicar de su actuación una falla del servicio. Añadió que



meses atrás al suceso, las autoridades sanitarias habían identificado un foco de nacimiento del mosquito transmisor del dengue en la residencia del menor, y que sus padres, a pesar de las recomendaciones dadas, no hicieron nada al respecto, situación que no se podía dejar pasar por alto, porque fue justamente esa enfermedad la que cobró la vida del menor, y no la actuación médica.

Finalmente, adujo que el tribunal de primera instancia omitió valorar los testimonios de los médicos, los cuales no solo evidenciaban la diligencia con la que se actuó, sino que mostraban que la patología del menor cursó de una manera atípica.

4.2. La Previsora S.A. apeló la sentencia de primera instancia. Frente a la responsabilidad de su asegurado, manifestó que con la historia clínica se probó la diligencia y cuidado con la que actuó el Hospital Regional del Líbano. Agregó que el tribunal de primera instancia encontró probada la responsabilidad del centro médico de manera superflua y omitió valorar las pruebas que daban cuenta que al paciente sí se le ordenaron a tiempo los exámenes médicos, *“pero debido a una tardanza de su progenitora se perdió tiempo valioso para su diagnóstico y tratamiento”*.

En relación con el llamamiento en garantía, expuso que, en caso de una eventual condena, la compañía solo estaba en la obligación de reembolsarle a su asegurada un total de \$50'000.000, porque en el contrato de seguro se pactó que ese sería el monto máximo que se pagaría por perjuicios morales.

5. El trámite de segunda instancia

5.2. El 28 de abril de 2013 se celebró la audiencia de conciliación de que trata el artículo 70 de la Ley 1395 de 2010, la cual se declaró fallida por la falta de ánimo conciliatorio de las partes (f. 331-333 c-ppal). Por auto del 19 de julio de 2013, el tribunal de primera instancia concedió, en efecto suspensivo, los recursos de apelación presentados (f. 340 c-ppal), los cuales fueron admitidos por esta Corporación el 20 de septiembre de 2013 (f. 345 c-ppal). Posteriormente, por auto del 4 de julio de 2014, se corrió traslado a las partes para alegar de conclusión y al Ministerio Público para que rindiera su concepto (f. 367 c-ppal).

En sus alegatos, la parte actora pidió que se confirmara la sentencia de primera instancia, por considerar que con las pruebas allegadas al plenario se probó que la muerte del menor Yeinson Felipe Díaz Buitrago ocurrió como consecuencia de una falla del servicio médico asistencial a cargo del hospital demandado.



En igual sentido, el Ministerio Público solicitó que se confirmara la providencia apelada, dado que, en su criterio, la demandada *“incurrió en una falla del servicio médico (...) al no dar un tratamiento adecuado y pertinente al cuadro clínico que presentaba el menor”* (f. 375-379 c-ppal).

El Hospital Regional del Líbano y La Previsora S.A. guardaron silencio.

CONSIDERACIONES

1. Competencia

El Consejo de Estado es competente para conocer del recurso de apelación presentado por la parte demandante en contra de la sentencia del 18 de marzo de 2013, proferida por el Tribunal Administrativo del Tolima, por tratarse de un proceso de doble instancia por razón de la cuantía, según lo dispuesto en el artículo 129 del CCA¹, dado que la suma de las pretensiones excede² los 500 salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de la presentación de la demanda³.

2. Ejercicio oportuno de la acción

De conformidad con el artículo 136 del Código Contencioso Administrativo⁴, modificado por el artículo 44 de la Ley 446 de 1998, la acción de reparación directa deberá instaurarse dentro de los dos años contados a partir del día siguiente al acaecimiento del hecho, omisión, operación administrativa u ocupación permanente o temporal de inmueble por causa de trabajos públicos.

En el caso concreto, la responsabilidad administrativa que se impetra en la demanda se originó en el daño que alega haber sufrido la parte actora como consecuencia de la muerte del menor Yeinson Felipe Díaz Buitrago, ocurrida el 8 de mayo de 2010.

Así las cosas, se tiene que la demanda podía ser presentada hasta el 9 de mayo de 2012 y, como ello ocurrió el 23 de mayo de 2011 (f. 65 c-1), resulta evidente que se

¹ Artículo 129. El Consejo de Estado, en Sala de lo Contencioso Administrativo conocerá en segunda instancia de las apelaciones de las sentencias dictadas en primera instancia por los tribunales administrativos y de las apelaciones de autos susceptibles de este medio de impugnación, así como de los recursos de queja cuando no se conceda el de apelación o se conceda en un efecto distinto del que corresponda, o no se conceda el extraordinario de revisión”.

² La parte actora solicitó un total de \$350'000.000 por concepto de perjuicios morales, suma que, para la fecha de presentación de la demanda -23 de mayo de 2011-, representaba un total de 679,6 SMLMV; por tanto, lo pretendido supera lo exigido por la norma para el efecto.

³ Como la demanda se presentó el 23 de mayo de 2011, la norma de competencia aplicable es la Ley 1395 de 2010.

⁴ Normativa aplicable al presente caso, de conformidad con lo señalado en el artículo 308 de la Ley 1437 de 2011, por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, en los siguientes términos: *“Los procedimientos y las actuaciones administrativas, así como las demandas y procesos en curso a la vigencia de la presente ley seguirán rigiéndose y culminarán de conformidad con el régimen jurídico anterior”*.



hizo oportunamente, esto es, sin que operara el fenómeno jurídico procesal de caducidad de la acción⁵.

3. Legitimación en la causa

3.1. La legitimación en la causa por activa de los demandantes Emilciano Díaz Arcila, Bertha Buitrago Diagama, Daver Díaz Buitrago, Leidy Yobanna Díaz Buitrago y Yahir Duban Díaz Buitrago, se infiere del vínculo de parentesco que, respectivamente, tienen con el menor Yeinson Felipe Díaz Buitrago, hechos a los cuales se hará referencia más adelante.

3.2. Según la demanda, el Hospital Regional del Líbano está llamado a responder, porque en ese centro médico al menor se le brindó la atención médica que la parte actora califica como errónea y negligente. Así las cosas, la Sala advierte que frente a esta demandada la parte actora efectuó una imputación fáctica y jurídica concreta y, por tanto, le asiste legitimación en la causa por pasiva de hecho. La legitimación material se analizará al examinar el fondo del asunto.

También se encuentra legitimada La Previsora S.A., en virtud del llamamiento en garantía que el Hospital Regional del Líbano formuló en su contra. La aseguradora fue vinculada mediante auto del 3 de noviembre de 2011 (f. 9 c-4).

4. Problema jurídico

Corresponde a la Sala determinar si la muerte del menor Yeinson Felipe Díaz Buitrago ocurrió como consecuencia de una negligente e indebida atención médica por parte del Hospital Regional del Líbano, o si, por el contrario, su deceso ocurrió por cuestiones propias de la patología que presentó *-dengue hemorrágico-*, y no por una deficiente atención.

De encontrarse probada la responsabilidad del hospital demandado, se deberá estudiar el recurso de apelación presentado por La Previsora S.A., relacionado con el monto máximo al que está obligada a reembolsar.

5. Elementos de la responsabilidad

5.1. El daño

Tratándose de asuntos en los que se discute la responsabilidad extracontractual del Estado, el primer elemento que se debe observar en el respectivo análisis es la

⁵ Previo a interponer la demanda, la parte actora agotó el requisito de procedibilidad, dado que el 19 de noviembre de 2010 presentó solicitud de conciliación, y el 25 de enero de 2011 se celebró la audiencia, la cual se declaró fallida, según la constancia proferida por la Procuraduría 105 Judicial I Administrativa de Ibagué (f. 27 del cuaderno No. 1).



existencia del daño, el cual, además debe ser antijurídico, comoquiera que este constituye un elemento necesario de la responsabilidad, de allí la máxima “*sin daño no hay responsabilidad*”, y sólo ante su acreditación hay lugar a estudiar la imputación del mismo.

En la sentencia de primera instancia, el Tribunal *a quo* encontró probado el daño alegado con la historia clínica allegada al proceso (f. 159-219 c-1) y el respectivo registro civil de defunción del menor Díaz Buitrago (f. 73 c-1). Como este punto de la contienda no fue apelado ni discutido en las apelaciones, la Sala prescindirá del análisis sobre la existencia del daño y se enfocará en determinar si hay lugar a declarar la responsabilidad del Hospital Regional del Líbano por la muerte del menor Yeinson Felipe Díaz Buitrago.

Por otra parte, frente al daño padecido por el núcleo familiar de la víctima, se advierte que con los registros civiles de nacimiento allegados al plenario se probó que los señores Emilciano Díaz Arcila y Bertha Buitrago Diagama son los padres del menor Yeinson Felipe Díaz Buitrago (f. 77 c-1), y que Daver Díaz Buitrago, Leidy Yobanna Díaz Buitrago y Yahir Duban Díaz Buitrago son sus hermanos (f. 74-75 c-1).

5.2. La imputación

Teniendo por acreditado el primer elemento de la responsabilidad, la Sala abordará el análisis de la imputación, con el fin de determinar si el daño sufrido por los demandantes le resulta atribuible o no al Hospital Regional del Líbano.

De acuerdo con las pruebas que obran en el proceso, para la Sala resulta necesario destacar los siguientes hechos:

El 13 de abril de 2010, el menor Yeinson Felipe Díaz Buitrago fue llevado por su madre al Hospital Regional del Líbano, Tolima, por un fuerte dolor abdominal. En la historia clínica se destacó que, al menor, por la sospecha de parásitos, horas antes de su arribo se le había dado aguardiente. Frente a la atención médica, se anotó que como “*plan de tratamiento*” era necesario, por consulta externa, la práctica de paraclínicos -*CH (cuadro hemático), parcial de orina y coprológico*- y, entre tanto, se ordenó la ingesta de acetaminofén y se le dio de alta (f. 192-193 c-1).

El 14 de abril siguiente, el menor acudió nuevamente al hospital con la misma sintomatología, y se insistió, para efectos del diagnóstico, en la toma del “*hemograma y el coprológico por consulta externa*” (f. 194-195 c-1).



El 15 de abril de 2010, con el “*reporte de los paraclínicos*”, se concluyó que el dolor abdominal del menor era secundario a una parasitosis, dado que el examen coprológico evidenció la presencia del parásito ascaris, razón por la cual se le ordenó la toma de “*acetaminofén y ringer lactato 500 mg*”, y se le dio de alta. Los resultados de los demás exámenes -*cuadro hemático y parcial de orina*- no arrojaron anomalía alguna y se calificaron como normales (f. 196-197 c-1).

19 días después, esto es, el 4 de mayo de 2010, el menor fue llevado a urgencias del Hospital Regional del Líbano, por presentar dolor de cabeza; allí fue valorado por un médico general, quien, en atención al estado de salud del paciente y su sintomatología, consideró que aquel debía ser revisado por consulta externa y ordenó su remisión (f. 198-199 c-1).

El siguiente registro que aparece en la historia clínica es del 6 de mayo de 2010, cuando el menor Yeinson Felipe Díaz Buitrago consultó, nuevamente, el servicio de urgencias del hospital; es decir, que no se tiene certeza si el paciente fue llevado a consulta externa en atención a la orden dada el 4 de mayo anterior. En esta nueva oportunidad, el menor Díaz Buitrago manifestó continuar con dolor de cabeza, y a dicha sintomatología se agregó dolor abdominal, mialgias ocasionales y dos episodios eméticos.

Frente a la atención dada este día, se sabe que, en principio, a las 11:17 AM, el menor quedó en observación y, entre tanto, se le diagnosticó cefalea y se ordenó la toma de dipirona; luego, a las 12:30 pm, el menor refirió, como únicos síntomas, dolor de cabeza y náuseas y, por ello, el plan de manejo cambió a la ingesta de tramadol y metoclopramida; a las 2:50 pm, el paciente fue valorado por un pediatra quien concluyó que el menor presentaba un cuadro de cefalea migrañosa, razón por la que le indicó el suministro de diclofenaco 75mg cada hora y naproxeno 250 mg cada 12 horas, ordenó consulta externa con pediatra y, finalmente, con el fin de darle de alta, explicó a sus padres signos de alarma y recomendaciones (f. 200-202 c-1).

Ese mismo día -6 de mayo de 2010-, el fue paciente valorado por consulta externa a las 4:12 pm, por continuar con dolor de cabeza. En esta nueva consulta, se anotó: “*paciente que desde hace 4 días presenta dolor de cabeza intenso, se asocia a dolor abdominal, vómito en 3 ocasiones, hoy refiere además mialgias y, al parecer, ha presentado fiebre concomitante*”.

En esta nueva oportunidad, al menor se le diagnosticó cefalea y una “*infección viral no especificada*”. Para corroborar la sospecha se ordena la toma de un cuadro



hemático, parcial de orina y coprológico; por otra parte, se indicó continuar con la toma de naproxeno y se agregó acetaminofén (f. 203-204).

El 7 de mayo de 2010, a las 6:25 pm, el menor acudió al servicio de urgencias del Hospital Regional del Líbano con la misma sintomatología. Como no se aportaron los resultados de los exámenes solicitados el día anterior, fue necesario reiterar su práctica, por lo que, por urgencias, se ordenó la toma de un “cuadro hemático o hemograma”. Para ese momento, sin los resultados de los paraclínicos, el diagnóstico seguía siendo el de una infección viral no especificada (f. 205-207).

El 8 de mayo de 2010, a la 1:55 AM, con los resultados de los paraclínicos, se anotó que el paciente cursaba un cuadro de dengue con trombocitopenia severa con dolor abdominal. En la historia clínica se anotó la siguiente observación y plan de manejo:

Paciente con cuadro febril y hemograma compatible con dengue con trombocitopenia severa, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica. Llama la atención dolor abdominal intensos episódico que no mejoró tras la administración de 20mg de hioscina, con ausencia de deposiciones hace 5 días. Se decide administrar edema rectal y analgésico opioide.

PLAN: Observación en urgencias, dieta corriente tolerancia, lactato de ringer en bolo, tramadol, enema rectal, hemograma de control 6AM, diligenciamiento de ficha epidemiológica.

Ese mismo día, a las 2:30 AM, el menor presentó un paro cardiorrespiratorio, razón por la que se le realizaron maniobras de recuperación y reanimación, a las cuales no respondió:

Se atiende llamado de urgencias por paciente masculino de 11 años con diagnóstico de dengue hemorrágico, quien presenta un paro cardiorrespiratorio. Se canaliza al paciente por vía intraósea en depresión tibial anterior en ambos miembros inferiores, se inicia infusión de líquidos a chorros, se realiza reanimación cardiopulmonar avanzada con soporte inotrópico (adrenalina y atropina), pero tras 30 minutos el paciente no muestra respuesta, presentándose frío y sin pulso. Se suspenden maniobras y se declara el fallecimiento: Causa de muerte: shock hipovolémico secundario a dengue hemorrágico grado IV.

Frente a la atención puntual dada al menor entre el día 7 y 8 de mayo de 2010, en la historia clínica se consignó la siguiente “nota retrospectiva”:

Recibo a las 21 horas [del 7 de mayo de 2010], como único médico del servicio de urgencias, el cual se encontraba lleno, a paciente de 11 años, quien había consultado por cuarta vez en la semana a las 17 horas y es atendido a las 18:25, debido a cuadro clínico de múltiples episodios eméticos de contenido alimentario, por lo cual es valorado.

Se interroga a la madre a las 22 horas, quien refiere la presencia de múltiples episodios eméticos durante la semana, por lo cual había sido valorado en varias oportunidades. Se revisa el reporte de paraclínicos ordenados por el médico de la tarde, encontrándose (...) un cuadro clínico compatible con dengue, decidiéndose dejar en observación en urgencias. El paciente con trombocitopenia severa sin signos clínicos de sangrado o serositis, por lo cual se decide bolo de líquidos endovenosos y avisar en caso de cambios.



Se le explica a la madre del paciente la necesidad de cuidado continuo debido a la trombocitopenia y la posible necesidad de remisión según evolución, lo cual entiende y acepta.

Paciente quien a las 23 horas cursa con cuadro de dolor abdominal, por lo cual es valorado nuevamente, suministrándole dosis de butilbromuro. A las 00 horas se vuelve a interrogar a la madre por la persistencia del dolor abdominal, encontrándose la ausencia de deposiciones desde hace 4 días, por lo cual se decide pasar enema rectal, el cual arroja deposiciones oscuras a la 1:30.

Se considera paciente con dengue con trombocitopenia severa y signos de alarma dados por el dolor abdominal y deposiciones oscuras, por lo cual se decidió bolo líquido endovenoso y se solicitó remisión a UCI pediátrica acorde a los protocolos de manejo. Se comenta a UCI de Meintegral en nuestra institución, pero se aduce no tener disponibilidad de cama, se habla para buscar posible remisión y se inicia diligenciamiento de formato.

Paciente quien a la 1:50 presenta aumento de dolor abdominal, pálido y álgido. Se insiste remisión a UCI (...). Se solicita valoración urgente al pediatra. Paciente quien diez minutos después presenta cuadro de diaforesis acompañado de palidez. Presenta paro cardiorrespiratorio. Se decide pasar inmediatamente a reanimación, donde se constata la ausencia de pulso por lo cual se inician maniobras de reanimación (...). Paciente a quien el pediatra de turno decide paso de catéter intraóseo y líquido endovenoso a chorro (...). Paciente quien tras treinta minutos de maniobras de resucitación cardiopulmonar no se obtiene la presencia de pulso, por lo cual se considera su fallecimiento a las 2:30 minutos.

Al proceso también se allegó el “informe pericial de necropsia No. 2010-01-01-73411-00015” realizado por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. En dicho documento se anotó que la causa de muerte se encontraba “en estudio” y, en el acápite destinado a la conclusión pericial, se consignó, únicamente, un resumen del caso médico del menor similar al antes transcrito (f. 2-6 c-pruebas No. 2).

Por otra parte, se cuenta con el certificado expedido por el Instituto Nacional de Salud, que confirmó el resultado positivo de dengue del menor, según la muestra médica No. 409304 (f. 2-6 c-pruebas No. 2).

Ahora bien, en el marco de este proceso contencioso administrativo se escuchó el testimonio de los médicos Róbinson Antonio Rojas Sánchez (f. 25-27 c-pruebas No. 2), Óscar Villegas Narváez (f. 28-30 c-pruebas No. 2), Pablo Ramón Gil Torres (f. 30-33 c-pruebas No. 2), Luis Alfonso Caicedo Caicedo (f. 33-32 c-pruebas No. 2) y Diego Fernando Padilla Mendieta (f. 80-84 c-pruebas No. 3), quienes, para la época de los hechos, trabajaban en el Hospital Regional del Líbano.

Si bien el ordenamiento jurídico trata como sospechosas para declarar las personas que, en criterio del juez, se encuentren en circunstancias que afecten su credibilidad o imparcialidad, en razón de parentesco, dependencias, sentimientos o interés en



relación con las partes o sus apoderados, antecedentes personales u otras causas⁶, el Consejo de Estado ha establecido que no pueden descartarse de plano sus versiones, sino que deben valorarse de manera más rigurosa, de cara a las demás pruebas obrantes en el expediente y a las circunstancias de cada caso, todo ello basado en la sana crítica⁷.

Aclarado lo anterior, se debe advertir que los médicos antes mencionados fueron quienes atendieron al menor Díaz Buitrago en el Hospital Regional del Líbano y, por tanto, sus dichos, además de ser expertos, evidencian de primera mano el caso clínico del paciente, de ahí la importancia de estas pruebas. Además, se debe destacar que lo explicado por estos deponentes no fue tachado de falso, y que se trata de un aspecto de la apelación que debe ser abordado, pues la entidad demandada reprochó en su impugnación el hecho de que el *a quo* no hubiera considerado estos testimonios para adoptar la decisión.

El médico Róbinson Antonio Rojas Sánchez expuso:

PREGUNTADO: Dígame al Despacho si recuerda el motivo del ingreso del menor Yeinson Felipe Díaz Buitrago al hospital. CONTESTÓ: sí, recuerdo que consultó por cefalea o dolor de cabeza [el 4 de mayo de 2010], yo lo atendí, el cuadro llevaba aproximadamente 12 horas de evolución y fue derivado a consulta externa. Esa fue mi atención al menor. PREGUNTADO: manifieste al despacho si la atención dada por usted el [4 de mayo de 2010] y de acuerdo al cuadro clínico que presentaba, el menor debía ser hospitalizado o no. CONTESTÓ. No debía ser hospitalizado, se encontraba estable y sin fiebre, por lo cual requería una atención por consulta externa, que fue lo que se indicó. PREGUNTADO: (...) indíqueme al Despacho si el término reingresado que se dice en la demanda, [frente a la atención dada entre el 15 de abril y el 4 mayo], corresponde a la veracidad del ingreso del menor. CONTESTÓ: No, no es un reingreso, porque la atención del paciente se realizó el día 15 de abril de 2010 y habían pasado 20 días con respecto a la primera atención, por tanto, no corresponde a un reingreso. Un reingreso se daría si la atención previa fue 24 horas antes. PREGUNTADO: Según su conocimiento, manifieste al Despacho cuáles son los síntomas que presenta un paciente con un cuadro de dengue, de acuerdo a su experiencia. CONTESTÓ: Un cuadro de dengue se presenta con fiebre, dolor de cabeza, dolor en el cuerpo, dolor retro ocular en la mayoría de las veces, puede haber también sangrados por mucosas. PREGUNTADO: Según su respuesta anterior, dígame al Despacho si el cuadro clínico que ha manifestado usted anteriormente lo presentaba el menor el día que lo atendió. CONTESTÓ: No presentaba el cuadro clínico, el único signo que presentaba y que pudiera corresponder era dolor de cabeza, de pocas horas de evolución, sin fiebre, por eso lo derivó para consulta externa (...). PREGUNTADO: Indíqueme al Despacho que tiempo promedio puede durar la evolución de la patología llamada dengue hemorrágico grado cuatro. CONTESTÓ: La evolución puede ser variable, eso depende de la edad del paciente, la presencia de enfermedades concomitantes, pero, generalmente, el cuadro evoluciona entre uno y 7 días, por eso, aunque no existían signos, se le indicó a la madre

⁶ En los términos del artículo 217 del Código de Procedimiento Civil: “Testigos sospechosos. Son sospechosos para declarar las personas que, en concepto del juez, se encuentren en circunstancias que afecten su credibilidad o imparcialidad, en razón de parentesco, dependencias, sentimientos o interés con relación a las partes o a sus apoderados, antecedentes personales u otras causas”.

⁷ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección tercera, Subsección A, sentencia del 14 de julio de 2016, C.P. Hernán Andrade Rincón, exp. 36932.



del paciente que lo llevara por el servicio de consulta externa y no sé si lo llevaría.

El médico Óscar Villegas Narváez explicó:

PREGUNTADO: manifiéstele al Despacho cuál fue el motivo de la consulta realizada por el menor Yeinson Felipe Díaz Buitrago en la primera atención que usted le realizó al menor en el Hospital. CONTESTÓ: La primera atención fue el 4 de marzo de 2004, consultó por tos, secreción nasal clara, malestar general y se interpretó como cuadro gripal, tenía antecedentes en su historia clínica de parásitos intestinales. La segunda atención fue el 13 de abril de 2010, consultó por dolor abdominal, se le encontró como antecedente que la madre le daba aguardiente para el dolor por sospecha de parásitos (...), se le hizo un diagnóstico de dolor abdominal en estudio y se solicitaron (...) [paraclínicos]. La última atención fue el 6 de mayo, por consulta externa a las 3:50 de la tarde, acudió por dolor de cabeza, se refirió un cuadro clínico de cuatro días de evolución con dolor de cabeza intenso, vómito, dolor muscular, dolor abdominal y, al parecer, fiebre no cuantificada. Al examen físico se encontró un paciente adolorido, lúcido, consciente, con los signos vitales normales, sin hallazgos específicos al examen físico. Se le hizo un diagnóstico de cefalea e infección viral y, para confrontar esta última se le solicitó un cuadro hemático, un examen de orina y coprológico. Se le formuló acetaminofén y se continuó con el naproxeno prescrito por el pediatra horas antes. Se le indicó que debía asistir también a consulta con pediatría. PREGUNTADO: De acuerdo con su respuesta anterior, manifiéstele al Despacho si sabe o le consta si al menor Yeinson Felipe Díaz Buitrago se le tomaron los exámenes ordenados por usted en esta última consulta. CONTESTÓ: A mí no me los llevó, tengo entendido por el registro de la historia clínica que no se tomaron las vías (sic) siguientes, como se le indicó a la madre. PREGUNTADO: A folios 204 obra la historia clínica del menor, donde usted anota el concepto y plan de tratamiento (...), según ese diagnóstico, ¿era necesaria la hospitalización del menor? CONTESTÓ: En ese momento los signos vitales del paciente estaban completamente estables, no había signos de inestabilidad hemodinámica, el paciente estaba lúcido, se sospechó de una infección viral y se solicitaron los exámenes correspondientes para confirmar o descartar la causa, en ese momento no requería hospitalización urgente. PREGUNTADO: De acuerdo con el diagnóstico que usted hizo del menor, sírvase indicarle al Despacho si esos síntomas son o no compatibles con la patología del dengue hemorrágico grado cuatro. CONTESTÓ: En ese momento se sospechó enfermedad por dengue, pero no tenía la presentación de dengue hemorrágico, el cual es un estado avanzado (...). PREGUNTADO: De acuerdo con la historia clínica del menor, usted lo valoró la última vez el día 6 de mayo de 2010 a las cuatro de la tarde doce minutos; posteriormente el día 8 de mayo de 2010, a las 2:30 de la mañana, el menor fallece a consecuencia del dengue hemorrágico. Sírvase indicar al Despacho, de acuerdo a su experiencia, qué explicación tiene el desarrollo de los hechos. CONTESTÓ: No es posible prever el desarrollo de la enfermedad, yo tuve la sospecha de que el paciente presentaba dengue o infección viral similar y traté de confirmar el diagnóstico mediante la toma de los exámenes relacionados, lamentablemente se perdió tiempo precioso al haberse tomado los exámenes al día siguiente y el curso de la enfermedad fue un curso atípico con desenlace muy rápido que no es posible prever. PREGUNTADO: Sírvase indicar de acuerdo a su experiencia como médico, cuánto tiempo tarda en evolucionar el dengue hemorrágico desde que se presentan los primeros síntomas, hasta su culminación. CONTESTÓ: El periodo de incubación del dengue es de aproximadamente de 10 a 15 días, tiempo desde el cual el mosquito pica hasta que aparecen los primeros síntomas, no se puede saber si el curso del dengue base benigno que ocurre en el 95% casos o si va a tener una complicación severa como lo es el dengue hemorrágico. Tampoco es posible precisar con exactitud el tiempo que se va a desarrollar el dengue hemorrágico, por esa razón es indispensable realizar un diagnóstico oportuno.



El médico Pablo Ramón Gil Torres manifestó:

Vine a rendir declaración como testigo de la demanda del paciente Yeinson Felipe Díaz Buitrago. Yo fui el médico general que atendió al niño la noche en que falleció, creo que la madrugada del 8 de mayo de 2010. Yo recibí turno a las nueve de la noche en el servicio de urgencias, le recibí al doctor Padilla, quien me entregó a un paciente con sospecha clínica de diagnóstico de dengue, y había solicitado un cuadro hemático el cual me reportó verbalmente que tenía plaquetas bajas, el niño había llegado por dolor de cabeza y vómito, como a las 10 de la noche cuando terminé de recibir el turno lo valoré y reporté el cuadro hemático como compatible con dengue, lo clasifiqué con un dengue de alarmas y continué el tratamiento indicado en la Guía del Instituto Nacional de Salud, que son líquidos por la vena y vigilancia estricta por parte del personal de enfermería. A las once lo volví a valorar más o menos, porque me refería dolor abdominal, a lo cual toqué el abdomen no encontrando signos de enfermedad quirúrgica, le mandé analgésico y continué con los líquidos por la vena y vigilancia, a las doce, aproximadamente, lo volví a valorar y me refirió dolor abdominal, por lo que interrogué a la madre, quien me dijo que (...) [el menor no hacía del cuerpo hace 5 días], por lo cual ordené pasar un enema rectal y el niño hizo una deposición oscura como una hora después, lo cual yo interpreto como sangrado intestinal oculto, lo cual da para una clasificación de dengue grave. Llamo al pediatra e inicié trámites de remisión a una unidad de cuidados intensivos, aproximadamente a la 1:40 de la mañana el niño se deteriora presentando un paro cardiorrespiratorio, se realizan las maniobras de reanimación con el pediatra y el médico de piso, y tras media hora se declaró el fallecimiento. PREGUNTADO: Dígame al Despacho, de acuerdo a su conocimiento (...), si al niño se le dio el manejo adecuado. CONTESTÓ: Primero que todo debo dejar claro que la clasificación del dengue uno a la cuatro está rebatida ni se utilizaba en el momento, cuando llegó el paciente, acorde con la guía actualizada, presentaba un dengue con signos de alarma, para lo cual el tratamiento que la Ley del Arte indica es dejar en observación en segundo nivel y poner líquido por las venas y vigilar la evolución; posteriormente me doy cuenta al ver las deposiciones según la clasificación que el dengue se vuelve grave y debe ser manejado en la unidad de cuidados intensivos, continuando con los líquidos y vigilando el requerimiento de otros medicamentos. De esta manera, sí se hizo lo que se debía realizar. Igual, que a pesar de que el tratamiento se haga de la mejor forma el dengue es una enfermedad que puede conducir a la muerte como ocurrió con el niño. PREGUNTADO: De acuerdo con su respuesta anterior y por el conocimiento que usted tiene, manifiéstele al Despacho si dada la condición de gravedad del paciente necesariamente se hubiera podido cambiar el pronóstico del mismo en la unidad de cuidados intensivos. CONTESTÓ: Yo no puedo definir específicamente porque estamos hablando de un supuesto; sin embargo, era probable que, dada la condición clínica del paciente, el curso hubiera sido similar a la muerte. PREGUNTADO: Por el conocimiento que usted tiene en la evolución de la patología que presentaba el menor, qué otras situaciones con concomitantes pudieron haber conllevado al desenlace ocurrido. CONTESTÓ: El dengue es una enfermedad prevenible, si se previene la infestación de zancudos que lo transmiten. De igual forma es una enfermedad que se da en su forma más grave en preadolescentes en personas desnutridas con bajo nivel socioeconómico, es probable que alguno de esos factores estuviera presente. PREGUNTADO (...) de acuerdo con sus conocimientos sírvase indicarle al Despacho, cuántos días de evolución podía estar presentando el menor para ese instante de su atención. CONTESTÓ: (...) cuando un paciente presenta dengue grave, es probable que esté cursando entre el cuarto y séptimo día de la enfermedad, de acuerdo con lo estipulado por la guía del INS.

Luis Alfonso Caicedo Caicedo expuso:

Yo atendí al menor el 6 de mayo de 2010 en el servicio de urgencias, se trataba de un paciente que acude en compañía de la madre, quien refiere un



cuadro de 3 días de evolución dado por cefalea, náuseas, vómito y malestar general (...). El paciente sin fiebre, con signos vitales estables, exámenes neurológicos normales, como único dato positivo refería dolor de cabeza, por lo que se le ordena analgésicos endovenosos. Tras no respuesta a dichos medicamentos se interconsulta con el pediatra, quien entra a realizar el interrogatorio a la madre y examen físico al menor, considerando que se trata de un cuadro de cefalea migrañosa y ordena salida, tratamiento con analgésicos y control con pediatría. (...). PREGUNTADO: Manifiéstele al despacho si para el día que usted atendió al menor aquel presentaba síntomas de inestabilidad hemodinámica u otra circunstancia que ameritara su hospitalización. CONTESTÓ: En el momento de la consulta el menor no tenía signos de inestabilidad hemodinámica, lo cual está reflejado en el examen de signos vitales que está consignado en la historia clínica, incluyendo la presión arterial. El paciente se encontraba hemodinámicamente estable. No tenía criterio hospitalario en el momento, por lo que el pediatra decide la salida del menor.

El médico Diego Fernando Padilla Mendieta indicó:

PREGUNTADO: Dígame al Despacho, con vista en la historia clínica que se le pone de presente, si la atención del día 13 de abril de 2010 tiene alguna relación o incidencia con la consulta de ingreso del día 4 de mayo de 2010, por el servicio de urgencias (...). CONTESTÓ: No hay relación, ya que la primera consulta corresponde a un paciente que acude por dolor tipo cólico, al que únicamente se le encuentra discreta sensibilidad en las fosas ilíacas (...) y se solicitan parcial de orina y coprológico para el diagnóstico. La atención del 4 de mayo de 2010 (...) deja ver una atención realizada por urgencias, pero por los hallazgos [dolor de cabeza] se deriva para consulta externa. PREGUNTADO: De acuerdo con su experiencia como médico de la entidad, manifiéstele al Despacho cuando se está frente a una patología de dengue, cuál es el protocolo tratamiento que se le da al paciente que consulta con dicha enfermedad. CONTESTÓ: Frente a los casos de dengue hay que individualizar los casos cada uno, pero cuando se tiene la sospecha de que el paciente cursa con un dengue, inicialmente se debe determinar su estado de hidratación, si tiene síntomas o signos que le indique la posibilidad de hospitalización en esa valoración inicial, se podría tomar paraclínicos en sangre, que sería cuadro hemático completos con recuento de plaquetas, esto con el fin de determinar el pronóstico, la evolución de la enfermedad y el plan de manejo. PREGUNTADO: De acuerdo a lo manifestado por usted y con vista en los síntomas del paciente que refiere el 6 de mayo de 2010, se podría determinar que el menor estuviera cursando la patología del dengue. CONTESTÓ: Posterior a la lectura de la nota médica del 6 de mayo de 2010, a las 11:17 de la mañana, donde el motivo principal de consulta era dolor de cabeza, asociados a síntomas inespecíficos y con lo relacionado al examen físico de ese momento, le dieron manejo como una cefalea, que posterior al manejo inicial continuó el paciente manifestando persistencia de la cefalea global asociado a náuseas, sin otra sintomatología, iniciando en este momento manejo como cefalea refractaria a tratamiento instaurado, solicitando la intervención, según la historia clínica, del pediatra de turno, quien decide diagnosticar, teniendo en cuenta la historia clínica, cefalea migrañosa y dando finalmente salida con manejo ambulatorio y cita por control por consulta externa de pediatría. Todo lo anterior, indica que tanto el médico general como el especialista consideran que en este momento se trataba de una cefalea. PREGUNTADO: Con vista en la historia clínica manifieste al Despacho si en la atención del 6 de mayo de 2010 (...) se ordenaron exámenes paraclínicos, en caso afirmativo, si estos fueron tomados o no. CONTESTÓ: Teniendo presente la historia clínica en la atención prestada (...) el 6 de mayo de 2010 a las 4:12 se solicita un CH (cuadro hemático), parcial de orina y coprológico, y teniendo presente la historia clínica, cuando consulta nuevamente el 7 de mayo a las 6:25, no aportó los datos de los paraclínicos, siendo el doctor Padilla, quien ordena cuadro hemático y hemograma de nuevo. PREGUNTADO: De acuerdo a su respuesta anterior, manifiéstele al Despacho, cómo era el trámite para efectuar la toma de los paraclínicos ordenados (...). CONTESTÓ:



Tratándose en la solicitud en consulta externa en horas de la tarde, esta debió ser tomada en hora de la mañana [del día siguiente], donde deberían haber llevado la muestra fecal, la muestra de orina, al igual que asistir con el menor para la toma del cuadro hemático en las horas de la mañana, horario en los cuales se reciben este tipo de muestras o, en su defecto, haberlo tomado como particular en cualquiera de los laboratorios del municipio (...).

Finalmente, se debe destacar que, de conformidad con el informe de campo del 8 de mayo de 2010 de la Secretaría de Salud del municipio del Líbano, el Barrio la Polka *“es un foco muy grande de criadero de zancudos, ya que, en las viviendas visitadas, [entre ellas, la de los demandantes], se encontró que el 90% de ellas tienen presencia de larvas en los tanques de agua”.*

En ese mismo informe se destacó que el sistema de alcantarillado de ese barrio *“se rebosa ocasionando el desbordamiento de aguas negras”* y que el mismo se encuentra ubicado *“entre 2 quebradas de aguas negras, las cuales pueden causar infecciones y enfermedades a la población”.* De igual forma, se destacó como inconvenientes de la visita *“la indisposición de la comunidad y agresión hacia los funcionarios”.*

6.2.1. La responsabilidad del Hospital Regional del Líbano

La jurisprudencia actual de esta Corporación ha sostenido que, por regla general, el título de imputación aplicable en asuntos médico-sanitarios es el de falla probada del servicio, lo que implica que el demandante además de acreditar el daño debe necesariamente probar la falla del acto médico (el desconocimiento de la *lex artis*) y el nexo causal entre este y el daño, sin perjuicio de que el juez pueda, de acuerdo con las circunstancias, optar por un régimen de responsabilidad objetiva.

Se debe precisar que, en oportunidades anteriores, esta Subsección ha reconocido la dificultad probatoria en punto al nexo causal que suelen tener los demandantes en este tipo de casos, dado el especialísimo carácter técnico inherente a los procedimientos médicos asistenciales:

Ahora bien, no pueden perderse de vista las dificultades que caracterizan la actividad probatoria en procesos como el que mediante el presente pronunciamiento se decide, habida cuenta de que la actividad médica entraña conocimientos técnicos y científicos de difícil constatación que, en determinados supuestos, le impiden al juez tener plena certeza sobre el nexo de causalidad existente entre un específico procedimiento médico y el resultado que al mismo se le pretende imputar. No obstante, la dificultad que conlleva el análisis de las pruebas en materia médica no faculta al juez para presumir la existencia del aludido nexo causal.

Empero, también se ha sostenido y así se reitera que, en aplicación del principio de libertad probatoria, el juez de la causa puede recurrir a cualquier medio demostrativo que le resulte útil para formar su convencimiento en relación con la existencia y las particularidades de los presupuestos fácticos relevantes para resolver de fondo la litis, mecanismos acreditativos entre los cuales el artículo 175 del Código de Procedimiento Civil consagra el indicio como uno de los que



*válidamente puede apreciar el operador judicial con el propósito de formar su íntima convicción (...)*⁸.

En este orden de ideas, si bien el régimen aplicable a los eventos en los cuales se discute la responsabilidad patrimonial del Estado por las actividades médico-sanitarias es, de manera general, el de la falla probada del servicio, la especial naturaleza de la actividad en estudio le permite al juez de la causa acudir a diversos medios probatorios, por ejemplo, la prueba indiciaria para formar su convencimiento acerca de la existencia del nexo de causalidad, sin que por ello se pueda afirmar que dicha relación causal se presume.

De igual forma, se debe considerar la teoría de la carga dinámica de la prueba, según la cual el juez debe establecer en cada caso concreto cuál de las partes está en mejores condiciones de probar la falla o su ausencia, pues no todos los debates sobre la prestación del servicio médico tienen implicaciones de carácter técnico o científico⁹.

En el presente asunto, la parte actora presentó demanda de reparación directa en contra del Hospital Regional del Líbano con el fin de que se le declarara patrimonialmente responsable por la muerte del menor Yeinson Felipe Díaz Buitrago, ocurrida en la madrugada del 8 de mayo de 2010. En criterio de la parte actora, el daño alegado le resulta atribuible a la demandada, porque el menor falleció por causa de la conducta negligente de los médicos tratantes, quienes dejaron al azar su salud y omitieron realizar de manera oportuna los exámenes que darían cuenta del dengue, situación que permitió que la patología avanzara y acabara con su vida.

En la sentencia de primera instancia, el tribunal *a quo* concluyó que el hospital accionado sí estaba llamado a responder, por no haber gestionado oportunamente los exámenes tendientes a identificar el dengue hemorrágico, patología que, por dicha omisión, evolucionó y causó la muerte del menor.

En su sentir, transcurrieron *“más de 15 días entre el momento en que el paciente manifestó al personal médico sus dolencias -abril de 2010-, y el día que se presentó su fallecimiento (8 de mayo de 2010), fecha en que se empezaron a realizar los exámenes médicos tendientes a revalorar el diagnóstico del menor”*, situación que evidenciaba *“la indebida prestación del servicio médico”*.

⁸ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 27 de abril de 2011, expediente 19.192, M.P. Mauricio Fajardo Gómez, reiterado en sentencia del 25 de octubre de 2019, expediente 44.169.

⁹ Cfr. Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 11 de mayo del 2006, exp. 14400, C.P. Ramiro Saavedra Becerra; Sección Tercera, sentencia del 7 de diciembre de 2004, exp. 14421, C.P. Alier Hernández Enríquez y Sección Tercera, sentencia del 10 de febrero del 2000, exp. 11878, C.P. Alier Hernández Enríquez.



El Hospital Regional del Líbano pidió que se revocara la sentencia de primera instancia. Por razones metodológicas, la Sala expondrá los argumentos expuestos en la impugnación en el orden en que se abordarán en la presente sentencia:

i) En el respectivo escrito, el Hospital Regional del Líbano afirmó que, para efectos de definir su responsabilidad, la Sala debía considerar que en la zona donde residía el menor se había identificado un foco de nacimiento del mosquito transmisor del dengue, pues fue esa situación la que determinó el contagio de la enfermedad que, justamente, acabó con la vida del menor.

ii) Manifestó que no era cierto que la atención brindada al menor en abril de 2010 estuviera relacionada con la otorgada en mayo de 2010, pues la víctima consultó por patologías diferentes.

iii) Por último, adujo que las pruebas allegadas al proceso no evidenciaban que el hospital hubiera incurrido en una falla del servicio médico, afirmación que, además, estaba respaldada con los testimonios escuchados en este proceso, los cuales, destacó, no fueron valorados por el *a quo*.

Así las cosas, la Sala procederá a abordar cada uno de los cargos planteados por la apelante, con el fin de determinar, teniendo en cuenta los hechos de la demanda, la contestación y las pruebas, si la responsabilidad del Hospital Regional del Líbano se encuentra comprometida.

i) Advierte la Sala que el primer argumento de la apelación debe ser despachado de manera desfavorable, por la simple razón de que en este caso se discute la actuación médica que se le brindó a la víctima durante su estadía en el centro médico y la supuesta negligencia con la que fue atendido, y no la forma cómo adquirió la enfermedad.

Distinto sería si, por ejemplo, en este caso se discutiera si el menor contrajo la infección viral en el hospital, pero ello no sucedió así y, por tanto, no es dable considerar que ese argumento pueda exonerar a la apelante de responsabilidad, pues, se insiste, la imputación gira en torno a la atención médica que se le brindó a la víctima y no a la forma cómo se contagió.

Inclusive, nótese que la visita de campo que realizó la Secretaría de Salud del municipio del Líbano a la zona residencial del menor Díaz Buitrago se llevó a cabo el 8 de mayo de 2010; es decir, que la inspección ocurrió horas después de su muerte, pues la misma acaeció en la madrugada de ese día. Lo anterior evidencia que las autoridades municipales iniciaron las labores sanitarias una vez conocieron el caso médico del menor y, por ello, no es posible *-como lo pretende la apelante-*



endilgarles responsabilidad alguna a los padres del menor por este hecho, cuando se sabe que, para el momento del contagio, ni estos ni la comunidad sabían que en la zona había un foco del mosquito transmisor del dengue.

ii) Frente al segundo punto de la apelación, se debe recordar que, en criterio del *a quo*, las visitas que el menor realizó al hospital en abril y mayo sí guardaban relación, a tal punto que indicó que desde ese primer momento el menor puso en conocimiento de los médicos los síntomas de la enfermedad que acabó con su vida, los cuales no fueron valorados de manera diligente y acuciosa, situación que evidenciaba una falla del servicio. Por su parte, el Hospital Regional del Líbano destacó que se trató de dos atenciones diferentes, dada la sintomatología y los diagnósticos.

Sobre el particular, se sabe que, en el mes de abril de 2010, el menor acudió los días 13, 14 y 15 al Hospital Regional del Líbano, por presentar dolor abdominal. De conformidad con la información consignada en la historia clínica, en la primera visita de abril se sospechó de la presencia de parásitos, en razón a la sintomatología que presentó el menor y, para efectos de confirmar el diagnóstico, se ordenó la toma de paraclínicos *-cuadro hemático, parcial de orina y coprológico-*.

El 14 de abril de 2010, el menor regresó con el mismo malestar, pero sin los resultados de los paraclínicos, razón por la que fue necesario insistir en la práctica de los mismos. Al día siguiente, con los datos arrojados por los exámenes, puntualmente, por el coprológico, se evidenció que el menor cursaba una parasitosis por la presencia del parásito ascaris, por lo que se le ordenó la toma de los medicamentos indicados para combatir esa patología y se le dio de alta.

Lo anterior fue confirmado por el médico Pablo Ramón Gil Torres, quien explicó que, en *“abril de 2010, [el paciente] consultó por dolor abdominal, se le encontró como antecedente que la madre le daba aguardiente para dolor por sospecha de parásitos (...), se le hizo un diagnóstico de dolor abdominal en estudio, se solicitó (...) [paraclínicos y se confirmó el diagnóstico de parásitos]”*.

Las pruebas antes relacionadas evidencian que el tratamiento dado al menor en el mes de abril fue positivo para combatir la parasitosis que cursaba, pues no regresó al hospital en los días siguientes de ese mes. Lo que sí ocurrió es que 19 días después, esto es, el 4 de mayo de 2010, el menor acudió nuevamente al centro médico, pero con dolor de cabeza, cuadro que, posteriormente, terminó siendo dengue, aspecto que se estudiará más adelante.

Entre tanto, teniendo en cuenta este punto de la apelación, es dable concluir que las visitas realizadas por el menor en abril y mayo no estaban relacionadas y, por



ello, acierta el demandante al concluir en su apelación que en esas fechas el menor acudió por presentar enfermedades diferentes que, además, requerían una atención diferenciada dada sus características, y, por lo mismo, no le asiste razón al tribunal de primera instancia al indicar que desde el mes de abril el menor puso de presente a los médicos los síntomas de dengue, pues, como se vio, fue una patología que cursó 19 días después *-argumento utilizado por el a quo para estructurar la falla del servicio por omisión-*.

Si bien, con lo anterior se evidencia que entre las consultas de abril y mayo no existió relación alguna, se debe agregar que este punto también fue resuelto por los médicos Róbinson Antonio Rojas Sánchez y Diego Fernando Padilla Mendieta. El primero de ellos explicó que se trataba de dos consultas diferentes en atención a los síntomas, y que era errado catalogar la visita del 4 de mayo como un reingreso de la del 15 de abril, pues esto solo puede ser considerado cuando se acude nuevamente en un lapso inferior a las 24 horas, lo cual no ocurrió. Por su parte, el segundo galeno manifestó que entre las consultas no existía nexo alguno, porque en abril el menor acudió por parásitos, diagnóstico que fue confirmado y tratado, y en mayo regresó por cefalea.

A pesar de que le asiste razón al apelante en este punto, ello no resulta suficiente para exonerarlo de responsabilidad, pues se debe indagar si el hospital demandado incurrió en una falla del servicio en la atención brindada al menor entre el 4 y 8 de mayo de 2010.

iii) En criterio de la parte demandada, con las pruebas allegadas al proceso, tales como la historia clínica y los testimonios, se demostró que la actuación desplegada por el hospital demandado fue idónea, pronta, oportuna y se ajustó a la *lex artis*, razón por la que no era posible endilgarle, a título de falla del servicio, la muerte del menor. Así pues, para efectos de estudiar este punto de la apelación, la Sala analizará, en conjunto, las pruebas relacionadas con la atención médica brindada al menor entre el 4 y 8 de mayo de 2010.

Con la historia clínica se demostró que el 4 de mayo de 2010 el menor Yeinson Felipe Díaz Buitrago fue llevado al servicio de urgencias del Hospital Regional del Líbano por presentar dolor de cabeza. En esta oportunidad, el paciente fue valorado por el médico de turno y, por la sintomatología que presentó, se ordenó su remisión a consulta externa.

Lo anterior fue corroborado por el médico tratante Diego Fernando Padilla, quien manifestó recordar que ese día atendió al menor por un cuadro de cefalea de 12 horas de evolución *"y fue derivado a consulta externa"*. Asimismo, este profesional



afirmó que el paciente *“no debía ser hospitalizado, [porque] se encontraba estable y sin fiebre, por lo cual requería una atención por consulta externa, que fue lo que se indicó”*. De igual forma, destacó que esa sintomatología no era indicativa de dengue, porque de los varios síntomas, el único que presentaba era el dolor de cabeza y, por lo mismo, era necesaria su remisión.

De lo anterior se desprende que, ese día, el único síntoma que presentó el menor fue dolor de cabeza y que el reporte de sus signos vitales y examen físico evidenciaba que se trataba de un paciente estable, razón por la que no existían criterios médicos para ordenar su hospitalización y, por ello, se derivó a consulta externa. Frente a este punto, se debe destacar que no existe prueba de que la madre hubiera llevado a su hijo a la consulta que se le ordenó, pues el siguiente reporte que aparece es una visita por urgencias del día 6 mayo de 2010, así como tampoco se demostró que, por alguna razón, se le hubiera negado la atención entre el 4 y 5 de ese mismo mes y año.

Así pues, para la Sala no es posible derivar de esta consulta una actuación irregular por parte del médico del hospital demandado, pues las pruebas demuestran que, ese día, el menor fue valorado por urgencias y, en atención al diagnóstico, se ordenó su revisión por consulta externa, a la cual no fue llevado.

Ahora bien, el 6 de mayo de 2010 a las 11:17 am, el menor Yeinson Felipe Díaz Buitrago consultó, nuevamente, el servicio de urgencias del hospital Regional del Líbano. En esta oportunidad, el paciente manifestó continuar con dolor de cabeza, y a dicha sintomatología se agregó dolor abdominal, mialgias ocasionales y dos episodios eméticos *-vómito-*.

Por lo anterior, al paciente se le diagnosticó cefalea y, entre tanto, fue dejado en observación y tratado con dipirona; a las 12:30 pm, ante la persistencia de los síntomas, se ordenó la ingesta de tramadol y metoclopramida, y revisión por pediatría; posteriormente, a las 2:50, el paciente fue valorado por el pediatra de turno, quien confirmó que el menor presentaba un cuadro de cefalea migrañosa y ordenó su salida con el consumo de analgésicos indicados para esas dolencias y signos de alarma.

Frente a este punto, vale la pena destacar la declaración rendida por el médico tratante Luis Alfonso Caicedo Caicedo. Este galeno manifestó que ese día atendió al menor, quien acudió con un *“cuadro de 3 días de evolución dado por cefalea, náuseas, vómito y malestar general”*; que se trataba de un paciente *“sin fiebre, con signos vitales estables, exámenes neurológicos normales, como único dato positivo refería dolor de cabeza, por lo que se le ordena analgésicos endovenosos”* y que,



al no obtener una respuesta *“a dichos medicamentos, se interconsulta con el pediatra, quien entra a realizar el interrogatorio a la madre y examen físico al menor, considerando que se trata de un cuadro de cefalea migrañosa y ordena su salida, tratamiento con analgésicos y control con pediatría”*.

De igual forma, a este profesional se le preguntó si aquel día el menor presentaba inestabilidad hemodinámica o alguna otra circunstancia que ameritara su hospitalización, a lo cual respondió que el paciente *“no tenía criterio hospitalario en el momento, por lo que el pediatra decide la salida del menor”*.

Así las cosas, la Sala concluye, de nuevo, que de esta consulta tampoco es posible derivar una falla del servicio médico-asistencial, máxime si se tiene en cuenta que en esta oportunidad el menor fue tratado por dos profesionales de la salud que concluyeron que el menor cruzaba un cuadro de cefalea migrañosa y, por ello, se le ordenaron los medicamentos establecidos para combatir esa dolencia; inclusive, nótese que el paciente tampoco presentaba signos de alerta que ameritaran su hospitalización y, por ende, para efectos del respectivo seguimiento, se ordenó una consulta posterior con pediatría.

Ese mismo día -6 de mayo de 2010- a las 4:12 pm, es decir, casi dos horas después de la valoración por pediatría, el menor fue revisado por consulta externa en el centro médico accionado. Allí anotó que el paciente continuaba con dolor de cabeza intenso y otros síntomas virales mucho más marcados, razón por la cual el médico tratante confirmó el diagnóstico de cefalea y agregó *“infección viral no especificada”* y, para corroborar el diagnóstico, ordenó la toma de un cuadro hemático, parcial de orina y coprológico.

Frente a este punto, es claro que, ese día, los 3 médicos tratantes coincidieron en el diagnóstico de cefalea, pero en horas de la tarde, por la sintomatología, se sospechó de una infección viral y, para ello, era menester la toma de los paraclínicos, dado que era la única forma de corroborar la patología que cursaba el paciente; sin embargo, esa orden no se cumplió, dado que el menor no fue llevado a que se le tomaran las muestras de sangre, y al día siguiente acudió sin los resultados de los exámenes.

En relación con este último punto, se cuenta con el testimonio del doctor Óscar Villegas Narváez, quien, frente a los exámenes para confrontar el diagnóstico, afirmó que a él no se le presentaron los resultados de los paraclínicos y que, *“por el registro de la historia clínica no se tomaron las vías (sic) siguientes, como se le indicó a la madre”*.



Igualmente, se debe resaltar que este último galeno informó en su declaración que ese día *“los signos vitales del paciente estaban completamente estables, no había signos de inestabilidad hemodinámica, el paciente estaba lúcido (...), se sospechó de una infección viral y se solicitaron los exámenes correspondientes para confirmar o descartar la causa, en ese momento no requería hospitalización urgente”*.

Por otra parte, frente al *“trámite para efectuar (...) la toma de los paraclínicos ordenados”*, el doctor Diego Fernando Padilla Mendieta explicó que: *“tratándose de una solicitud en consulta externa en horas de la tarde, esta debió ser tomada en horas de la mañana [del día siguiente], donde deberían haber llevado la muestra fecal, la muestra de orina, al igual que asistir con el menor para la toma del cuadro hemático en las horas de la mañana, horario en los cuales se reciben este tipo de muestras”*.

Igualmente, este médico destacó que el *“6 de mayo de 2010 a las 4:12 se solicitó un CH (cuadro hemático), parcial de orina y coprológico, y teniendo presente la historia clínica, cuando consulta nuevamente el 7 de mayo a las 6:25, no aportó los datos de los paraclínicos, siendo el doctor Padilla, quien ordena cuadro hemático y hemograma de nuevo”*.

Así pues, frente a esta consulta externa del 6 de mayo de 2010, no es dable concluir que se incurrió en una falla del servicio médico, pues ante la sospecha de una infección viral lo procedente era ordenar la práctica de paraclínicos -como en efecto se hizo-, pero las labores tendientes para la toma no fueron desplegadas por la madre del menor, situación que demoró la confirmación del diagnóstico. Igualmente, nótese que este médico, como los anteriores, concluyó que el paciente no debía ser hospitalizado, pues se encontraba estable y lúcido, a pesar de las dolencias que presentaba y, entre tanto, se continuó con los medicamentos que horas antes se le habían indicado.

Entonces, si bien en la consulta externa del 6 de mayo de 2010 fueron ordenados los exámenes necesarios para la confirmación del diagnóstico, lo cierto es que en las horas de la mañana del día siguiente no fueron llevadas al laboratorio las muestras requeridas para el procesamiento y luego, en horas de la tarde -6:25 pm- y sin los resultados, el menor acudió al servicio de urgencias del hospital y, como el paciente continuaba con la misma sintomatología, fue necesario reiterar la práctica de los paraclínicos, por lo que, por urgencias, se ordenó la toma de *“cuadro hemático o hemograma”*.

De conformidad con lo consignado en la historia clínica, una vez se obtuvo el resultado de los exámenes, al menor se le diagnosticó dengue *“con trombocitopenia*



severa, sin signos clínicos de sangrado o serositis, por lo cual se decide bolo de líquidos endovenosos y avisar en caso de cambios". En la madrugada del 8 de mayo de 2010, el paciente continuó con dolor estomacal, razón por la cual se interrogó a la madre, "encontrándose la ausencia de deposiciones desde hace 4 días, y se decide pasar enema rectal, el cual arroja deposiciones oscuras a la 1:30 am".

Por lo anterior, se consideró que la patología del menor había evolucionado a dengue hemorrágico, razón por la que se decidió el suministro de bolo líquido endovenoso y se solicitó remisión a UCI pediátrica, lo cual no fue posible por la ausencia de camas disponibles. "diez minutos después" el paciente presentó un paro cardiorrespiratorio y se "define pasar inmediatamente a reanimación", donde se iniciaron las respectivas labores médicas, a las cuales no respondió, y a las 2:30 am se declaró su fallecimiento.

Lo anterior fue respaldado por el médico Pablo Ramón Gil Torres en su testimonio, quien contó que (i) el 8 de mayo de 2010 atendió a un paciente "con sospecha clínica de diagnóstico de dengue" y reportó "el cuadro hemático como compatible con dengue", por lo que lo clasificó como un "dengue de alarmas" y continuó con "el tratamiento indicado en la Guía del Instituto Nacional de Salud"; (ii) que, a media noche, el paciente le refirió dolor abdominal y que, por comentarios de la madre, encontró que el menor no hacía del cuerpo hace 5 días, por lo que ordenó "pasar un enema rectal y el niño hizo una deposición oscura como una hora después, lo cual se interpretó como sangrado intestinal oculto, que da una clasificación de dengue grave"; (iii) que, posteriormente, llamó al pediatra e inició "trámites de remisión a una unidad de cuidados intensivos, [pero] a la 1:40 de la mañana el niño se deteriora presentando un paro cardiorrespiratorio, se realizan las maniobras de reanimación con el pediatra y el médico de piso, y tras media hora se declaró el fallecimiento".

Este mismo médico, frente a la pregunta consistente en que si al paciente se le dio un manejo adecuado según la patología que cursó, afirmó que el menor "presentaba un dengue con signos de alarma, para lo cual el tratamiento que la Ley del Arte indica es dejar en observación en segundo nivel y poner líquido por las venas y vigilar la evolución"; luego, con las deposiciones oscuras que indicaban una hemorragia interna "el dengue se vuelve grave y debe ser manejado en la unidad de cuidados intensivos, continuando con los líquidos y vigilando el requerimiento de otros medicamentos. De esta manera, sí se hizo lo que se debía realizar".



En relación con el análisis de esta patología y su tratamiento, la Sala permite citar¹⁰ la Guía para la Atención Clínica Integral del Paciente con Dengue del Instituto Nacional de Salud y la Organización Panamericana de Salud¹¹:

2.2. ETAPAS CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD

El dengue es una enfermedad de amplio espectro clínico incluyendo desde cuadros inaparentes hasta cuadros graves, que pueden evolucionar a muerte, por lo tanto, debe ser vista como una sola enfermedad que puede evolucionar de múltiples formas (...). El espectro clínico del dengue tan variado explica la diversidad de cuadros clínicos que podemos encontrar en una población durante una epidemia, pues algunos pacientes (la mayoría) estarán con sintomatología leve y erróneamente ni siquiera buscarán atención médica; otros tendrán síntomas inespecíficos (oligosintomáticos) y otros estarán muy afectados, con gran postración y quizás con una evolución desfavorable, deterioro clínico y muerte; a veces en pocas horas. Cada uno de los cuatro virus del dengue puede producir cualquier cuadro clínico mencionado previamente.

(...)

El curso de la enfermedad del dengue tiene tres etapas clínicas: etapa febril, la única para la inmensa mayoría de los enfermos; etapa crítica y etapa de recuperación.

La etapa febril: es variable en su duración y se asocia a la presencia del virus en sangre (viremia). Como en otras enfermedades, la evolución hacia la curación pasa por la caída de la fiebre y durante la misma el enfermo va a tener sudoración, astenia o algún decaimiento, toda esta sintomatología es transitoria (...).

La etapa crítica coincide con la extravasación de plasma y su manifestación más grave es el choque, que se evidencia con frialdad de la piel, pulso filiforme, taquicardia e hipotensión. A veces, con grandes hemorragias digestivas asociadas, así como alteraciones hepáticas y quizás de otros órganos. El hematocrito se eleva en esta etapa y las plaquetas que ya venían descendiendo alcanzan sus valores más bajos. En la etapa de recuperación generalmente se hace evidente la mejoría del paciente, pero en ocasiones existe un estado de sobrecarga líquida, así como alguna coinfección bacteriana.

(...)

2.3. CUADRO CLÍNICO

Generalmente la primera manifestación clínica es la fiebre de intensidad variable, aunque puede ser antecedida por diversos pródromos. La fiebre se asocia a cefalea, dolor retroocular, artralgias, mialgias que es el cuadro conocido como dengue sin signos de alarma.

En los niños, es frecuente que la fiebre sea la única manifestación clínica o que la fiebre está asociada a síntomas digestivos bastante inespecíficos. La fiebre puede durar de 2 a 7 días y asociarse a trastornos del gusto bastante característicos.

¹⁰ En relación con lo anterior, se debe señalar que la jurisprudencia de la Sección Tercera de esta Corporación ha precisado que la literatura científica -en el marco de los procesos de responsabilidad del Estado por falla en la prestación del servicio médico- sirve como “criterio hermenéutico del material probatorio en aquellos casos en los que éste no resulta suficientemente conclusivo”. Así se señaló en la sentencia de unificación de 28 de agosto de 2014, expediente 28804.

¹¹ Consultado en: https://www.paho.org/col/dmdocuments/GUIA_CLINICA_DENGUE2010.PDF, el 18 de febrero de 2022, a las 2:00 PM.



Puede haber eritema faríngeo, aunque otros síntomas y signos del aparato respiratorio no son frecuentes ni importantes. Puede existir dolor abdominal discreto y diarreas, esto último más frecuente en los pacientes menores de dos años y en los adultos.

(...)

2.3.1. Secuencia de los signos clínicos en el diagnóstico de las formas clínicas del dengue.

(...)

Las manifestaciones referidas predominan al menos durante las primeras 48 horas de enfermedad y pueden extenderse durante algunos días más en la que pudiéramos considerar como la ETAPA FEBRIL de la enfermedad.

Entre el 3º y 6º día para los niños, y entre el 4º y 6º día para los adultos (como período más frecuente pero no exclusivo de los enfermos que evolucionan al dengue grave), la fiebre descende, el dolor abdominal se hace intenso y mantenido, se observa derrame pleural o ascitis, los vómitos aumentan en frecuencia y comienza la ETAPA CRÍTICA de la enfermedad, por cuanto es el momento de mayor frecuencia de instalación del choque. También en esta etapa se hace evidente la hepatomegalia. La presencia de signos de alarma es muy característico del tránsito a esta etapa y anuncian complicaciones tales como el choque (Rigau & Laufer, 2006).

(...)

Existen signos de alarma que anuncian la inminencia del choque, tales como el dolor abdominal intenso y continuo, los vómitos frecuentes, la somnolencia y/o irritabilidad, así como la caída brusca de la temperatura que conduce a hipotermia a veces asociada a lipotimia. Estos signos identifican precozmente la existencia de una pérdida de líquidos hacia el espacio extravascular que por tener un volumen (...).

4. TRATAMIENTO

(...)

4.1. Grupo A: PACIENTES QUE PUEDEN SER MANEJADOS AMBULATORIAMENTE

Nivel de atención: PRIMER NIVEL

Definición: Fiebre de 2 a 7 días (caso probable de dengue), no hay hemorragia, deshidratación, signos de alarma o choque y no pertenece a ningún grupo de riesgo.

Son pacientes que pueden tolerar volúmenes adecuados de líquido por vía oral, mantienen buena diuresis, no tienen signos de alarma, particularmente durante la defervescencia (transición de la etapa febril a la etapa afebril). El paciente ambulatorio debe ser valorado cada 48 horas en busca de signos de alarma hasta que se encuentre fuera del periodo crítico.

(...)

Para aliviar los síntomas generales (mialgias, artralgias, cefalea, etc.) y para controlar la fiebre, se debe administrar Acetaminofén (...), así como la utilización de medios físicos, hasta que descienda la fiebre.

(...)

4.2. Grupo B: PACIENTES QUE DEBEN SER HOSPITALIZADOS PARA UNA ESTRECHA OBSERVACIÓN Y TRATAMIENTO MÉDICO



Nivel de atención: SEGUNDO NIVEL

Son los pacientes con cualquiera de las siguientes manifestaciones o signos de alarma como enfermedades crónicas como: hipertensión arterial, diabetes mellitus, asma, enfermedades hematológicas o renales crónicas, enfermedades del sistema cardiovascular, enfermedad ácido péptica o enfermedad autoinmune; niños menores de 5 años; pacientes embarazadas; pacientes mayores de 65 años; paciente con riesgo social

Tratamiento en pacientes CON signos de alarma: Iniciar reposición de líquidos por vía intravenosa utilizando soluciones cristaloides, como Lactato de Ringer u otra solución (...); posteriormente mantener la dosis o disminuirla de acuerdo a la respuesta clínica del paciente. Es importante monitorear el estado hemodinámico del paciente permanentemente teniendo en cuenta que el dengue es una enfermedad dinámica.

(...)

4.3. Grupo C: PACIENTES QUE REQUIEREN TRATAMIENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS INTENSIVOS PORQUE TIENEN DENGUE GRAVE

Nivel de atención: TERCER NIVEL

Manejo del paciente pediátrico: El tratamiento está enfocado al manejo del choque mediante resucitación con aporte por vía de soluciones cristaloides, preferiblemente Lactato de Ringer un bolo. Este plan de reanimación está diseñado para la estabilización del paciente en 8 horas. Re-evaluar la condición del paciente (signos vitales, tiempo de llenado capilar, hematocrito, diuresis, entre otros) y decidir, dependiendo de la situación clínica, si el paciente continúa inestable se pueden administrar hasta 2 bolos de cristaloides o aplicar coloides, si el paciente evidencia mejoría se hace una reducción progresiva de la cantidad de líquidos.

(...)

Si el hematocrito desciende y el paciente mantiene el estado de choque, pensar en que se ha producido una hemorragia, casi siempre digestiva, se indica transfusión de glóbulos rojos. Si con el manejo anterior el paciente no está estable se sugiere iniciar soporte inotrópico por posible disfunción miocárdica y /o miocarditis por dengue. Si el paciente evoluciona satisfactoriamente se debe continuar con los líquidos de mantenimiento.

Así las cosas, confrontado lo dispuesto en la guía antes citada con la atención brindada al paciente, referenciada en la historia clínica y los testimonios, concluye la Sala que el manejo dado al menor fue el correcto y que, entre el 7 y 8 de mayo de 2010, tampoco se incurrió en una falla del servicio que condujera a la muerte del menor.

En efecto, nótese que cuando se logró obtener el resultado de los exámenes clínicos¹², esto es, el 7 de mayo de 2010 en horas de la noche, el dengue del menor fue clasificado en el “Grupo B: pacientes que deben ser hospitalizados para una estrecha observación y tratamiento médico”, pues se indicó que se trataba de un paciente “con dengue de alarmas” y, por ello, se ordenó el suministro de “líquidos

¹² Se recuerda que dichos exámenes fueron ordenados desde el día anterior por consulta externa, pero los mismos no fueron tomados por causas no atribuibles a la demandada, situación que demoró la confirmación del diagnóstico.



por la vena y vigilancia estricta por parte del personal de enfermería”, tal como lo dispone la guía del Instituto Nacional de Salud.

Posteriormente, cuando se evidenció que el menor presentaba una hemorragia intestinal, se clasificó en el “Grupo C: Pacientes que requieren tratamiento de emergencia y cuidados intensivos porque tienen dengue grave”, razón por la cual, para efectos de cumplir el protocolo médico, se intentó conseguir una cama en UCI, lo cual no fue posible por la falta de disponibilidad y, entre tanto, con el fin de seguir con el procedimiento de emergencia, se le suministró líquido endovenoso -Lactato de Ringer en bolo-, tal como lo indica la guía; sin embargo, minutos después, la salud del menor se tornó tórpida y presentó un paro cardiorrespiratorio que si bien, obtuvo respuesta inmediata de los médicos, el paciente no respondió a las maniobras de reanimación y falleció.

Inclusive, véase que antes de confirmar el diagnóstico de dengue entre los días 4 y 6 de enero, el tratamiento dado al menor también fue el adecuado, pues como en esas fechas el menor apenas mostraba la presencia de algunos síntomas y se encontraba estable y lúcido, se trataba de un paciente que debía ser clasificado en el grupo A, los cuales “pueden ser manejados ambulatoriamente”. Frente a este grupo, la guía del Instituto Nacional de Salud ordena que el tratamiento que se debe seguir es la vigilancia “cada 48 horas en busca de signos de alarma” y “administrar Acetaminofén”, que fue lo que en efecto se hizo con el menor, pues entre esas fechas aquel fue valorado por diferentes médicos, quienes impartieron recomendaciones y signos de alarma, le ordenaron la toma del referido analgésico y lo remitieron a consulta externa para hacerle seguimiento; por tanto, aunque no se sabía con certeza la patología que cursaba en ese momento el menor, la misma sí se trató, de manera preventiva, conforme lo enseñan los protocolos.

Así las cosas, se evidencia que la atención brindada al paciente se ajustó al protocolo médico establecido para el cuidado de esa patología; sin embargo, como lo advierte el Instituto Nacional de Salud en su guía, en algunos casos “el dengue puede cursar con una evolución desfavorable, deterioro clínico y muerte, a veces en pocas horas”, como ocurrió en este caso.

Tal conclusión encuentra respaldo, igualmente, en el testimonio del médico Óscar Villegas Narvárez, quien explicó que en este caso no era posible “prever el desarrollo de la enfermedad (...), [porque] el curso de la enfermedad fue atípico con desenlace muy rápido que no es posible prever”, y el dicho del médico Pablo Ramón Gil Torres, quien concluyó que sin importar el cuidado en UCI o no, “era probable que, dada la condición clínica del paciente, el curso hubiera sido similar a la muerte”.



Todo lo anterior evidencia que en este caso la parte actora no probó, como le correspondía, que el hospital demandado hubiera incurrido en una falla del servicio médico, ni mucho menos demostró que la muerte del menor hubiera sido determinada por alguna actuación del centro médico -nexo-, pues como se vio, el curso de la enfermedad fue atípico y provocó el desenlace fatal que dio origen a este proceso, a pesar de los esfuerzos médicos realizados.

En este punto de la sentencia, la Sala debe recordar que las obligaciones que surgen en desarrollo de la actividad médico-sanitaria a cargo de la Administración son de medio y no de resultado, por lo que la prestación exigible es la aplicación de las técnicas idóneas y pertinentes en función de la práctica médica (*lex artis ad hoc*), sin que pueda aceptarse una responsabilidad basada en la sola producción del daño.

Entonces, se evidencia que el Hospital Regional del Líbano no es responsable de la muerte del menor Yeinson Felipe Díaz Buitrago, pues con las pruebas analizadas se demostró que le prestó la atención médica necesaria y oportuna, la cual estuvo dirigida a identificar el origen de sus dolencias y lograr su recuperación, pero el desarrollo atípico de su patología impidió que los esfuerzos médicos tuvieran el resultado esperado y falleció el 8 de mayo de 2010, por causa de un dengue hemorrágico.

Finalmente, la Sala no hará consideración alguna frente al recurso de apelación presentada por La Previsora S.A., porque como la impugnación del Hospital Regional del Líbano prosperó, la misma suerte debe correr su llamada en garantía.

Como consecuencia de todo lo anterior, la Sala revocará la sentencia del 18 de marzo de 2013, proferida por el Tribunal Administrativo del Tolima, dado que, como se vio, el daño antijurídico no es imputable al Hospital Regional del Líbano.

7. Condena en costas

Toda vez que no se evidencia temeridad, ni mala fe de las partes, la Sala se abstendrá de condenar en costas de conformidad con lo normado en el artículo 171 del Código Contencioso Administrativo, modificado por el artículo 55 de la Ley 446 de 1998.

En mérito de lo expuesto, el Consejo de Estado, en Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,



Radicación número: 73001-23-31-000-2011-00439-01 (48147)

Actor: Bertha Buitrago Diagama y otros

Demandado: Hospital Regional del Líbano, Tolima

Referencia: Acción de reparación directa

FALLA:

PRIMERO: REVOCAR, de conformidad con lo expuesto en la parte considerativa de la presente providencia, la sentencia proferida por el Tribunal Administrativo del Tolima 18 de marzo de 2013.

SEGUNDO: NEGAR las pretensiones de la demanda.

TERCERO: Sin condena en costas

CUARTO: Ejecutoriada esta providencia, **DEVOLVER** el expediente al Tribunal de origen para su cumplimiento.

Se deja constancia de que esta providencia se firma en forma electrónica mediante el aplicativo SAMAI, de manera que el certificado digital que arroja el sistema permite validar la integridad y autenticidad del presente documento en el siguiente enlace:https://relatoria.consejodeestado.gov.co:8080/Vistas/documentos/validado_r.aspx

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Firmado Electrónicamente
MARÍA ADRIANA MARÍN

Firmado Electrónicamente
JOSÉ ROBERTO SÁCHICA MÉNDEZ

Firmado Electrónicamente
MARTA NUBIA VELÁSQUEZ RICO

VF