REPARACIÓN DIRECTA/Responsabilidad médica/Caso de menor con daños irreparables en la salud que le ocasionaron la / Pérdida de oportunidad/ Conducta omisiva asumida por la entidad hospitalaria/Condena.

Analizado los dos elementos de la responsabilidad bajo la teoría de falla en el servicio médico – hospitalario, se pasa a establecer si existe nexo causal entre ese daño y la omisión de la entidad hospitalaria de haber brindado un tratamiento atinente al padecimiento del paciente.

Debe decir la Sala que en el presente caso el nexo causal está demostrado así: La pérdida de oportunidad para atender al menor (….) en el hospital nivel I y buscar restablecer su salud se explica con la conducta omisiva asumida por la entidad hospitalaria del municipio de Caldono y del Municipio de Piendamó, inicialmente de haber realizado una valoración exhaustiva del paciente y haber sopesado el internamiento de éste para aplicar el tratamiento formulado dado que extramuralmente no había tenido resultado. En ese sentido, se encuentra probado el nexo causal entre el daño – pérdida de oportunidad y la conducta omisiva de la entidades de salud que en principio hicieron la valoración y diagnóstico del menor.

REPARACIÓN DIRECTA/Responsabilidad médica/Concurrencia de culpas/ conducta omisiva de cuidado de los padres del menor/Condena.

Ahora bien debe la Sala establecer qué peso o participación tuvo la conducta omisiva de los padres frente a su hijo menor, al igual que las anotaciones hechas en la historia clínica de su no presencia permanente de alguno de ellos o de los dos cuando fuere hospitalizado en el nivel IV de complejidad.

En lo consignado en la historia clínica del menor fallecido, se tiene que él fue llevado por su padre con 8 días de evolución de la enfermedad por presentar fiebre y tos emetizante, es decir que esos días que transcurrieron sin tratamiento médico fueron significativos para la evolución de la enfermedad que desde el primer momento se diagnóstico como IRA - N y que se complicó con el transcurrir del tiempo, pero igualmente aparece otro dato consignado para el día 21 de noviembre de 2005, de 15 días, tiempo de evolución de la enfermedad que incidió en su resultado final, está demostrado dentro del proceso que en el tiempo de evolución que tuvo la enfermedad que fue tórpida, los padres en más de una ocasión dejaron al menor sólo en el hospital e incluso en una oportunidad el requerimiento de información sobre el niño lo dio una madre sustituta, sin que en el proceso se establezca la razón por la cual el menor (…) permaneció temporalmente sólo y asistido en una de las consultas por una madre sustituta. Todo lo anterior hace que la entidad no sea totalmente responsable del daño antijurídico sino en un 50% pues el otro 50% se hace responsable a los padres del menor se repite en tanto no acudieron con éste oportunamente a consulta y en algunas oportunidades de su internamiento hospitalario, lo dejaron solo.

El 50% que corresponde a la entidad demandada asumir la responsabilidad en los hechos debe cuantificarse el perjuicio reclamado esto es establecer de ser posible con datos estadísticos y científicos y en su ausencia acudir a razones de equidad el chance u oportunidad de recuperar su salud y sobrevivir a la enfermedad padecida.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
TRIBUNAL CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DEL CAUCA

Sala de Decisión N° 2

Popayán, veintidós de enero del año dos mil quince.

Magistrada Ponente: MAGNOLIA CORTÉS CARDOZO

Código	**19001 23 31 754**
Expediente	**200700053-00**
Demandante	**LILIANA PEÑA COLLAZOS Y OTROS**
Demandado	**DIRECCION DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAUCA EN LIQUIDACION- por sucesión procesal DEPARTAMENTO DEL CAUCA.**
Acción	**REPARACIÓN DIRECTA**

SENTENCIA No.

I. LA DEMANDA

La señora **LILIANA PEÑA COLLAZOS** quien actúa en su propio nombre y representación de los menores **DIANA ALEJANDRA, YONATAN DAVID Y DUBER SANTIAGO GRAJALES PEÑA**, a través de apoderado debidamente constituido, presentaron demanda de reparación directa contra la **DIRECCION DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAUCA EN LIQUIDACION** para que se le declare administrativamente y civilmente responsable de los daños y perjuicios morales, materiales ocasionados por falla en el servicio de salud que ocasionaron los daños irreparables en la salud del menor (…), el día 15 de noviembre de 2005.

Como consecuencia de lo anterior, solicitaron las siguientes declaraciones y condenas:

*"**PRIMERA.- LA DIRECCION DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAUCA EN LIQUIDACION,** es administrativa, patrimonial y solidariamente responsable de la conducta irresponsable, descuidada y omisiva de los actos que despegaron los médicos adscritos a la Dirección Departamental de Salud del Cauca, y por consiguiente de los daños y perjuicios de orden material y moral ocasionados a las personas que integran la parte demandante en el presente proceso, por falla en el servicio de salud con la cual la administración produjo daños irreparables en la salud del menor (…)*

***SEGUNDA.-**Condenar en consecuencia a **LA DIRECCION DEPARTAMETAL DE SALUD DEL CAUCA HOY EN LIQUIDACION**, como reparación del daño ocasionado, a pagar a los actores**,** o a quien represente legalmente sus derechos, los perjuicios de orden material y moral, subjetivo y objetivado, actuales y futuros, por consiguiente los perjuicios se concretan así:*

a. ***Perjuicios Morales:***

*Páguese a **YONATAN DAVID GRAJALES PEÑA,** (Afectado por la falla en servicio médico) El equivalente a mil (1000) salarios mínimos legales mensuales vigentes, o sea la suma de **CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS MILLONES DE PESOS MCTE ($ 432.000.000)***

*Páguese al señor **LUIS FERNANDO GRAJALES JIMENEZ**, en equivalente en moneda nacional a cien salarios mínimos legales mensuales vigentes (100 SMLV), en su condición de padre del menor Yonatan David, o sea la suma de **CUARENTA Y TRES MILLONES DOCIENTOS MIL PESOS MCTE - ($ 43.200.000).***

*Páguese a la señora **LILIANA PEÑA FERNANDEZ**, cien salarios mínimos legales mensuales vigentes (100 SMLV), en su condición de Madre del menor Jonatan David, o sea la suma de **CUARENTA Y TRES MILLONES DOCIENTOS MIL PESOS MCTE - ($ 43.200.000).***

*Páguese a la menor **DIANA ALEJANDRA GRAJALES PEÑA**, en equivalente en moneda nacional a cien salarios mínimos legales mensuales vigentes (100 SMLV), en su condición de hermana del menor Jonatan David, o sea la suma de **CUARENTA Y TRES MILLONES DOCIENTOS MIL PESOS MCTE - ($ 43.200.000).***

*De igual manera páguese al menor **DUBER SANTIAGO GRAJALES PEÑA**, en equivalente en moneda nacional a cien salarios mínimos legales mensuales vigentes (100 SMLV), en su condición de hermano del menor Jonatan David, o sea la suma de **CUARENTA Y TRES MILLONES DOCIENTOS MIL PESOS MCTE - ($ 43.200.000).***

Estas sumas deberán ser actualizadas al momento de proferir el fallo.

b. ***Perjuicios Morales:*** *(Lucro Cesante)*

Por perjuicios materiales páguese a (….), (Afectado por la falla médica), el valor de ***TRECIENTOS CINCUENTA MILLONES DE PESOS MCTE.- ($ 350.000.000),*** *en la modalidad de Lucro Cesante. Guarismo que se tendrá en cuenta la fecha de ocurrencia de los hechos, el lesionado contaba con apenas cuatro (4) años de edad y el término de vida probable del afectado y los reclamantes.*

Daño Emergente

Por concepto de Transporte y compra de medicamentos, alimentación, arrendamiento de inmueble en la ciudad de Santander de Quilichao se le adeuda al señor ***LUIS FERNANDO GRAJALES JIMENEZ,*** *la suma de* ***DIEZ MILLONES DE PESOS MCTE.- ($ 10.000.000),*** *en la modalidad de Daño Emergente.*

Se ordenará la actualizaciones de esta sumas conforme a la variación del índices de precios del consumidor entre las fechas en que se causó el daño y la ejecutoria de la sentencia, y su reajuste conforme al interés técnico del 6% anual que se liquidara en el mismo periodo.

Las sumas reconocidas en las condenas anteriores devengaran los intereses señalados en el artículo 177 del Código Contencioso Administrativo, desde la fecha de ejecutoria del fallo.

La Dirección Departamental de Salud dará cumplimiento a la sentencia dentro de los treinta (30) días siguientes a la ejecutoria.

TERCERA: *La condena respectiva será actualizada de conformidad con lo previsto en el artículo 178 del Código Contencioso Administrativo, aplicando a la liquidación la variación promedio mensual del índice de precios al consumidor, desde la fecha de ocurrencia de los hechos o sea desde el día 21 de noviembre del 2005 hasta la de ejecutoria del correspondiente fallo definitivo.*

CUARTA: *La parte demandada dará cumplimiento a la sentencia, en los términos de los artículos 176, 177, 078 del Código Contencioso Administrativo."*

LOS HECHOS

Los fundamentos fácticos de la presente acción se sintetizan en lo siguiente:

Que el día 15 de noviembre de 2005, el señor **LUIS FERNANDO GRAJALES JIMENEZ**, acudió con su hijo menor de cuatro años de edad (…)**,** al Hospital Unidad Nivel I de Caldono, por urgencias para que el menor fuera atendido al presentar fiebre de 40.4 grados, señala que el menor presentaba antecedentes de neumonía hace aproximadamente tres años atrás.

En la Institución fue atendido por la médico DAIRA NAVIA, quien le formuló acetaminofén, amoxicilina, loratadina, ordenándole tratamiento ambulatorio en casa, una vez suministrados dichos medicamentos, el padre del menor con su hijo en brazos salió del Hospital.

Señala que respecto al tratamiento que se le dispensó en el Hospital en mención desde el día 15 de noviembre de 2005, se observa una historia clínica en la que no se describe el examen físico de los signos que expliquen hallazgos a nivel cardiopulmonar del paciente, al no ordenarse los exámenes pertinentes, examen en el que no se describe el grado de deshidratación que presentaba el menor, así como tampoco se dejó en observación al paciente y menos que se le haya proporcionado una terapia respiratoria.

Después de haber transcurrido tres días de su primera atención hospitalaria en el centro de salud de Caldono(C), el 18 de noviembre de la misma anualidad, ingresa el menor (…) en brazos de su padre al Hospital Unidad Nivel I de Piendamó, por la unidad de urgencias al presentar una temperatura febril de 40.5 grados, en dicho centro es atendido por el galeno OSWALDO VILLAQUIRAN, quien ordenó siendo aproximadamente las 12.15 pm. administrar 7cm de acetaminofén vía oral, posterior a ello se toma la temperatura la cual se encuentra en 37.5 grados y ordena tratamiento ambulatorio en casa, el 21 de noviembre de la misma anualidad, nuevamente asiste por urgencias al presentar un cuadro clínico de daño de estómago, vómito y se observa decaído, con dificultad respiratoria y deshidratación, fue valorado por el médico de turno quien a su vez ordenó colocar oxigeno por cánula N° 6 y canaliza vena con SSN a goteo, se toma temperatura la cual registra 36.9 grados, en razón a ello el médico tratante de Piendamó, Cauca lo remite en ambulancia al paciente en compañía de una enfermera auxiliar y el padre del menor al Nivel III Hospital Universitario San José de Popayán. Señala que el traslado se hizo en ambulancia del Hospital Nivel I de Piendamó y en el transcurso del traslado el menor (…) convulsionó y al no contar con la ayuda de un médico, el estado del menor se agravó, evento que era previsible sucediera.

Que según la información dada por el señor LUIS FERNANDO (padre del menor), quien señala que la bala de oxigeno utilizada para realizar el traslado del menor, no fue instalada correctamente, esto en relación a que la colocaron de forma horizontal sobre el piso y no vertical, lo que dificultó el suministro de oxígeno, al paciente añadiendo que la enfermera que lo acompañó en el trayecto no supo actuar para superar tal situación. Considera que el Estado debe responder por la conducta omisiva que asumieron los médicos que atendieron al menor (…), al no haberlo dejado hospitalizado desde el primer día de la consulta.

2. RECUENTO PROCESAL

La demanda fue presentada el 27 de febrero de año 2007[1] y fue admitida mediante providencia del 2 de marzo de 2007[2].Siendo notificadas debidamente al Ministerio Público[3] y a las partes demandadas[4]

2.1 CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

La demanda fue contestada oportunamente por la parte demandada Dirección Departamental de Salud del Cauca.

2.1.1. De la Dirección Departamental de Salud del Cauca en Liquidación.

La Dirección Departamental de Salud del Cauca contestó la demanda[5] oponiéndose a la prosperidad de las pretensiones, en tanto no se configura responsabilidad alguna a la entidad demandada, encontrando soporte en que los procedimientos médicos son de medio y no de resultado y el menor fue atendido aplicando para ello los protocolos médicos de acuerdo con la dolencia que presentara.

En relación con los hechos, señala que lo que se demuestra en la historia clínica es que el menor fue llevado a un centro hospitalario, cuando ya se encontraba grave, como era el signo de la fiebre que reportaba bastante alta. Lo anterior para significar que tanto los Hospitales Nivel I de Caldono y Piendamó obraron conforme protocolos y el resultado del tratamiento estaba condicionado al estado de salud del menor en que llegó y la demora en acudir impidió que se le hiciera una remisión a un mayor nivel de complejidad y concluye que el daño es producto de la omisión y negligencia de los propios actores no así de las entidades hospitalarias anotadas.

Así mismo indica la entidad que una vez el menor asistió a la consulta médica, ésta le fue dada sin demora, oportunamente, y se realizó un diagnóstico acertado y se agotó el procedimiento y tratamiento acorde o conforme a lo establecido por los protocolos de manejo médico definidos para el caso por la OMS, La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) y el I.S.S., en las dos ocasiones en que acudió a los centros médicos de Nivel I.

---

[1]**Folio 152 del cuaderno principal**
[2]**Folio 154 y 155 del cuaderno principal**
[3]**Folio 159 del cuaderno principal**
[4] **Folio 161 del cuaderno principal**
[5]**Folio 163 a 180C.Principal.**

De igual forma la parte demandada pone de manifiesto las posibles causas de la enfermedad padecida por el menor, las condiciones que afectan de manera considerable el desarrollo de la enfermedad y los factores que pueden incidir en el tratamiento de la misma, concluyendo que debido a las condiciones propias del menor (….), tales como el haber nacido prematuramente, su bajo peso al nacer, posibles condiciones de desnutrición y antecedentes de salud entre otras, harían que el resultado del tratamiento adoptado por parte de los médicos para tratar la enfermedad no hayan arrojado los mejores resultados y terminando en las complicaciones ya conocidas.

Propuso como excepciones FALTA DE LEGITIMACION EN LA CAUSA POR PASIVA, INEXISTENCIA DEL DERECHO INVOCADO Y EXCLUSION DE RESPONSABILIDAD DE DEMANDADO, CULPA EXCLUSIVA DE LA VICTIMA.

3. ALEGATOS

Mediante providencia de 22 de noviembre del año 2007[6] se ordenó el traslado de alegatos de conclusión, etapa procesal en la cual hizo intervención la parte demandada, quien presentó el escrito de manera extemporánea[7].el ministerio público en esta etapa procesal guardó silencio al igual que lo hizo la parte demandante.

4. PRUEBA DE OFICIO

Encontrándose para fallo el proceso de la referencia, el Despacho conductor ordenó como prueba de oficio remitir la historia clínica del menor (…), para luego sea rendido el dictamen pericial por parte de un médico especializado en neumología pediátrica, el cual una vez practicado y ejercido el derecho de contradicción por las partes y al no observarse causal de nulidad que vicie lo hasta aquí actuado, pasa la Sala a resolver el asunto planteado.

[6] Folio 209 del cuaderno principal
[7] Folio 212 cuaderno principal

II. CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL

1. Competencia

De conformidad con lo previsto en el artículo 132 numeral 6 del Código Contencioso Administrativo, por la pretensión que supera los quinientos (500) Salarios Mínimos Legales Mensuales (Estimados en TRECIENTOS OCHO MILLONES DE PESOS $ 308.000.000 y la pretensión mayor es de CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS MILLONES DE PESOS[8]($ 432.000.000) es competente el Tribunal para conocer y decidir la presente acción en primera instancia.

2. Problema Jurídico

Se debe establecer por parte del Tribunal en el caso puesto a consideración si existió o no FALLA EN EL SERVICIO MEDICO, en la atención de salud dispensada al menor (…), en tanto se señala en la demanda que los médicos que lo atendieron en los Hospitales Nivel I de Caldono y Piendamó, Cauca, incurrieron en omisión al no practicarle los exámenes mínimos exigidos para establecer la complejidad de la enfermedad y así poder establecer si ameritaba estar internado o recibir tratamiento en casa y también por no remitirlo de manera inmediata a un nivel de complejidad superior con los respectivos protocolos de seguridad.

3. Caducidad de la acción

La presente acción de reparación directa le es aplicable lo dispuesto en el artículo 136 numeral 8. Del Código Contencioso Administrativo Decreto 01 de 1984, La cual debe instaurarse dentro de los dos años contados a partir del día siguiente del acaecimiento del hecho, omisión u operación administrativa o de ocurrida la ocupación temporal o permanente del inmueble de propiedad ajena por causa de trabajo público o por cualquier otra causa. En el caso concreto se tiene que la parte actora señaló en la demanda que los hechos ocurrieron el día **15 de noviembre de 2005 y la demanda fue presentada el 27 de febrero de 2007** lo que significa que la parte demandante interpuso la acción dentro del término legal citado.

4. Sobre las Excepciones propuestas por la parte demandada:

Manifiesta la Dirección Departamental de Salud del Cauca en la contestación de la demanda, que en el presente proceso se configura la excepción de falta de

[8] Folio 137 del cuaderno principal

legitimación por pasiva y falta de competencia, en tanto dicha entidad se liquidó, es por ello que resulta imposible conocer de dicha acción- la competencia la asumió el Departamento del Cauca- Secretaria de Salud del Cauca.

Al respecto debe decir la Sala lo siguiente: Con fundamento en la Ordenanza No. 059 del 13 de diciembre de 2006, la Asamblea Departamental otorgó al Gobernador la facultad de expedir el Decreto Ordenanzal No. 0260 del 09 de abril de 2007, por medio del cual se suprimió y liquidó la Dirección Departamental de Salud del Cauca, y por medio del Decreto 0261 del 09 de abril de 2007 se modificó la estructura administrativa del Departamento del Cauca y se creó la Secretaria de Salud como una dependencia dentro de la estructura administrativa del ente territorial

Conforme al contenido del parágrafo 3°, artículo 3° del precitado decreto, se dispuso que el Departamento del Cauca asumiría las funciones de dirección, coordinación y vigilancia del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud del Departamento a través de la Secretaría de Salud, la cual se creó para tal fin por medio del Decreto Departamental No. 261 del 9 de abril de 2007.

En el referido Decreto 260 del 2007 también fueron tratados aspectos como la defensa de la Dirección Departamental de Salud del Cauca en los procesos judiciales que cursaban mientras se llevaba a cabo el proceso liquidatorio, para lo cual en los parágrafos 1° y 2° del artículo 8° se mencionó que *"El liquidador podrá conferir poder para la representación legal de la entidad en los procesos en que sea parte la DIRECCIÓN DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAUCA-EN LIQUIDACIÓN, así como para efectos de las diligencias de conciliación y demás diligencias en que sea necesaria su presencia"* y que *"El liquidador designado deberá presentar dentro de un término máximo de tres (3) meses contados a partir de la legalización del respectivo contrato, un informe sobre el estado en que recibe la entidad suprimida, especialmente sobre las condiciones de la contabilidad general, los documentos que conforman el archivo y la relación y estado de los bienes y los procesos judiciales a favor y en contra".* Del mismo modo, en el artículo 34, sobre el "*inventario de procesos judiciales y demás reclamaciones de carácter laboral y contractual*", se enunció que "*El liquidador de la entidad deberá presentar al Departamento, dentro de los tres (3) meses siguientes a la legalización del convenio, un inventario de todos los procesos judiciales y demás reclamaciones en las cuales sea parte la entidad…",*y en el parágrafo 2° del mismo se consignó que *"Con el propósito de garantizar la adecuada defensa de la entidad en liquidación, el liquidador de la entidad, como representante legal de la misma, continuará atendiendo dentro del proceso de liquidación y hasta tanto se efectúe la entrega de los inventarios, conforme a lo previsto en el presente decreto, los procesos judiciales y demás reclamaciones en curso, o los que llegaren a iniciarse dentro de dicho término";* lo cual indica que el Departamento del Cauca debía tener pleno conocimiento de los procesos judiciales instaurados en contra de la Dirección

Departamental de Salud del Cauca y sobre los cuales le correspondía ejercer la debida vigilancia.

Posteriormente, mediante Resolución 1397 del 10 de diciembre de 2007, el agente liquidador de la Dirección Departamental de Salud del Cauca, declaró culminado el proceso liquidatorio y la terminación de su existencia legal, ordenando la cancelación de la inscripción de dicha dirección como prestadora del servicio de salud, al igual que se dispuso la supresión de la planta transitoria de personal y la terminación de relaciones laborales existentes.

Ahora bien, para cubrir eventuales condenas judiciales que se llegaren a proferir en contra de la Dirección Departamental de Salud del Cauca, en el considerando décimo tercero de la referida resolución se puso de presente que *"el patrimonio autónomo que se constituya está integrado por activos monetarios y activos no monetarios, cuya relación obra en documento anexo a la presente resolución"*. No obstante, en el expediente no obra prueba de que efectivamente se hubiera constituido dicho patrimonio autónomo.

Lo anterior permite colegir a la Sala que una vez culminó el proceso de liquidación de la Dirección Departamental de Salud del Cauca, el Departamento del Cauca -quien ordenó su liquidación- pasó a asumir directamente la atención de los diferentes procesos judiciales que cursaban contra la referida entidad instaurados con anterioridad al inicio del proceso liquidatorio. Presentándose así el fenómeno de la sucesión procesal[9].

En ese orden de ideas, se tiene que la presunta responsabilidad que pueda recaer en la Dirección Departamental de Salud del Cauca por los hechos que dieron lugar a la acción instaurada, le correspondería asumirla al Departamento del Cauca en razón a la inexistencia de dicha persona jurídica a la fecha de proferirse esta sentencia.

Respecto de las otras excepciones propuestas como son: INEXISTENCIA DE DERECHO INVOCADO Y EXCLUSION DE RESPONSABILIDAD DEL DEMANDADO, CULPA EXCLUSIVA DE LA VICTIMA, apuntan a ser argumentaciones de oposición a la prosperidad de las pretensiones de la parte demandante, razón por la cual se dará resolución y respuesta a las mismas, una vez se resuelvan los pedimentos de la parte demandante.

---

[9]"La sustitución o sucesión procesal consiste en la posibilidad que prevé la ley para que dentro del trámite de un proceso, una persona (natural o jurídica) ajena a la relación jurídica sustancial que se discute en dicho litigio pueda ocupar el lugar o posesión procesal que ocupa otra, por haber devenido titular sobre los derechos de la cosa litigiosa. Así pues, la sucesión procesal consiste en que una persona que originalmente no detentaba la calidad de demandante o demandado, por alguna de las causales de transmisión de derechos, entra a detentarla; dicha figura pretende, a la luz del principio de economía procesal, el aprovechamiento de la actividad procesal ya iniciada y adelantada, de tal forma que no sea necesario iniciar un nuevo proceso.
Por manera que es el propio proceso el que permite que este fenómeno se presente, ya que resulta irrelevante el cambio de los sujetos, en tanto es regulado por las mismas normas jurídicas y la decisión final del juez afectará positiva o negativamente a quienes se encuentren legitimados". Sentencia del 25 de noviembre de 2009. Rad. 2004 -02463

5. REGIMEN DE RESPONSABILIDAD APLICABLE POR EL SERVICIO MEDICO

La jurisprudencia del Honorable Consejo de Estado en materia del servicio médico ha establecido que ésta es de medio y no de resultado. En el tema concreto ha dicho que hoy en día el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad Estatal por la actividad médica hospitalaria es el de la falla probada en el servicio médico; por lo anterior por tratarse de un título de imputación subjetivo, la carga de la prueba se encuentra radicada en la parte demandante y en ese sentido, la Sala analizará la prueba traída al expediente para establecer si se encuentra probado que el estado de salud que presentaba el menor al inició de la consulta no fue debidamente atendido por el personal médico y que de este devino que la enfermedad padecida se complicara y lo dejara en un estado vegetativo hasta finalmente fallecer , es decir si las complicaciones de la salud del menor se debieron a una falla en la prestación del servicio médico asistencial, por no haber dispuesto de un tratamiento oportuno y con los medios tecnológicos pertinentes.

Sobre el derecho a recibir un servicio oportuno y eficaz en Salud, la máxima Corporación ha dicho en jurisprudencia reiterada lo siguiente[10]:

"Atención Médica- Oportuna. Idónea/ACTIVIDAD MEDICA- Eficiencia. Oportunidad/SERVICIO MEDIO ASISTENCIA- Eficiencia. Oportunidad/RESPONSABILIDAD MEDICA- Eficiencia. Oportunidad/RESPONSABILIDAD MEDICA-Lesión del derecho a recibir un oportuno y eficaz servicio de salud.

Ahora, la responsabilidad por la deficiente o nula prestación del servicio médico también puede generar responsabilidad patrimonial al Estado, aunque no se cause un daño a la salud de los pacientes, cuando tales fallas constituyan en sí mismas la vulneración de otros de sus derechos o intereses jurídicos, como el de la prestación eficiente del servicio. La Sala, en jurisprudencia que se reitera, ha considerado que son imputables al Estado los daños sufridos por los pacientes a quienes no se brinde un servicio médico eficiente y oportuno, aunque no se acredite que esas fallas hubieran generado la agravación de las condiciones de su salud es decir, que la falla en la prestación del servicio se confunde con el daño mismo (…). En síntesis, el Estado es patrimonialmente responsable de los **daños que se deriven por la omisión en la prestación del servicio médico o de su prestación deficiente**, cuando tales daños se producen como consecuencia de esa omisión o deficiencia, pero también es responsable del daño aún en eventos en los que no se demuestra esa relación causal, pero queda acreditado que la prestación asistencial no le fue brindada al paciente de manera diligente, utilizando todos los medios técnicos científicos de los que deben

[10]C.E.S3- Sentencia de 27 de abril de 2011 C.P. Dra. RUTH STELLA CORREA PALACIO- Radicación 17001-23-31-000-1996-08017-01 (20502)

disponer las entidades médicas estatales, de acuerdo con su nivel de complejidad, o no se remite oportunamente al paciente, a un centro de mayor nivel, porque esas fallas vulneran su derecho a la salud".

Sobre la pérdida de la oportunidad en la atención médico sanitaria, la Sección Tercera, en varias providencias se ha referido al tema así[11]:

> *"Sobre la pérdida de una oportunidad, se ha pronunciado en varias ocasiones la Sala, como en Sentencia del 26 de abril de 1999, en la cual dijo:*
>
> > *"Si bien es cierto que no existe certeza en cuanto a que de haberse realizado un tratamiento oportuno el paciente no hubiera muerto pues nunca se tuvo un diagnóstico definitivo de la enfermedad que padecía, sí lo es en cuanto a que el retardo de la entidad le restó oportunidades de sobrevivir. Se trata en este caso de lo que la doctrina ha considerado como una 'pérdida de una oportunidad'. Al respecto dice Ricardo de Angel Yaguez:*
> >
> > *'Es particularmente interesante el caso sobre el que tanto ha trabajado la doctrina francesa, esto es, el denominado la* ***perte d'une chance****, que se podría traducir como 'pérdida de una oportunidad'.*
> >
> > *'CHABAS ha hecho una reciente recapitulación del estado de la cuestión en este punto, poniendo, junto a ejemplos extraídos de la responsabilidad médica (donde esta figura encuentra su más frecuente manifestación), otros como los siguientes: un abogado, por negligencia no comparece en un recurso y pierde para su cliente las oportunidades que éste tenía de ganar el juicio; un automovilista, al causar lesiones por su culpa a una joven, le hace perder la ocasión que ésta tenía de participar en unas pruebas para la selección de azafatas.*
> >
> > *'Este autor señala que en estos casos los rasgos comunes del problema son los siguientes: 1. Una culpa del agente. 2. Una ocasión perdida (ganar el juicio, obtención del puesto de azafata), que podía ser el perjuicio. 3. Una ausencia de prueba de la relación de causalidad entre la pérdida de la ocasión y la culpa, porque por definición la ocasión era aleatoria. La desaparición de esa oportunidad puede ser debida a causas naturales o favorecidas por terceros, si bien no se sabrá nunca si es la culpa del causante del daño la que ha hecho perderla: sin esa culpa, la ocasión podría haberse perdido también. Por tanto, la culpa del agente no es una condición sine qua non de la frustración del resultado esperado.*
> >
> > *'En el terreno de la Medicina el autor cita el caso de una sentencia francesa. Una mujer sufría hemorragia de matriz. El médico consultado no diagnostica un*

[11] Sentencia del 27 de abril de 2011. Expediente: 18.714. C.P. Gladys Agudelo Ordóñez. En el mismo sentido ver, Sentencias de: 7 de julio de 2011, Expediente: 20.139, M.P. Mauricio Fajardo Gómez y del 8 de junio del presente año, Expediente: 19.360. M.P. Hernán Andrade Rincón.

cáncer, a pesar de datos clínicos bastante claros. Cuando la paciente, por fin, consulta a un especialista, es demasiado tarde; el cáncer de útero ha llegado a su estado final y la enferma muere. No se puede decir que el primer médico haya matado a la enferma. Podría, incluso tratada a tiempo, haber muerto igualmente. Si se considera que el perjuicio es la muerte, no se puede decir que la culpa del médico haya sido una condición sine qua non de la muerte. Pero si se observa que la paciente ha perdido ocasiones de sobrevivir, la culpa médica ha hecho perder esas ocasiones. El mismo razonamiento se puede aplicar a un individuo herido, al que una buena terapia habría impedido quedar inválido. El médico no aplica o aplica mal aquella terapéutica, por lo que la invalidez no puede evitarse. El médico no ha hecho que el paciente se invalide, sólo le ha hecho perder ocasiones de no serlo'. (RICARDO DE ANGEL YAGUEZ. Algunas previsiones sobre el futuro de la responsabilidad civil (con especial atención a la reparación del daño). Madrid, Ed. Civitas S.A., 1995, págs. 83-84).

En conclusión la falla del servicio de la entidad demandada que consistió en la falta de diligencia para realizar un diagnóstico oportuno de la enfermedad sufrida por el paciente e iniciar de manera temprana el tratamiento adecuado, implicó para éste la pérdida de la oportunidad de curación y de sobrevivir " ([12]).

La noción sobre la pérdida de oportunidad que ha sido expuesta por esta Corporación durante varios años resulta clara desde el ámbito conceptual y, en principio, no genera dificultades en su aplicación, sin embargo en el trasegar de la resolución de conflictos en los cuales se plantean problemas sobre la pérdida de oportunidad o de chance, se presentan algunos interrogantes que dificultan la aplicación de la misma.

La doctrina de la pérdida de oportunidad ha sido analizada por esta Corporación en los casos de responsabilidad contractual y extracontractual y pese a que la estructuración general del instituto se presenta de la misma manera en ambos eventos, en esta oportunidad la Sala se referirá exclusivamente a la pérdida de oportunidad que se suscita en los casos de responsabilidad por la prestación de servicios médico – asistenciales, es decir, a la denominada doctrinariamente pérdida de oportunidad o de chance de curación, para efectos de concretar el análisis.

La primera discusión que se presenta al abordar el tema de la pérdida de oportunidad es si ésta se presenta como un criterio de imputación fáctica o material que se traduce en un problema de incertidumbre causal, o si constituye un daño autónomo o un tipo de perjuicio indemnizable.

Como problema de incertidumbre causal, la pérdida de oportunidad radica en que se desconoce, o mejor no se tiene la certeza, de si el daño ha sido causado por la conducta antijurídica que se atribuye al demandado o si el daño "puede atribuirse a un hecho que se halla 'en la esfera de la víctima'".

Afirman quienes defienden que la pérdida de oportunidad se ubica en el plano de la causalidad, que ésta no constituye un daño autónomo "sino que constituye un elemento para aligerar el curso causal, sirve como instrumento entonces para establecer la

---

[12] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Expediente 10.755; Reiterada en sentencia del 15 de junio de 2000, radicación 12.548 Existen otros pronunciamientos de la Sala en sentido similar. Expediente No. 25.416; sentencia del 18 de febrero de 2010, Expediente No. 18.524; sentencia del 28 de abril de 2010, Expediente No. 17.725; sentencia del 18 de febrero de 2010, Expediente No. 17.866; sentencia del 14 de junio de 2001, Expediente No. 13.006; sentencia del 26 de mayo de 2008, Expediente No. 15.725; sentencia del 13 de julio de 2005, Expediente No. 13.542.

indemnización a partir de los porcentajes que científicamente estén acreditados en el proceso judicial, en los cuales se haya disminuido los 'chance' de recuperación. …"[13]*.*

Sin embargo, la experiencia ha indicado que dicha noción ubicada en el ámbito de la incertidumbre causal puede llegar a confundirse con los eventos en los cuales no se tiene certeza de si la conducta o el comportamiento antijurídico que se atribuye al demandado fue la causante del daño final padecido por la víctima directa, lo cual conduciría a que la teoría de la pérdida de oportunidad sirviera de fundamento para estructurar la obligación indemnizatoria sobre la base de un desconocimiento o una imposibilidad de establecer cuál fue la verdadera causa del daño final. Así lo señala un fallo de la jurisprudencia extranjera[14]*.*

> *"[L]a noción de pérdida de chance no es más que la insuficiente información del juez sobre la manera en que el destino ha encadenado los hechos. Cuando se responsabiliza al médico por entenderse que su culpa ha implicado la pérdida de una chance, se lo hace porque existe una posibilidad de que él hubiese causado el daño, es decir, se lo condena en base a una duda. Hablar de pérdida de chance de curación, no constituye más que un recurso para cubrir una incerteza del daño o más probablemente la incertidumbre en cuanto a la forma en que el mismo llegó a producirse o sea, sobre la existencia de un efectivo nexo de causalidad entre el acto médico y el perjuicio…".*

Precisamente, la jurisprudencia de esta Corporación, ha sido enfática en señalar que la pérdida de oportunidad no puede servir de fundamento para los casos en los cuales existe duda sobre el vínculo causal entre el hecho y el daño final padecido por el paciente. Como se dijo en párrafos anteriores, si bien en los asuntos de responsabilidad por servicios médico – asistenciales, el nexo causal es, en veces, difícil de establecer, a éste se puede llegar por la vía indiciaria, e incluso, la jurisprudencia ha señalado que puede estructurarse con menor rigor, cuando los conocimientos científicos propios de la ciencia médica impiden conocer con relativa certeza la causa del daño.

Por esta razón la Sala considera que la pérdida de oportunidad se ubica en el campo del daño – sin desconocer que por elementales razones guarda estrecho vínculo con la relación de causalidad, -la causalidad existente entre el hecho imputable y el daño para estructurar la responsabilidad - y por lo mismo, resulta ser un perjuicio autónomo que, no obstante, es indemnizable, diferente al daño final padecido por el paciente.

Lo anterior tiene importantes y significativas consecuencias no sólo desde el campo de estructuración de la responsabilidad, sino también desde el ámbito de la indemnización.

En efecto, si la pérdida de oportunidad se toma como un perjuicio autónomo que subyace a un daño distinto al daño final padecido por el paciente, la relación de causalidad no se establecerá respecto del daño final padecido por el paciente, sino en relación con la pérdida de la probabilidad, de esa oportunidad, de la chance que constituye en últimas el perjuicio indemnizable.

Si, por el contrario, se asume que la pérdida de oportunidad constituye un criterio de imputación fáctica, la relación causal estaría en función del daño final con carácter incierto en relación con el hecho imputable al demandado.

---

[13] GIL BOTERO Enrique. Responsabilidad Extracontractual del Estado. Págs. 499 y ss.

[14] Citado por TRIGO REPRESAS, Feliz A., y LÓPEZ MESA, Marcelo J., haciendo referencia a un fallo proferido por el Tribunal de Mendoza (España) sobre el tema. Vid. Tratado de la Responsabilidad Civil. Tomo V., Cuantificación del daño. Págs. 590 y ss.

No obstante, para refutar esta última posición debe decirse que, precisamente, en eso consiste la incertidumbre propia de la pérdida de oportunidad, donde la acción u omisión del agente o de la entidad a quien se atribuye el daño interfiere en el curso normal de los acontecimientos, de tal suerte que no se sabe si el daño final se produciría de no haber mediado la conducta antijurídica, pero lo que resulta cierto es que el daño final no podría ser imputable al demandado, por lo menos no en su integridad, porque a la acción u omisión endilgada se añaden otros factores externos, los propios de la patología que padece el paciente que pudieron ser los que desencadenaron el resultado final, luego al no ser el daño final imputable en su integridad al demandado, no podría surgir la obligación indemnizatoria por lo menos en su integridad.

Sin embargo, tal idea conlleva a la noción de que la indemnización se produce por la incertidumbre o dicho en términos del tratadista Le Tonurneau "por la insuficiente información del juez sobre la manera en que el destino ha encadenado los hechos"[15] y en caso de que el resultado final haya sido la muerte del paciente, se resultaría indemnizando la pérdida de la vida en la proporción – incierta -, en que le sea imputable al demandado, a juicio del juez, que para efectos prácticos se traduciría en la reducción de la indemnización, cuando lo correcto sería que se indemnizara la pérdida de la oportunidad de sobrevivir que es precisamente el sustrato de la pérdida de oportunidad.

Entonces, se estructuraría la responsabilidad con un nexo causal completamente incierto, es decir, se presumiría la relación causal, sin contar con que el daño es producido por algo distinto al hecho imputable al demandado – una patología de base podría ser-. Finalmente lo que podría atribuirse al demandado, no es que haya causado la muerte del paciente – porque es incierto-, sino que su conducta no haya contribuido a que sobreviviera lo cual es relativamente cierto-, pero ubicando la pérdida de oportunidad desde la perspectiva de la causalidad – el perjuicio que lo constituiría el daño final-, se traduciría en afirmar que la entidad o el médico hayan "matado al paciente" en alguna proporción, pese a la duda que pudiera subsistir al respecto. En este caso no se estaría indemnizando la chance o la oportunidad, sino la ganancia perdida.

La Sala considera que el problema de incertidumbre del daño, y de la presunción de la relación de causalidad, se soluciona, reconociéndole entidad propia a la pérdida de oportunidad como perjuicio autónomo indemnizable.

En ese sentido, la probabilidad, la oportunidad, la chance, tendrían sustancia o entidad propia.

La oportunidad está constituida por el beneficio que no se sabe si se produciría, precisamente por la interferencia que se produjo en el curso normal de los acontecimientos determinada por la conducta que se endilga al demandado. El beneficio no sólo reviste el carácter de ganancia o la posibilidad de conseguir algo; en veces, puede estar constituido por la atenuación o la prevención de un mal. "….La chance es la posibilidad de un beneficio probable futuro que integra las facultades de actuación de un sujeto….".[16]

De suerte que lo incierto, lo que se ubica en la línea media de lo hipotético y seguro[17] es el beneficio, el chance que podría producirse de no haber mediado la conducta del demandado, pero de lo que se tiene certeza es que la oportunidad de que se produjera ese beneficio desapareció y que desapareció por la conducta del demandado; allí se estructura la relación de causalidad.

---

[15] Citado por TRIGO REPRESAS, Félix Alberto. La pérdida de chance.
[16] Ibídem.
[17] Ibídem.

Lo anterior significa que el perjuicio cierto, indemnizable, consiste en la pérdida o frustración de la oportunidad de obtener el beneficio o evitar la mengua, el cual sin duda es distinto al perjuicio que se desprende del daño final padecido por el paciente. Como lo dice el profesor Francois Chabas "…cuando el paciente pierde, por ejemplo un chance de supervivencia, el perjuicio no es la muerte; es la eliminación del simple potencial de chances, la pérdida de una chance se caracteriza por el álea intrínseca del perjuicio…".

Esa probabilidad que se frustró debe ser relativamente cierta, real. No se presenta la pérdida de oportunidad cuando existen probabilidades elevadas de que el beneficio no se obtendría, porque en esas condiciones ninguna oportunidad se habría perdido.

Todo lo expuesto ha generado reflexiones en torno a la responsabilidad que se genera por la falla en la prestación de servicios médico – asistenciales, porque generalmente[18] el paciente cuando consulta al médico, lleva una patología de base que lo afecta y su esperanza al concurrir al servicio es obtener una cura o mejoría de su enfermedad, de manera que cuando se produce una mala praxis que agrava su estado de salud, no podría analizarse el contexto de responsabilidad como si el paciente estuviera en excelentes condiciones, lo único que se produce en esos casos es una pérdida de oportunidad cuyo perjuicio sólo puede hacerse consistir en la frustración de la esperanza de curación – esperanza que debe ser relativamente cierta y real-, pero no podría afirmarse que la patología se agravó o desencadenó en el daño final por el hecho del médico, porque causalmente el resultado final es consecuencia de un proceso natural.

Afirma con acierto Tanzi Silva[19]:

> *"…[E]n cuanto a la responsabilidad profesional y la responsabilidad médica en particular, se plantea con claridad la pérdida de chance. La omisión de atención adecuada y diligente por parte del médico al paciente puede significar la disminución de posibilidades de sobrevivir y sanar. Resulta indudable que una situación de esa naturaleza configura una pérdida de chance, daño cierto y actual que requiere causalidad probada entre el hecho del profesional y un perjuicio que no es el daño integral sino la oportunidad de éxito remanente que tenía el paciente…." .*

Por todo lo expuesto considera la Sala que para estructurar la obligación indemnizatoria cuando el perjuicio se hace consistir en la pérdida de oportunidad, se requiere la correlación de los siguientes elementos:

i) Una oportunidad, un beneficio, una esperanza relativamente cierta que se haya visto frustrada.

ii) Un hecho jurídico constitutivo de falla o falta en el servicio.

iii) Una relación causal entre el factor de imputación jurídica y la pérdida de la oportunidad; esta relación causal debe ser cierta y requiere estar debidamente probada.

Cuando el perjuicio está constituido por la pérdida de oportunidad, se puede generar la indemnización de todo aquello que guarde relación con la pérdida de chance.

En tanto, cuando se ubica la pérdida de oportunidad en el plano de la causalidad, lo que resulta indemnizándose, en últimas, es el daño final, aun cuando no de manera integral, sino con una reducción en el quatum.

---

[18] Salvo en el caso de las cirugías estéticas, donde el paciente no tiene patología precedente que amenace su salud.

[19] La reparabilidad de la pérdida de chance p. 333.

En uno y otro caso, las diferencias son muy marcadas.

Por vía de ejemplo cuando una persona fallece como consecuencia de la mala praxis en una intervención quirúrgica que requería por la complejidad de la patología, si se toma la pérdida de chance como perjuicio autónomo, resarcible, el juez indemnizará la pérdida de oportunidades de sobrevivir por la intervención del médico.

Si la pérdida de oportunidad se ubica dentro del marco de la causalidad, el juez indemnizará la pérdida de la vida, que es el daño final, sólo que reducirá el quatum indemnizatorio en la proporción en que éste sea imputable al demandado, que en todo caso será dudoso, siquiera, que pueda serle atribuido una parte de éste, de manera que desde esta última perspectiva el nexo causal siempre será ambiguo, dudoso.

Por todas estas razones, la Sala considera que la pérdida de oportunidad se debe manejar como un perjuicio indemnizable autónomo.

Por otra parte quienes sostienen que no es posible dar tratamiento a la pérdida de oportunidad como una lesión autónoma afirman que ello implicaría sobreponer al daño efectivamente padecido, uno establecido por el juez, lo cual conllevaría a una alteración de la causa petendi[20].

Efectivamente, la experiencia jurisprudencial ha indicado que las pretensiones de condena en estos eventos se ubican deprecando la indemnización de los perjuicios derivados por el hecho jurídico de la muerte y en tal sentido estructuran la causa petendi, aun cuando verdaderamente el perjuicio consista en la pérdida de oportunidad. Lo anterior se debe, en parte, al reciente desarrollo que ha tenido la doctrina de la pérdida de oportunidad en la jurisprudencia patria.

Sin embargo, la Sala ha considerado en distintas oportunidades que la responsabilidad por los daños causados en el ejercicio de la actividad médica, por regla general comporta una serie de actuaciones que convergen en un resultado final y en las que intervienen varios protagonistas, quienes en distintos momentos y circunstancias asisten a los pacientes desde su llegada al centro hospitalario, hasta cuando son dados de alta o se produce su deceso. Esa cadena de actuaciones desplegadas sobre los pacientes no es indiferente al resultado final y por ello la causa petendi en estos juicios debe entenderse comprensiva de todos esos momentos y de los perjuicios que se puedan materializar como consecuencia del mismo, porque la causa del daño final bien puede provenir de cualquier acción u omisión que se produzca durante todo ese proceso o derivar en un daño que se desconoce hasta que se valora el materia probatorio[21], por esta razón resulta viable indemnizar los perjuicios causados por la pérdida de oportunidad aun cuando la demanda oriente la concreción del daño en otro hecho jurídico".

En el presente caso cuando se discute la responsabilidad de los establecimientos prestadores del servicio de salud y como queda visto la máxima Corporación de lo Contencioso Administrativo ha establecido que el régimen aplicable en la actualidad es la Falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria[22]

---

[20] Entre quienes plantean tales dificultades se encuentra el profesor ENRIQUE GIL BOTERO. Responsabilidad Extracontractual del Estado. Cfr. Pág. 504

[21] Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia de 26 de marzo de 2008, expediente 16.085

[22] Ver entre otras sentencias Sentencia de agosto 31 de 2006, expediente 15772,MP.Ruth Stella Correa. Sentencia de octubre 3 de 2007, expediente 16.402 M.P. Mauricio Fajardo Gómez. Sentencia del 23 de abril de 2008, expediente 15.750. Sentencia del 1 de octubre de

En el caso concreto, la parte actora, señala en la demanda que el servicio no se prestó en forma diligente y oportuna, además al conocer el estado de salud que presentaba el menor, la orden de traslado del hospital nivel I a nivel III el paciente no estuvo acompañado de un médico y la situación que se presentó en el trayecto no pudo ser atendida, lo cual llevó a que la salud del paciente ya por sí afectada, recibiera una agravación más, y la entidad no pudiera entonces evitar el daño que también se reclama a través de esta acción.

Deberá la Sala establecer en consecuencia, que la parte demandante acredite los tres extremos de la Falla probada del servicio: i. La falla propiamente dicha, ii. El daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y ésta.

6. CASO CONCRETO

Como se hizo mención al presentar el problema jurídico, la parte demandante pide que se declare responsable a la entidad demandada por el estado en que quedó el menor (…), al no haberse dispensado un tratamiento oportuno y eficaz en relación a las patologías presentadas al ingresar por primera vez al hospital Nivel I Caldono al no tratarse las dolencias que lo aquejaban, según la sintomatología que presentaba, situación que le causó daños neurológicos irreparables hasta la muerte del menor, pues se señala en la demanda que solo hasta cuando hubo complicaciones en su estado de salud, fue remitido a un HOSPITAL DE MAYOR NIVEL DE COMPLEJIDAD, momento en el cual el paciente convulsiona y presenta un paro cardio-respiratorio, lo que le causó daños cerebrales irreversibles, lo que hubiera podido evitarse si en ese traslado hubiera estado presente profesional especializado que atendiera el evento anotado.

A su vez las entidades demandadas se oponen a esa pretensión de responsabilidad en razón a haber suministrado al paciente conforme protocolo la atención que requería en forma oportuna, teniendo en cuenta la tardanza de los padres en llevar a un centro de salud, que el cuadro clínico presentado por el menor tuvo evolución de más o menos 15 días, antes de la primera consulta a un centro hospitalario.

7. LO PROBADO EN EL PROCESO:

La Sala le otorga valor probatorio a la historia clínica aportada en copia simple por la parte demandante y demandada que obra en el expediente, pues sobre ella las partes se pronunciaron con la demanda y su contestación y no fue objeto de tacha.

2008 expedientes 16843 y 16933. Sentencia del 15de octubre de 2008, expediente 16270MP. Myrian Guerrero de Escobar. Sentencia del 28 de enero de 2009expediente 16.700 M.P. Mauricio Fajardo Gómez. Sentencia del 9 de junio de2010, expediente 18.683 M.P. Mauricio Fajardo Gómez.

Sobre las declaraciones recepcionadas en el proceso, se les dará el valor probatorio que corresponda una vez hayan sido confrontadas esos dichos con la prueba documental correspondiente a la historia clínica del paciente (…).

Revisado el acervo probatorio recaudado obran las siguientes pruebas:

7.1. Obra en el proceso repuesta al oficio de agosto 8 de 2007 el cual se ordenó en providencia, suscrito por el señor JESUS ENRIQUE CASAS CRUZ Coordinador Punto de Atención Piendamó en el que señala:

" De acuerdo a lo solicitado en el oficio de la referencia recibido en esta institución el día 13 de agosto del presente año de manera comedida me permito manifestarle que el proveedor de Oxigeno Medicinal (recarga de cilindros) es OXIMEDICA Y AMANECER MEDICO, para el Hospital Nuestra Señora del Rosario, Punto de Atención Piendamó, de la Empresa Social del Estado, centro 1, los cilindros o balas de oxigeno se recibieron por parte de la Dirección Departamental de Salud en Liquidación y hasta la fecha no se ha necesitado remplazarlos los mismos. Cabe anotar que la Empresa Social del Estado antes referida se creó mediante Decreto N°. 0273 de abril 9 de 2007 del Gobernador del departamento del Cauca y no tiene ninguna relación de dependencia con la Dirección Departamental de Salud del Cauca en Liquidación."

7.2. Obra en el expediente el peritaje rendido por Neumología Pediátrica del caso del menor (…), calendado el 15 de junio de 2012 suscrito por el Sub Director UES Pediatría HUV JAVIER TORRES MUÑOZ y por el Neurólogo Pediatra de la Facultad de Salud- Universidad del Valle[23], el cual la Sala transcribe en la presente providencia así:

"PREGUNTA: ¿CUÁL DEBE SER EL TRATAMIENTO QUE SE DEBE BRINDAR A UN PACIENTE DE 4 AÑOS QUE PRESENTA NEUMONIA DESDE HACE 3 AÑOS ATRÁS Y LLEGA A UNA INSTITUCION HOSPITALARIO CON 40.4°C DE FIEBRE?

RESPUESTA: no es posible cursar con un cuadro clínico respiratorio de tipo neumónico durante tres (3) años. El caso clínico del paciente Jonathan David Grajales Peña fue descrito según su historia clínica como un episodio aislado de infección de vía respiratoria inferior complicada, con un antecedente de otro episodio neumónico no clasificado a los 6 meses de edad.
La presentación clínica de una neumonía en la edad pediátrica puede variar según sea el agente infeccioso responsable y su clasificación clínica, dando así a una amplia variación en la forma de inicio y evolución de la enfermedad y por consiguiente el manejo a definir.

PREGUNTA: SEGÚN LA RESPUESTA ANTERIOR, CLASIFIQUE SI LA ATENCIÓN BRINDADA LOS DÍAS 15, 18 Y 21 DE NOVIEMBRE DE 2005 AL MENOR YONATAN

[23]Fl. 182 a 184 c pruebas.

DAVID GRAJALES FUE ADECUADA Y OPORTUNA CONFORME A SU CUADRO CLINICO.

RESPUESTA: Según el programa de atención integral de enfermedades prevalentes de la infancia en menores de 5 años (AIEPI), el abordaje y enfoque hacia el paciente en su manejo inicial fue adecuado, se le inicio un antibiótico Betalactamico indicado como primera línea frente a una neumonía adquirida en la comunidad que podía recibir atención ambulatoria en conjunto con un antipirético tipo acetaminofén. Posteriormente ante la no resolución de síntomas, se inicia otro antibiótico tipo macrolido que se encuentra justificado por la sospecha de infección neumónica por gérmenes atípicos. Finalmente, el paciente desarrolla empeoramiento drástico de su estado general desde su última consulta 3 días antes para el cual fue debidamente manejado con oxígeno a alto flujo y líquidos endovenosos, mientras se le remitía a un nivel de mayor complejidad para su debida atención prioritaria.

PREGUNTA: ¿QUE INCIDENCIA PUDO TENER EN EL FATIDICO DESENLACE EL HECHO QUE EL MENOR HUBIERA SIDO ACOMPAÑADO POR UNA ENFERMERA Y NO POR UN MÉDICO DURANTE EL TRASLADO DESDE PIENDAMO HASTA POPAYÁN.

RESPUESTA: Para dar respuesta a este interrogante, se debe de revisar los criterios de traslado asistencial medicalizado que existan en los protocolos de la Institución prestadora de Salud de Piendamo en la cual fue atendido el paciente. (…)"

7.3. DEL TRATAMIENTO QUE SE LE DISPENSO AL MENOR (…) EN LA UNIDAD NIVEL I CALDONO, ENTIDAD A LA CUAL CONSULTO POR PRIMERA VEZ AL PRESENTAR SINTOMAS COMO FIEBRE DE 40.4°C- TOS EMETIZANTE.

*"(**Folio 3 C. Ppal.)***
ATENCION DE URGENCIAS
***INGRESO** 15/11/05* ***EGRESO** 15/11/05*
Hora -11:00 *Hora: 12:00*

(…)
PERSONA RESPONSABLE O ACOMPAÑANTE: padres
DX DE INGRESO: IRA – N
DX DE EGRESO: IRA – N
MEDICO QUE ATENDIO LA URGENCIA: D. Navia

ANAMNESIS (Motivo de consulta, historia clínica resumida)
Peso. 15.57 T°. 40.4°C FC. FR.
Ilegible… de 18 días de evolución con tos emetizante, fiebre alta no cuantificada
Neumonía hace 3 años
EXAMEN FISICO:
T°. 40.4°C FC. 120 FR. 48
Regular estado general
Mucosas secas

Faringe eritematosa
Abdomen movilización de secreciones
Idx: IRA N
Acetaminofén
Amoxacilina
Loratadina, SRO"

De la historia clínica remitida nuevamente a solicitud del Despacho conductor, solo se envió en un folio el contenido transcrito, observando la Sala que no aparece nota de evolución y dada de alta del paciente con resolución por lo menos del síntoma de la fiebre.[24] Llama la atención que en la misma historia se consigne que el paciente lleva más de 15 días evolución, pero a su vez que se anote que se encuentra en estado general regular, siendo subjetiva esta apreciación, pues como queda anotado no se sabe de la decisión que tomó la médica tratante en ese momento de valoración del paciente al momento de su salida, pues como puede observarse en el anverso en los cuadros de egreso, observación – hospitalización y salida no aparece anotación alguna, solo en el espacio de firma del paciente aparece la firma del padre del menor.

De conformidad con el artículo 1° de la Resolución n°. 1995 de 1999 "*por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica*", proferida por el Ministerio de Salud y vigente a partir del 6 de agosto de 1999, la historia clínica es "*un documento privado* (…) *en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención*". Al definir sus características en el artículo 3 señala como una de ellas la: "[s]*ecuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención*. Adicionalmente, el artículo 5, sobre las generalidades, prescribe:

> *La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma*.

Se repite entonces que el folio que compone la historia clínica del paciente no está completo y por ende no se puede establecer en qué condición se dio de alta y si se hicieron las recomendaciones atinentes a sus padres.

7.4. TRATAMIENTO DISPENSADO POR LA UNIDAD NIVEL I DE PIENDAMO.

"(Fl. 5 c. ppl.)
HISTORIA CLINICA N° 31458887
NOTAS DE ENFERMERIA

---

[24] Folio 160 del cuaderno de pruebas # 1.

18-11-05
11:30
Ingresa paciente al servicio de urgencias en brazos del padre quien lo trae por presentar fiebre T° 40.5 °C FC. 120 X" FR. 48 X" Peso 13 Kg, por orden verbal del Dr. Oswaldo se administran 7cm de acetaminofén vía oral y se realiza medios físicos

12:15
Se toma T° 37.5 °C paciente es valorado por el Dr. Oswaldo nuevamente quien ordena lo formulado ambulatorio y se entregan los medicamentos y el menor egresa del servicio en brazos del padre.
Firma: Patricia A"

En el formato de la historia clínica que lleva el registro del médico tratante, debe anotar la Sala que la letra es un poco ilegible, pero de lo que se puede hacer lectura se encuentra anotado que el paciente lleva 8 días de evolución, encontrándose en el examen físico anormal solo los pulmones y hace impresión diagnóstica de IRA-N . El paciente ingresó el día 18 de noviembre de 2005 a las 11 y 20 minutos y egresó el mismo día a las 12 y 31 minutos, se le formula antibióticos y otros medicamentos que a la lectura se repite son ilegibles. Igualmente en dicho centro hospitalario se diligenció el formato de Estrategia "AEIPI" Componente clínico 2005 de Atención del niño de 2 meses y menor de 5 años de edad. Que es contradictorio al no registrar la fiebre que presenta y no haber sido diligenciado totalmente[25].

Se transcribe a continuación el formato aludido:

18/11/05
EDAD EN MESES: 40m
Temperatura: 40.5
Peso: 13.7 g
Pregunte qué problema tiene el niño: fiebre

Tiene el niño tos o dificultad para respirar? *si*
Cuanto tiempo hace? 8 días
Cuente las respiraciones por minuto *48*
Tiene el niño diarrea? No
Tiene el niño fiebre? No
Tiene el niño problemas de oído? No
Tiene el niño problemas de garganta? No
Enseguida verificar si el niño tiene problemas desnutrición o anemia? No
Verifique si tiene problemas de desarrollo; realiza cuatro actividades para la edad? Si

(Anverso)
Volver para una nueva consulta de ***control dentro de 3 días***

(***fl. 7 c. ppl.)***
18/11/05

[25] Folio 6 del cuaderno principal.

11:20
Anamnesis examen físico y evolución
Ilegible… tos y fiebre de 8 días de evolución ilegible (…)

Examinen físico
Cabeza y órganos: normal
Cuello y tórax: normal
Cardio pulmonar: anormal ilegible…
Abdomen: normal
genito-urinario y pelvis: normal
Extremidades: normal
Sistema nervioso central: normal
Piel: normal
Dorso: normal
Impresión diagnostica: IRA N
Conducta y ordenes medicas: plan ilegible…

Salida: ilegible/ 11/05 12:30 horas

En esta segunda oportunidad si aparece anotado en la historia clínica la resolución del estado de salud del paciente y el tratamiento ambulatorio ordenado, que básicamente se refiere a medicamento para la infección antibiótico y para el dolor.

El paciente es llevado nuevamente a consulta el día **21 de noviembre de 2005,** porque presenta otra sintomatología añadida a la anterior que es daño de estomago y vómito, dificultad respiratoria y deshidratación, según se anota en la historia clínica, así:

(fl. 8 c.ppl)
"21/11/05
12+10
Ingresa pte al servicio de urgencias en manos de familiar, pte que según familiar presenta daño de estómago y vómito, se observa decaído con dificultad respiratoria y deshidratado, e medico de turno procede a valorar pte y ordena colocar O2 por cánula de 6 lts y canaliza vena con SSN 9% 500cc a goteo lento se utiliza yelco # 29 y microgotero se toman SV. FC: 155 FR: 75 T° 36.9

12+55
Pte que es comentado x parte medica con el HUSJ donde es aceptado por el Dr. Martínez, pte que es remitido con O2 a 6 lts x cánula ilegible… 500cc SSN 9% a goteo lento faltando por pasar 350cc va en compañía de familiar y auxiliar de enfermería que se encuentra designado por remisión SV. FC: 155 FR: 75 T° 36.9.

FIRMA: FABIAN HALABY

(fl. 9 c. ppl.)
Atención en urgencias

21/11/05
12:10
Anamnesis examen físico y evolución
EA: pte que ha sido atendido en ilegible… 2 ocasiones en el servicio de urgencias desde hace 15 días no mejoro con los tratamientos y ha venido empeorando progresivamente.
AP: neumonía la 1er año de vida con hospitalización
*RX: vómito ilegible… desde hace **15 días.***

Examen físico (hallazgos positivos)
Cabeza: normal
Cuello y tórax: ilegible…
Cardio pulmonar: ilegible
Abdomen: elegible…
Genitourinario y pelvis: normal
Extremidades: normal
Sistema nervioso central: anormal ansiedad
Piel: pálida
Dorso: normal
*Impresión Diagnostica: **IRA N muy grave***
Conducta y ordenes médicas: 1) colocar oxigeno con mascara a 6 lts x min.
2) canalizar vena con solución y cloruro de sodio en 0,9%, dejar a
yelco mínimo

(…)
Salida 21/XI/5
OBSERVACIONES: se remite con oxígeno y vena canalizada hemodinamicamente estable acompañado de auxiliar de enfermería.

De lo transcrito de la Historia Clínica se puede concluir lo siguiente: El niño no tuvo una buena resolución en su problema de salud que hacía a los mismos síntomas que presentara inicialmente como era la fiebre y tos para el 15 de noviembre; regresa nuevamente por urgencias el día 18 del mismo mes y año pero esta vez va al Centro hospitalario de Piendamó, Cauca, en esa fecha es valorado nuevamente presentando fiebre alta, pero una vez se corrobora que ésta baja, se le ordena tratamiento ambulatorio y egresa del servicio, siguiendo el control fijado en tres días, esto es el día 21 como efectivamente acude al servicio médico presentando los mismos síntomas sumándole dificultad respiratoria, daño de estómago y vómito, (síntoma que no se había mencionado para el día 15 y 18, sin embargo la anotación en historia clínica transcrita indica que el vómito lo presentaba desde día antes de la primera consulta) situación en la cual lo encuentran en mal estado de salud y se opta por la remisión a un centro de mayor nivel para que le sea tratada la patología encontrada descrita como Infección Respiratoria Aguda- Neumonía, es decir el mismo diagnóstico que se había realizado el día 15 de noviembre de 2005 en el Hospital Local del Caldono, Cauca, solo que en esta oportunidad el paciente se encuentra en un estado muy grave.

7.5. TRATAMIENTO QUE LE FUE DISPENSADO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN.

No se documenta en la historia clínica lo sucedido en el traslado del paciente del nivel I al nivel III obligación que le competía a la empleada auxiliar de enfermería que lo acompañaba, sin embargo de las anotaciones hechas en el Hospital Universitario San José de Popayán al momento de ingreso se extrae que el paciente presentó problemas respiratorios por bronco-aspiración y le dio un paro cardio respiratorio.

Así se consigna en la historia clínica:

"Recibo paciente en paro cardio respiratorio cianótico sin oxígeno suplementario, midriático firma ilegible registro 192903"

"EVOLUCIÓN

21/nov/05

14:00 H

Paciente remitido de Piendamó
Enfermedad hace 15 días ilegible… a los 3 días ilegible… con fiebre alta, consulto a médico rural y se le dio tto ambulatorio sin mejoría, consulto nuevamente a piendamo donde se le formulo acetaminofén y amoxicilina sin mejorías desde hace 6 días le notan dificultad respiratoria e ilegible… respiratorio ilegible… , precisamente se había terminado eritromicina, nuevamente consulta hoy por cuadro severo ***a su ingreso al servicio, paciente se encuentra en paro cardiorrespiratorio*** *requirió maniobras de reanimación- intubacion OT y aplicación de 4 bolos de adrenalina- bolo SS y bolo de bicarbonato- al parecer* ***bronco aspiración, s****e observa además ilegible… y en la llenado capilar.*

A. PN: R N que termino sin complicaciones, ilegible… (no trae carnet)
Al parecer a los 16 meses episodio de neumonía

AF: Abuela falleció de problemas pulmonares

EXAMEN FISICO
Paciente después de reanimación queda con fc: 145 x min TA: 96/73 ilegible… FR: 46 ilegible… 78-83 °c con O2 al 100[2] extremidades, tórax y con mal llenado
Pupilas menos ilegible… , distención abdominal, ilegible… y respiración bronquial ilegible… no evaluable por sedación.
Paciente en cuadro compatible con ***neumonía adquirida en la comunidad****, descartar complicaciones probable broncoaspiracion – antecedentes de paro cardio respiratorio – sépsis de origen pulmonar.*

Plan: manejo en emergencia con monitoreo CR y ventilación mecánica-colocación de catéter central por antecedentes de ilegible… intropidos – rayos x de tórax portátil-sedación

A las 16:30 horas del día 21 de noviembre de 2005, se anotó en la historia clínica que el paciente presentó obstrucción de TOT por secreciones presentes bradicardia y cianosis, fue aspirado y permeabilizado el TOT y utilizada nueva dosis de adrenalina y otros medicamentos.

De las órdenes médicas emitidas en dicha casa hospitalaria, se tiene que el menor fue dejado en emergencia, debió ser previamente realizada la limpieza de las vías altas ser asistido por ventilación mecánica, hidratado, ordenado los exámenes de laboratorio básicos como hemocultivo, cuadro hemático, tiempos de coagulación, creatinina, gases arteriales, orina y formulación de antibióticos, ***(folio 14 c. ppl.)***

El paciente es transfundido, previa valoración de la especialidad en pediatría y sometido a terapia respiratoria, permaneciendo conectado a ventilador mecánico y formulado con antibióticos para contrarrestar la infección respiratoria que presentaba y mantenido bajo sedación, en suma en el Hospital Universitario San José de Popayán al paciente se le brindó la atención medico hospitalaria que requería, fue superado el paro cardio respiratorio y sometido a diferentes tratamientos que le permitieron vivir, dada la condición crítica en la que llegó a dicho centro asistencial de nivel lll.

En las primeras notas de enfermería del día de ingreso se puede observar el estado en el cual llegó el paciente, así:

NOTAS DE ENFERMERÍA
(fl. 31 c. ppl)
21/11/05
14:00
Ingresa paciente al servicio de urgencias de ***pediatría en paro cardio respiratorio****, se observa cianótico, inmediatamente se traslada a emergencias # 3 donde es valorado por la Dra. Ana María quien inicia reanimación cardiopulmonar, ordenan colocar adrenalina en bolos 3 bolos, 1 bolo de ilegible… 1 bolo se SSN 300cc 1 bolo de bicarbonato, paciente que traía vena canalizada en dorso de la mano derecha Con SSN + FALTANDO POR 300CC de la mezcla sin rotular, se extravasa vena periférica y se canaliza nuevamente vena en pliegue del brazo en miembro superior con yelco #22 se deja permeable con SSN, la Dra. Ana María continua con el masaje x 20 mn paciente que presenta FC entuban con TOT 5.0 queda conectado a ventilación mecánica se pasa SNG #12 lo cual dreno material de color café oscuro en poca cantidad se pasa a emergencia # 1 con mezcla universal así dextrosa AD 500CC + 7.5 natrol + katrol 5cc de 40cc/h*

Por orden medica se pasa bolo de SSN 300cc se toman laboratorios para CK+CK TP+TP-MB hemocultivo, CH, Glicemia, creatinina, electrolitos uro-análisis queda paciente en emergencia #1

16:00H
Paciente presenta paro cardio respiratorio y bradicardia por taponamiento de secreciones en TOT Dra. Rosalba Díaz realiza maniobras de 5 minutos junto con la Dra. Velasco, terapista aspira secreciones, abundantes purulentas y sanguinolentas

16:05h
Por orden verbal de la Dra. Rosalba se coloca una ampolla se adrenalina diluida en 10cc y se aplica 3cc via endrovenosa pt no responde a la reanimación continua v bradicardico.

16:10h
Por orden verbal de la Dra. Rosalba se coloca nuevamente adrenalina 3cc. de la dilución
16:15h
Ordena colocar gluconato de calcio 7.5 cc en SSN 100cc en buretrol
16:20h
Se coloca por vía endovenosa lentamente bicarbonato de sodio D/en 100cc y se aplica 100cc
16:30h
Pte se torna estable TA: 88/63 ilegible… FC 121 SO_2 100% fr: 36, la Dra. Cruz llega inmediatamente a colocar catéter yugular trilumen para goteos de inotrópicos procedimiento sin complicaciones se toma muestra para cruce y reserva se lleva al laboratorio clínico
17:22h
Se toma placa de RX de tórax pos extubacion se inicia goteo de dobutamina 3.6 a 5cc x h se le pasaron 8cc
17:39
Se inicia goteo de milazidan SSN 50cc + midazodan 41 cc de SSN ilegible… le pasaron 2.6cc a 2ccxh
18:00h
Se inicia goteo de liquido mantenimiento así Dexal de 5% en A natural 7.5 A 5CC A 40CCXH P/ registrar toda la cantidad
18:30
Se coloca sonda vesical conectada a sistofloc #8 se le recoge muestra de uroanalisis se lleva al laboratorio clínico p/ resultado por sonda elimina 300cc colorica concentrada
19:00
Pte queda en emergencia #1 con ilegible… continuo en regulares condiciones conectado con TOT a máquina de ventilación mecánica
19:00
Recibo pte en cuna niño en unidad de cuidado critico bajo efectos de cedación con monitoreo y saturometria continua con TOT a conectado a ventilador mecánica con catéter permeable en yugular izqui trilumen por el cual está pasando ilegible… 1 goteo de SSN 44cc + dubotonima 3.6 cc para pasar a 5cc/h x 131 c de las cuales falta por pasar 40 cc pasando goteo de SSN 47 ilegible… (…) niño con SNG a drenaje exp por el cual no drena nada con sonda vesical conectada a ilegible… en la cual elimina orina de color amarillo, pcte se observa puy pálido con mal estado general pendiente transfundir G.R. los solicito en el bando de sangre y dicen que en 1/2 hora

20+10
Voy al banco de sangre por los G.R. ordenados y la bacteriólogo de turno dice que todavía no están listas.

20+20
Le hago lavado gástrico para permeabilizar SNG pero no ordena nada.

20+40

Por orden medica inicio transfusión de 225cc de G.R. A+ #228060 por ilegible… 3 de catéter yugular procedimiento sin complicación aparente.

22+50
Se termina de pasar G.R. A # 228060 procedimiento sin complicación aparente.

23+50
Por orden medica se inició a pasar a pasar plasma A+ # 227037 150cc paciente sin complicación pte está presentando sangrado x boca e ilegible… se informa a médicos ilegible…

Para los días subsiguientes, la evaluación médica demuestra el que menor no ha mejorado pese al tratamiento, razón por la cual se considera por parte del pediatra tratante que éste debe ser trasladado a un hospital de mayor nivel es decir al IV, en tanto se repite el citado paciente no presenta mejoría.

Es así que valorado por el médico pediatra de turno Dr. Oswaldo Rodríguez quien considera por el empeoramiento de su cuadro clínico remitir a IV nivel y se remite finalmente al Hospital Universitario del Valle, el 23 de noviembre de 2005.

A continuación se transcriben apartes de la historia clínica del paciente donde consta la atención brindada a él en el Hospital Universitario del Valle.

7.6. **ATENCION DISPENSADA AL PACIENTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE.**

Hospital Universitario del Valle[26]
Historia Clínica N° 1863793
23/11/05
MECANICA
FC: 131 FR: (ventil) TA: 96/46 Sato2 98%
Estertores en ambos campos
Pulmonares: murmullo vesicular dominando derecho
Ilegible… cardiacos rítmicos sin soplos
(…)

IDX 1. Neumonía complicada
2 sépsis origen pulmonar
3 Sd anémico
1. *CID*
2. *Ilegible… respiratorio*

CX: traslado inmediato a CIPAF
(firma. Dr. Torres)
11+55pm
Pediatría urgencias
Ingreso y traslado
(…)

---

[26] Folio 44 y ss del cuaderno principal

Motivo de Consulta
E. actual: 15 días de evolución de fiebre no cuantificada y tos, manejaron en centro de salud con acetaminofén y amoxacilina, sin mejora, re-consulta y formulan eritromicina y salbutamol continua con deterioro respiratorio por lo que remiten al Hospital de Popayán. Ingreso allá con paro cardio respiratorio entubaron y dejaron en ventilación mecánica SaTO2 97% FR:146 estertores bilaterales hipoventilacion derecha diuresis 2.8 ca/kg/d
IDX: 1. Neumonía multilobar complicada
2 sepsis de origen pulmonar
3 CID
4 sd anémico
5 ilegible… respiratoria
Enviar con oxacilina/aftriaxona dobutamina, goteo adrenalina
Paraclínicos: wbc 10.400 N80% L 18% 87% HBll PLT 150.000
PT: 15 DTT 32 (22 NOV) y PT: 13.8 PTT 95 (nov 21)
A personales: neumonia a los 7 meses, illegible… 3 días en piendamo otros ilegible… negativo QX. Alergias / medicamentos/tratamientos/transf: negativo (en actual hospitalización)
Epidemial: casa de bareque, acueducto poso séptico para recolección de desechos, 5 miembros en la casa y habitación (papas, 3 hijos) los 3 hijos cursando con cuadro respiratorio no ilegible… en casa, vecinos, visitantes casa en ilegible… rural (Piendamo)
Vacunas: "completas" sin carnet
Alimentacion: hasta los 3 meses leche materna, ilegible… frutas y verduras carne desde el año
C Y D: camino a los 15 meses las palabras a los 6 meses
Parto multifuncional: sin complicaciones en embarazo o parto

A familiares: abuela HTA ICC asma resto negativo
R. Sistemas: vomito, diarrea sin sustancias ilegibles…

E. físico: ingreso con ventilación.

REMISION DE PACIENTES
SOLICITUD
(Fl. 46 c. ppl.)

A. IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES
DE: HUSJ POPAYAN A: HUV- CALI-VALLE
B. IDENTIFICACION DEL PACIENTE: (…)
Fecha de remisión: 23.11.05 Hora: 16:00 Medico que Remite: Dr. Oswaldo Rodríguez Pediatra. Servicio al que se remite: UCI PEDIATRIA
(…)
Pte de 4 años de edad que ingresa al servicio el 21.XI.05 remitido del hospital de piendamo por neumonía durante 3 días.
EA: cuadro de 15 días de evolución que consistente en síntomas respiratorios asociados a tos ilegible… térmica no cuantificada consulto a nivel I donde formularon acetaminofén amoxacilina paciente presenta dificultad respiratoria progresiva por lo cual consulta nuevamente donde formulan eritomicina salbutamol, regresa potencialmente febril con severa dificultad respiratoria por lo cual remiten a este nivel.
EF. Pte quien ingresa al servicio de urgencias en paro cardiorrespiratorio se realizó maniobras ilegible… ± 20 minu se entuba con TOT N°5 y se deja en ventilación mecánica actualmente EF: FC: 164X1 FR:34X1 STO2: 97%

NEUROLOGIA: bajo efectos de sedación con tentanol – midazolam- ilegible..aunque con ilegible… con el tubo.
Pupilas mioticas, reactivas a la luz
Ventilario: conectado a ventilación mecánica con los siguientes parámetros: PIM 26 PEEP: 7 modo asistido controlado.
Pulmones: estertores en ambos campos pulmonares roncos, campo pulmonar derecho hipoventilado
Circulatorio: corazón rítmico, taquicardico no soplos llenado capilar
Gastrointestinal: bin peristaltismo normal nomegalia- pliegues no distendidos
Renal: diuresis. 2.8 cc/ka/hora
Balace: - 73cc
Metabolica: lev de movimiento infecto índice séptico (+)
Hematológica: sangrado ilegible…
IDX: neumonía multilobal complicada
Derrame pleural derecho pequeño
Sépsis de origen pulmonar
CID
Sd anémico
Manejo: con ilegible… ceftriaxona dobutamina ilegible… adrenalina goteo plasma

EVOLUCION hoja nº 5
(fol. 52 c.ppal.)
24/XI/05
Illegible…
Edad cuatro años

1. *Shock septico neumonio + illegible… derecha*
   IRA ilegible…
2. *Sepsis origen pulmonar*
   SPOM
3. *Hipertensión pulmonar*

TA: 90/40
PC: 140X[1] Tª 36.5 ºC FR: 20 X[1]
SO_2 94%
Illegible… bajo efecto de sedación
C. *Ruidos cardiacos rítmicos son soplos*
Ilegible… cardio ilegible… hiperactivo ruido con buen tono, llenado capilar de 3-5 segundos, frialdad distal de pulsos distales fuertes (+) (ilegible…) con ilegible….

24/XI/05
Edad 4 años
DX: 1. Sd X HTP
2 neumonia complicada
3 demopleura derecha
4 ……..
5 SPOM

EVOLUCION HOJA Nº6
(fl. 53 c ppal.)
24/XI/05
(no tiene hora)

TERAPIA RESPIRATORIA
Niño crítico pero estable hermodinamicamente, sedado con soporte intropico, satura 100/ tolera (flecha hacia abajo) F1O2 acoplado y entregado al ventilador, con parámetros ventilatorios altos con pobre excursión torácica ausculto MV (+) AsCsPs con estertores finos difusos generalizados ilegible… FT tórax, pero con manipulación se desatura e ilegible… manipular con UPPI, asi como también la succión, las secreciones por TOT son abundantes hemáticas con ocasionales tacos pequeños hemático por nariz-boca secreciones mucohematicas posterior a procedimiento mejora excursión de tórax y los volúmenes pulmonares.
(…)
NOV. 24
11:30PM
TERAPIA RESPIRATORIA
Pte critico con intropico y vm sopor (flecha hacia abajo) intermedio excusión torácica simétrica y obscultación mv (+) Acp con estertobilaterales realizo ELPR que no tolera ilegible... entonces solo verifico de ilegible..requiriendo VPP obtengo abundante secreciones mucosanguinolentas tos al estimulos

25-11-05
TERAPIA RESPIRATORIA---mañana
Niño crítico pero estable hemodinamicamente, sedación con soporte inotrópico con reflejo ilegible… colocao y entregado entregado a UM. Satura > 94% F_1 CO_2 50% ilegible… la manipulación, no hipotensión adecuada excursión de tórax y buenos volúmenes espirados. Realizo Fr tórax- VPPI + siccion –UPPI se satura con procedimiento hasta 78% y recupera fácilmente las secreciones en TOT son en regular cantidad hemáticas con tacos hemáticos de mediano tamaño. Ausculto ilegible… AsCsPs con estertores finos no roncon.
25/XI/05
08:30H
Edad 4 años
DX shock séptico
1. *SPOM*
2. *Neumonia complicada*
3. *Hipertensión plmonar*

SV: TA: 88/59 M: 73 FC:121 FR: 20%
Bajo efectos de sedación (+)
Pupilas de ilegible… miotico con vioctividad
C- ruidos cardiacos rítmicos sin soplos ilegible… menor, hiperactivo, punto máximo impulso ilegible… llenado capilar
R: ruidos pulmonares estertores ilegible… manejo ventilación campo pulmonar derecho expansión torácica simétrico (…)
Respiratorio crónico ilegible…

Se observa que se continúo suministrándole un tratamiento de terapias respiratorias por parte del Hospital Universitario del Valle, terapias en las cuales se observa con los mismos signos vitales y el mismo estado de salud del menor.

Imagen diagnostica del 27 de noviembre de 2005 (fl. 58 c. ppl)
Estudio realizado TORAX
INFORME

Silueta cardioaortica de tamaño y configuración normal desplazada hacia la der. Probablemente por perdida de volumen de este campo pulmonr dado que la placa esta bien centrada.
Tubo orotraqueal a 2cm de la carina infiltrados intersticiales mixtos en el campo pulmonar der. Principalmente en el lóbulo sup. Con presencia de derrame pleural.
No hay masas o nódulos
Estructuras oseas visualizadas sin alteraciones. Recomiendo correlación clínica es importante la posición del corazón dado que una destrocardia podría presentarse con esta apariencia radiológica, sugiriendo comparar con estudios anteriores.

IMAGEN DIAGNOSTICA FECHA DE ESTUDIO XI.25.05 (fl. 59 c. ppl)
ESTUDIO REALIZADO TORAX
INFORME
Silueta cardiaca en el limite sup. Tubo orotraqueal a 4cm por encima del angulo de la carina.
Sonda nasogástrica en la cámara gástrica. Catéter yugular der. Ligeramente alto
Obliteración del angulo costodiafragmatico der, en relación a derrame.
Atelectasia pasiva del lóbulo inferior der.
Aumento difuso de la densidad y mala definición del aspecto izq. De la silueta cardiaca en relación a un proceso inflamatorio que afecta un segundo lingular.
Elementos de monitorización
CONTROL XI 26
Persistente el derrame pleural en el lado der. Aunque en menor proporción. El tubo orotraqueal y el catéter yugular izq. En igual posición
Sonda nasogástrica sin alteraciones
En la base del pulmón der. Se visualizan infiltrados blandos aspecto izq. De la silueta cardiaca.
DR. CAICEDO
XI 28 05
SG

Se puede observar que las terapias respiratorias que se llevaron a cabo entre las fechas 28, 29 y 30 de noviembre de 2005 (fl. 60 a61 c. ppl), el paciente continuo con el manejo de ventilación mecánica, sedado con soporte de inotrópicos, presentó abundantes secreciones por TOT, se realizó fisioterapia, en ocasiones se retiró la sedación, el 29 de noviembre presentó respuesta lenta a la luz, y se encontró hemodinamicamente estable, presentó algunos movimientos a estímulos

Finalmente de dicha remisión, los médicos explicaron a los familiares del paciente las condiciones críticas en que se encontraba para la fecha 9 de diciembre de 2005, requiriendo ser transfundido con glóbulos rojos dado que por la traqueostomía presentó sangrado abundante[27]

Observa la Sala que el paciente (…) fue entregado a una madre sustituta de nombre TERESITA DE JESUS y para el mes de marzo del año 2006, esta persona lo lleva al médico por cuanto la sonda que le sirve para su alimentación se encuentra taponada, resuelto el problema con cambio de sonda, la madre

[27] **Folio 102 anverso.**

sustituta es la que rinde información regular del paciente a las especialidades de nutrición y cirugía pediatrica[28]. Igualmente observa la Sala que en ciertos apartes de la historia clínica aparece la anotación de encontrarse sólo el paciente sin acompañante y de necesitarse para explicación de algún procedimiento[29]

7.7. ATENCION DISPENSADA POR EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE HISTORIA CLINICA N° 1863793, por nuevo evento de NEUMONIA.

Llevado por los padres el menor (…) el día 26 de junio de 2006, con sintomatología de más o menos 8 días.[30]
(F*l. 31 C. Pruebas)*
26 JUNIO 2006
(…)
5 AÑOS DE EDAD
***CC.** tiene una cánula de traqueotomía*
*Paciente que presento una reacción alérgica a medicamento por lo que **en Dic/05 en cuidado intensivo en HUV se le coloco cánula traqueotomía y estuvo manejado hasta abril/06 en HUV**, se enfermó nuevamente neumonía por lo que está hospitalizado actualmente 29/junio/06 y presenta cánula de traqueotomía de (ilegible) por lo que se solicita cánula de plato N° 5 actualmente tiene cánula N°4 plástico, en el momento se encuentra completando tto para neumonía en aceptable condición.*
Ilegible RX Tórax y cervical lateral mala calidad se solicita RZ lateral cervical nueva, se da orden cánula de palta, turno cirugía consentimiento informado y orden laboratorio reciente para… (ilegible)

(fl. 32 C. Pruebas)
DIAGNOSTICO DEFINITIVO (EN ORDEN DE IMPORTANCIA)
1. *BRONCONEUMONIA +´sd BRONCO-OBSTRUCCION*
2. *IMOC 2° a ENCEFALOPATIA HIPOXICA*
3. *Sd. CONVULSION CRONICO*

OPERACIONES (TRATAMIENTOS-PROCEDIMIENTOS EN ORDEN DE IMPORTANCIA)
Remisión nivel II Santander de Quilichao.
*(**fl. 33 C pruebas)***
Edad 5 años
Sexo Masculino
FECHA DE INGRESO: 27/06/06
FECHA DE EGRESO: 28/06/06
SALA DE EGRESO: pediatría urgencias

DIAGNOSTICO INICIAL O PREQUIRURGICO
1. *Neumonía a) aspirativa*
   b) SD bronco obstrucción
2. *MOC 2° A ENCEFALOPATIA HIPOXICA*

[28] **Folio 75 y 76 del cuaderno de pruebas # 2.**
[29] Se transcribe en la historia clínica lo siguiente: "Pendiente de realizar gastroctomía no hay familiar para explicarle la alimentación por sonda- Folio 88 del cuaderno de pruebas.
[30] **Folio 289 del cuaderno de pruebas # 2.**

3. SD convulsión 2° a 2

DIAGNOSTICO EGRESO

1. *Bronconeumonía + sd broncoobstructivo*
2. *IMOC 2° a encéfalopatia hipoxica*
3. *Sd convulsión crónica*

CIRUGIAS, PROCEDIMIENTOS, EXAMENES ESPECIALES, INTERCONSULTA
Valoración por pediatría #7 (entre 27-28 junio /06)
Valoración por neurología pediátrica #1 (junio 28/06)
Valoración por nutrición #1 (junio 28/06)

EXAMENES DE LABORATORIO *Hemograma # 2 electrolitos-gases arteriales DCR# 2 creatinina – (ilegible), parcial # 1*
EXAMEN RADIOLOGICOS RX. *TORAX AP Y LAT*
OTROS: *ERG*
RESUMEN DE EVALUACION
Pte de 5 años con cuadro de 8 días de evolución de fiebre alta no cuantificada, disnea progresiva, malestar general, por lo que consultaron a los 4 días al hospital de Santander de quilichao, donde le diagnosticaron neumonía, iniciaron ampicilina , pero por no buena evolución cambiaron a clindamicina – gentamicina y remitieron con DX neumonía grave
Al ingreso al HUV se encontró con regular condición geal con compromisos respiratorios importantes, febri, lcon convulsión , se cubrió con ampicilina sulbatan… posteriormente se considero que posteriormente presentaba un SD: broncoobstructivo por lo cual se inicio bromuro de ipatropio presentó además hipocalemia, se inició reposicion de K
EKG- sin cambios anormales
Se tomo TAC cerebral simple y contrastado con evidencia de hidrocefalia excabatum con atrofia cerebral con higromas, sin ilegible… ni masas, actualmente pte con mejoría de su cuadro respiratorio, se considera que puede continuar atención en nivel II con manejo con ceftriazone, epamin, manejo con bromuro de ilegible… se decide por mejoría y estabilidad clínica remitir en ambulancia medicada a Santander de Quilichao.

RECOMENDACIONES DE EGRESO Y OBSERVACION
CEFTRIXONE 9cc de dilución c/12hrs
Epanin 1.8 cc c/8hrs de la disolución a 10cc
MNB
O2 por mascara –lev dentroxados +K

ESTADO DE SALIDA *VIVO*
(…)

(fl. 34 C. pruebas)
GHRS ingreso a pediatría urg.
(…)
MC: " porque le dio neumonía"
EA: "pte. Con cuadro de +/- 8 días de evolución de fiebre alta no cuantificada, disnea progresiva, malestar general motivo por el cual hace 4 días consulto al hospital de Santander de Quilichao donde hicieron diagnóstico de neumonía, se inició manejo con ampicilina, pero el paciente no presento buena evolución, por lo que se cambió antibiótico a clindamicina-gentamicina, con hallazgos compatibles con neumonía grave deciden remitir.

(ANTE) PARACLINICOS:
Rx Tórax 23/06: infiltrado neumónicos a igual que la RX del 26/06/06
Hb: 15, leucos: 14700. N: 88%, PCR: < 6 (23/06/06)
LEUCOS: 3100, N: 56%, Hb: 13

ANTECEDENTES PERSONALES:
Patológicos: neumonía al año de edad
Manifiesta el padre que el 23/nov/05 fue valorado en el hospital de Piendamo, donde diagnosticaron bronconeumonía y al remitir a Popayán por estado de gravedad, hizo paro cardio-respiratorio, quedado con secuelas neurológicas por hipoxia, sd convulsivo ilegible…
Qx: traqueostomia 23/XII/06, gastrostomía (23/II/06)
Hospitalizaciones: por cuadro anteriormente descrito, estuvo en ventilación mecánica, estuvo 15 días en CIPAF
Alergias (-)
Transfusiones (+)
TRX: (-)
Toxicológicos: (-)
Farmacológicos: clonazepan gotas 2 gotas c/8hrs y medicamento ya descritos en enf. Actual
Inmunización: completa según esquema del PAI, no trajo carné

Antec. Personales:
Pte producto de 2° embarazo de madre de 23 años al momento del nacimiento con adecuados controles prenatales, pero al parecer hubo hipertensión inducida por el embarazo, con parto a las 40 semanas sin complicaciones.
Alimentación: lactancia materna exclusiva hasta los 3 meses de edad y después continuo con leche de la madre, actualmente está recibiendo alimentación por gastrectomía con nestun-frutas licuadas- carne
Desarrollo psicomotor: padre no recuerda a qué edad tuvo sostén cefálico, gateo, camino a los 12 meses a los 15 meses tuvo control de esfínteres estaba cursando kínder hasta nov/05 con adecuado desempeño escolar y social hasta enfermedad que le produjo hipoxia cerebral.

(fl. 35 c. pruebas – 27-junio-06) Antecedentes epidemiológicos: viven en una casa de bareque, con piso de tierra en hacinamiento viven dos familias, la de pte que consta de padres y 2 hermanos menores de edad, y la familia de la tía materna, que consta de esposos y 2 hijos también menores de edad, tiene agua, energía, no cuentan con recolección de basura ni escretos, hay roedores, patos, gatos, perros gallinas.
Antecedentes familiares: abuela materna- HTA y asma
Rxs: no síntomas urinarios ultima deposición 22/06/05

Examen físico: pte en regulares condiciones generales, hemodinamicamente estable, taquicardico
SV: TA: 103/48 X:81, FC: 155xmin, FR: 64xmin T°: 39.4°C se inicia O_2 por ventury con F_1O_2 al 50% 10lt/min con $SaTO_2$: 92%, con O_2 ilegible..: 88%
Mucosas húmedas conjuntivas rosadas, escleras anictericas pupilas anisocoricas, derecha de 5mm, izquierda de 3mm
W: 18Kg
Con traqueostomía funcionante con ↑ secreciones, se aspira

C/P: ruidos cardiacos rítmicos, taquicardicos, no soplos, ambos campos pulmonares con roncos generalizados, crepitos bibasales.
Abd: con castroctomia izq. Blando, depresible, no doloroso p(+), no palpo masas ni megalias
g/u: genitales externos masculinos de aspecto normal en flexión, con llenado capilar 2 seg no edemas
SNC: reacciona a estímulos, se evidencia episodio convulsivo con desviación de mirada a la derecha.
Idx: 1. Neumonía a. aspirativa+ SB obstructiva
2. EMOC 2rio a encéfalopatia hipoxia
3. Sd convulsion 2rio
A/P pte en regular estado general, con compromiso respiratorio importante, marcado manejo de secreciones y cuadros convulsivos desencadenado por fiebre se decide hospitalizar, tomar paraclínicos, se inicia ampicilina- su/bactom, pte valoración por neuropediatria y QX pediátrico
RX Tórax AP- infiltrados paraneumonicos bilaterales para hiliores
XI/27/2006
7:30AM
Edad 5 años
DX 1. SDR B/neumonía + SBronco-obstructivo
2 sindrome convulsivo crónico
3 IMOC ilegible… a encefalopatía hipóxica
Traqueostomia
Gastrostomía
Ilegible… oxigeno con máscara de traqueostomia LEV
(…)
FC: 120 FR:40 SO_2 96 Temp. 38°C ilegible T.A: 97/65 TAM: 68 somnoliento ilegible…
Ojos conjuntivos rosados esclara anictericos
Nariz no aceteo nasal
Boca: mucosa rosada húmeda secreciones sanguinolentas

(Reverso fl. 36 c. pbas)
Junio 27/06
8:30 am
Evolución pediátrica-urgencias
IDX: 1. SDR: bronconeumonía + SMD bronco-obstrucción
2 Sind. Convulsivo crónico
3 IMOC 2° a encefalopatía hipoxia
Traqueostomia
Gastrostomía
Tto: semisentado +O_2 por mascara en traqueostomia ranitidina +metoclopramida + epanim + MNB terbuta + salbutamol+ metoclopramida + dipirona ampi-sulbactum- inicio hoy
Bromuro ipratroplan
Encuentro paciente somnoliento despertable sin signos clínicos de dificultad respiratoria, saturado al 95% con F_1O_2

Existen dos anotaciones de la fecha, en una de ellas se menciona que no hay familiar presente para corroborar lo escrito en la historia, a las 5 y 45 de la tarde

del día 27 de junio de 2006[31] y otra del mismo día en el cual el médico se pregunta si el menor presentó un nuevo episodio de hipoxia y además señala lo siguiente: …"Debe además plantearse el dx de **maltrato ya que ha permanecido solo casi todo el día"**[32]

De lo anteriormente transcrito se tiene que el menor (…), nuevamente presenta NEUMONIA la cual es objeto de tratamiento en nivel IV de complejidad, reseñando en esta historia lo acontecido en el mes de noviembre de 2005, resaltando que el menor presenta convulsiones debido a la fiebre tan alta que padece, es tratado nuevamente con antibióticos y terapia respiratoria. De acuerdo con la historia clínica remitida por el Hospital Universitario del Valle del Cauca, el paciente permaneció durante el mes de febrero de 2006 desde el ingreso de 23 de noviembre de 2005 y que para el mes de febrero de 2006 es remitido a un hospital Nivel I de Santander de Quilichao para el tratamiento final de antibiótico.

7.8. Finalmente, el paciente el día 29 de octubre de 2007 fallece según **REGISTRO CIVIL DE DEFUNCION** presentado por la parte demandante y obrante a folio 206 del cuaderno principal, sin que la historia clínica obrante en el expediente relate el episodio de su muerte (Uno de los testigos aseguró que el menor falleció cuando se encontraba nuevamente hospitalizado).

7.9.-Queja de fecha 10 de enero de 2006 en original, interpuesta por el padre del menor ante la personería municipal de Piendamó, Cauca en la cual da la versión de lo acontecido desde el primer momento que llevó al menor al médico hasta lo acontecido en la ambulancia de traslado desde el Municipio de Piendamó, Cauca, hasta la ciudad de Popayán, así:

"*En el mes de noviembre de 2005, lleve a i hijo (…), de 4 años de edad al hospital de Siberia, porque tiene como diagnóstico bronconeumonía y se enfermó. Allá lo atendieron y le recetaron . Se le empezó a suministrar los medicamentos pero el niño empeoró, y como se agravo traje al niño al hospital de acá de Piendamó. Ese día se encontraba de turno el médico Oswaldo Villaquirán, y me regaño y* ***me dijo que la droga estaba mal suministrada*** *y me mando una receta de la misma droga que le habían formulado antes, pero más brava (sic), y remitió al niño para la casa. Yo pensé que al niño lo iban a hospitalizar porque las enfermeras comentaban entre ellas que como el niño estaba tan mal, era fijo que los hospitalizaban; el* ***niño se encontraba ardido en fiebre****. Me llevé al niño para la casa y continúe dándole la droga que el médico me había recetado acá en Piendamó. El niño después de dos días el niño ya no abría los ojos, ni hablaba ni nada, solo pataleaba (sic) yo volví y lo traje aquí a Piendamó alHospital por urgencias; ese día me atendió otro médico que no se como se llama pero lo puedo identificar. Yo como venía desesperado entré a urgencias y el médico lo tocó y dijo que estaba muy mal, pero que tenía que respetar el turno. Así más o menos a la hora me atendió al niño, lo revisó y lo*

[31] Folio 292 anverso del cuaderno de pruebas # 2.
[32] Folio 293 del cuaderno de pruebas # 2, a folio 294 igualmente se hace la anotación de "Paciente sin acompañante" en la fecha 28 de noviembre de 2006

remitió a Popayán; al niño le colocaron oxígeno para enviarlo en la ambulancia, pero como la pipa no cabía la colocaron acostada y cuando abrieron el oxigeno al niño se le rego el líquido que tenía instalada la pipa de oxígeno, por la boca y por la nariz, por lo cual inmediatamente le quitaron la careta y le botaron el agua y le mermaron a la pipa, y así fue durante todo el camino; es decir el oxígeno que el niño recibía era mínimo. Cuando llegamos a Popayán al hospital, en las afueras del mismo al niño le dio un paro. El niño se puso negro y se empezó a inflar, la enfermera que iba con él se puso a gritar que necesitaba un médico y como la enfermera no hacía nada yo cogí al niño y entre corriendo al hospital, allá los médicos regañaron a la auxiliar y le dijeron que nunca volviera a hacer eso de llevar a un paciente sin oxigeno. Cuando el niño estaba dentro del hospital a los 20 minutos le dio otro paro y los médicos inmediatamente lo atendieron. Actualmente el niño se encuentra hospitalizado en el Hospital Departamental del Valle. Le han hecho dos cirugías una para que pueda respirar y otra para darle alimentación líquida en ambas le colocaron un aparato, uno en la garganta y otro en el estomago. Así lleva el niño dos meses. Los médicos de Cali nos dicen que el niño está así porque no le atendieron la fiebre que le había subido a 40° …… Mi deseo es que los médicos que atendieron a mi hijo acá en Piendamó, y que no tuvieron los cuidados necesarios en su atención, por lo cual se encuentra mal, se los responsabilice de todo cuanto a él le pase. …..”[33]

Obra copia del oficio suscrito por la Trabajadora Social del Hospital Francisco de Paula Santander del Municipio de Santander de Quilichao en el cual solicita ante la Coordinadora del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Zona Norte, la colaboración para que el menor (….), sea ingresado al programa de subsidio económico para apoyar en parte el sostenimiento de éste dada su discapacidad total , se menciona en el texto que (…) padece de unas secuelas irreversibles de encefalopatía hipoxíca – atrofia cerebral debido al paro cardio respiratorio que tuvo por la complicación de una neumonía grave.[34]

7.10. Pruebas testimoniales practicadas en el proceso

Testigos de la unidad familiar y afectación en el núcleo familiar a raíz de lo acontecido con la salud del menor (…).

Declaración realizada por el señor Oscar Hernando Peña Collazos[35] tomada el 23 de octubre de 2007.

“PREGUNTADO: En respuesta anterior manifiesta Usted, ser miembro de la familia de la Señora LILIANA, haga un relato de los hechos ocurridos con el menor (…), los daños sufridos y la causa de los mismos?. CONTESTO: Mi sobrino enfermo y se puso muy grave, mi cuñado LUIS FERNANDO, lo llevó al hospital-de Siberia, tenía fiebre, tos, gripa, no comía, no podía casi respirar, y allá solo le

[33] Folio 124 y 125 del cuaderno principal
[34] Folio 134 del cuaderno principal.
[35]Folio 65 a 67 c pruebas

dieron unas pastillitas, no le mandaron ningún examen o lo dejaron hospitalizado, sino que lo devolvieron para la casa, tenía 4 años de edad, como no hubo-ninguna mejoría al día siguiente mi cuñado se lo llevó para-el Hospital de Piendamo, y allá paso lo mismo, nada de exámenes, solo una droguita y vuelta para la casa, y como seguía - más peor, a los tres o cuatro días se lo lleva otra vez al Hospital de Piendamó, ya respiraba menos, no comía, se puso-muy grave, ese día si como vieron tan grave de una lo remitieron al Hospital San José de Popayán, en una ambulancia, con una enfermera, y en el camino el niño hizo paro respiratorio y como (sic) hiba solo con la enfermera ella no sabía, porque no fueron capaz de mandar un médico, llegando o entrando al Hospital San José tuvo el segundo paro y convulsiono, y desde - día quedo paralitico, no hace nada, todo hay que hacérselo, no escucha, no habla, no camina, no se levanta, esta postrado, en estado vegetal pero todo por culpa de esos médicos que no lo quisieron atender como el necesitaba por grave estado, no le mandaron exámenes, ni siquiera lo quisieron hospitalizar tanto en Siberia como acá en Piendamó, cuando ya lo vieron tan grave lo remitieron pero ya era demasiado tarde, y lo mandan con una enfermera que nada podía hacer, sino hasta mi sobrino se había salvado, digo se había salvado porque él está muerto en vida, no tiene vida propia, tiene que depender de los demás para todo y ya tiene 6 años. ¡PREGUNTADO: Manifieste al Despacho en que aspecto ha cambiado la vida de la familia de (…), lo que se refiere al aspecto sicológico, moral, espiritual. CONTESTO: Pues yo que fuera que un-hijo me quede en ese estado, pues me muero, él niño era el - único hijo hombre que ellos tenían, era muy abispadito, ahora ELLOS VIVEN MUY TRISTES, desesperados, ya no pueden hacer nada y son gente muy pobre, tienen que trabajar mucho porque el niño necesita comidas especiales, cuidados, y ellos lo hacen porque es su hijo, pero todos viven achicoplados tanto tanto los papas como los hermanitos y toda la familia, es un sufrimiento muy duro. PREGUNTADO: Diga al Despacho si tiene Usted, conocimiento si después del incidente el Hospital de Piendamó, y Siberia, han tenido alguna relación, atención o tipo de ayuda con (…) Y SU FAMILIA?. CONTESTO: Que yo sepa nada, que les va a importar, si para ellos que, no pasa - nada, mi hermana la mama del niño es gente pobre, no tienen un trabajo fijo, tienen más hijos, no tienen propiedad, solo trabajan la agricultura para poder medio vivir.(…)"

Declaración rendida por la señora FRADI ESMERALDA ARENAS VELA[36] recepcionada el día 19 de noviembre de 2007.

*"**CONTESTO:si hace unos 12 añosque yo los conozco,** los conozco porque mi **hermano JOSE ARENAS es** el esposo de BERTHA COLLAZOS, quien es la **hermana** de LILIANA COLLAZOS Z fuimos vecinos, nos ayudábamos mucho unos a otros por ese vínculo **de que mi hermano es casado con una** fa**miliar de ellos, LILIANA Y FERNANDO son pareja, tenían tres(3) hijos, tenían digo, porque ahora solo les quedan dos (2) después de ese fatídico accidente, causado por la negligencia de los Hospitales, como SIBERIA, PIENDAMO y POPAYAN, que fue donde nole prestaron la atención suficiente y rápida al niño (…), PREGUNTADA: Sírvase informar al Despacho todo lo que a Usted, le conste con respecto al niño (…), especifique con respecto a su estado de salud y el motivo por el cual fue causado. CONTESTO:** Si hacer más o*

[36] **Folio 69 a 72 c. pruebas**

*menos dos años, a (….) lo llevaron muy enfermo al Hospital de Siberia Cauca, allá solamente le dieron antibióticos, pero no lo dejaron hospitalizado, como siguió enfermo y bastante enfermo lo trajo nuevamente el papá al médico en esta ocasión fue al Hospital de Piendamó, Cauca, tampoco lo dejaron hospitalizado sino que le mandaron remediecitos que nada le hicieron, luego lo trajo otra vez y lo remitieron a Popayán, pero demoraron mucho en mandarlo en la ambulancia, en la ambulancia lo mandaron con el papá, fue mucha la demora, porque a él le dio un paro broncorespiratorio y cuando llegó a Popayán, como estaba tan grave lo remitieron al Hospital de Cali al Departamental, pero el siguió muy enfermo al tal punto que lo tuvieron hospitalizado 8 meses y todo el tiempo estuvo en cuidados intensivos, desde que lo llevaron a Popayán, el entro como en coma, parecía muertico, los padres de él son demasiado pobres, luego en micasa les dimos permiso a los papas de (…), porque lo remitieron al Hospital de Santander de Quilichao, allí estuvo cinco (5) meses y Bienestar Familiar le donaba la leche para el enfermo y para los otros dos niños, porque LILIANA y FERNANDO tenían que estar muy pendiente del niño, como en Santander esta una fábrica llamada Draipers y esta les donaba los pañales, también la familia de Liliana y la de Fernando colaboraron en gran manera, el estado del niño fue consecuencia de la mala atención del hospital, fue pura negligencia, solo tenía cuatro añitos, necesitaba una cánula para poder respirar, en Santander hicimos una campaña y la conseguimos, se le vio un poquito de mejoría, por lo menos tenía buen semblante, y cuando el accidente a él se le quemaron las neuronas, fue un daño cerebral irreversible, el niño quedo paralitico hasta para lo más mínimo dependía de una persona con decirles que hasta para que cerrara los ojitos era necesario hecharle góticas, se convirtió en un completo vegetaldespués de ser un niño tremendo, abispado, normal totalmente pero fue la desatención de los hospitales a los que fue llevado para que le prestaran (sic) atención donde no fueron profesionales. PREGUNTADA: Diga al Despacho, si tiene conocimiento que los Hospitales de Siberia, Piendamó, Popayán, después de ese lamentable incidente, se apersono del estado del niño, si presto un tipo de ayuda a la familia o por el contrario se desentendió del mismo?.CONTESTO:Si colaboraron con el solamente la ambulancia, para transportarlo, de un lado para otro, pero no fue por su propia voluntad sino a raíz de una acción de tutela que coloco el abogado que les lleva el caso, pero ahora en octubre que el niño enfermo llamaron la ambulancia y como estaban en elecciones la ambulancia no pudo llegar y la fiebre la tenía muy alta, la atención debido a esa demora el niño empero, no se pudo hacer nada, a él cada rato le daban fiebres muy altas, aunque ellos se esforzaban mucho por él ósea me refiero a los padres LILIANA Y FERNANDO**, y el niño murió, por eso ya no está con nosotros**. PREGUNTADA: Manifieste al Despacho si sabe y le consta en qué medida el incidente del niño, su estado vegetal, afecto la familia en la parte espiritual, sicológica y demás?. CONTESTO: Claro que afecto la paz y tranquilidad de la familia, ellos eran personas normales, con dificultades como todas las parejas, pero luego eran tristes, aburridos, pensativos a toda hora, además era un niño muy abispado, inquieto era tremendo y luego verlo en ese estado donde no podía valerse por sí mismo, ni ellos los papas podían dejarlo solo debido a ello no podían trabajar, como dije antes dependían de la caridad y buena voluntad de muchos corazones que les bridaron su apoyo. Y ahora ya ni siquiera lo tienen allí para cuidarlo**, pues se murió**. PREGUNTADO: Manifieste al Despacho como es la pareja DE ESPOSOS, si han estado juntos o viven separados, especifique? CONTRESTO: Desde que los conozco viven como toda pareja con altibajos, pero tuvieron sus hijos entre ellos (…), trabajaban antes del incidente, donde les resultara y lo que fuera, pero ahora, no tienen nada, ya no viven en Santander, sino se vinieron a la Vereda LA MARIA con la única esperanza que les resulte algo, porque tienen más hijos y no tienen trabajo, y sobre todo lo duro que acaban de vivir, pues es*

lógico que el dinero no recompensa ni va a aplazar perdón no va a reemplazar a un ser humano, pero en algo compensa el sufrimiento y todo la situación económica, porque ellos todo la enfermedad del niño la pasaron en su compañía sin poder trabajar.(…)"

Las declaraciones recepcionadas en el proceso mediante comisionado dan cuenta de la afectación de la unidad familiar con ocasión de los inconvenientes que presentó en su salud para el mes de noviembre de 2005 y en adelante el menor (…), luego de presentar paro cardio respiratorio cuando fuera trasladados del nivel I al nivel III de complejidad el día 21 de noviembre de 2005, narran los deponentes que los padres del menor son personas pobres, que vivían en el campo y que dejaron sus trabajos y el cuidado de otros hijos menores para trasladarse con su hijo a los diferentes centros hospitalarios del sector y ser atendido de las complicaciones que se le generaron luego, como fue depender de unos elementos extraños a su cuerpo para poder vivir y a repetición eventos de neumonía hasta que en una de esas complicaciones encontrándose hospitalizado falleció.

Observa la Sala que tanto la parte demandante como las demandadas no solicitaron en su oportunidad procesal las declaraciones de los médicos que atendieran para esos días al menor, declaraciones que ilustraran a la Corporación sobre la enfermedad padecida por el paciente antes y del evento de la bronco aspiración y sus correspondientes secuelas. Y sobre el aporte del dictamen pericial rendido por el especialista en pediatría, frente a las preguntas formuladas por las partes no ahonda en información tendiente a establecer la patología inicial que presentó el menor al momento de hacer la primera consulta al Centro hospitalario de Sibería- Caldono Cauca, se limita a señalar que dependiendo del agente oficioso responsable de la neumonía la afectación en el paciente en lo que hace al inicio y evolución de la enfermedad es la que fija la pauta para definir el tratamiento a seguir y en su concepto médico, las actuaciones cumplidas por los médicos tratantes iniciales estuvieron acorde con esa evolución pues se dio inició con los medicamentos que correspondían a esa sintomatología y al no lograrse resultado se cambiaron.

Respecto de ese vació, entonces la Sala acude a la literatura expuesta en internet y en obra escrita sobre lo que significa las infecciones respiratorias agudas IRA- con el anexo de NEUMONIA.

Consultada la página : http://www.enplenitud.com/infecciones-respiratorias-agudas las define asi:

*"Las **infecciones respiratorias agudas (IRA**) son padecimientos infecciosos de las vías respiratorias con evolución menor a 15 días y en ocasiones se convierten en neumonía. Las **infecciones respiratorias agudas** constituyen un importante problema de salud pública, pues resultan con la morbilidad más alta en el mundo.*

La neumonía es la principal complicación de las IRA, responsable de un número significativo de muertes.

Los factores predisponentes más importantes se relacionan con exposición ambiental, datos individuales y sociales.

¿Cuáles son los factores que las causan?

Ambientales

- *acción ambiental dentro o fuera del hogar.*
- *Tabaquismo pasivo.*
- *Deficiente ventilación de la vivienda.*
- *Cambios bruscos de temperatura.*
- *Asistencia a lugares de concentración o públicos.*
- *Contacto con personas enfermas de IRA.*

Individuales

- *Edad. La frecuencia y gravedad son mayores en menores de un año.*
- *Bajo peso al nacimiento.*
- *Ausencia de lactancia materna.*
- *Desnutrición.*
- *Infecciones previas.*
- *Esquema incompleto de vacunación.*
- *Carencia de vitamina A.*

Sociales

- *Hacinamiento.*
- *Piso de tierra en la vivienda.*

Agentes causales de las IRA

En los menores de 5 años, el 95% de los casos de IRA son de origen viral, a las complicaciones otitis media y neumonía se agrega la etiología bacteriana.

Clasificación

Según sus signos y síntomas

IRA sin neumonía *Tos, rinorrea, exudado purulento en faringe, fiebre, Otalgia, otorrea, disfonía y odinofagia.*

IRA con neumonía leve *Se agrega: taquipnea (menores de 2 meses más de 60X', de 2 a 11 meses más de 50 x' y de 1 a 4 años más de 40 x')*

IRA con neumonía grave *Se agrega: aumento de la dificultad respiratoria, tiraje, cianosis y en los menores de 2 meses hipotermia.*

Errores más frecuentes en el diagnóstico de las IRA

- *Inadvertencia de signos tempranos de neumonía*
- *Solicitud excesiva o inadecuada de exámenes de laboratorio*
- *Clasificación equivocada*

Factores de mal pronóstico

Niño menor de dos meses

- *Presencia de alguna inmunodeficiencia*
- *Muerte de un menor de 5 años en la familia*

- *Madre analfabeta o menor de 17 años*
- *Dificultad para el traslado al médico si se agrava el niño*
- *Menor de un año con antecedentes de bajo peso al nacer*
- *Desnutrición moderada o grave.*

Para la atención de IRA, se cuenta con dos planes generales de tratamiento

Plan A

Tratamiento para niños con IRA sin neumonía

- *Incrementar ingesta de líquidos*
- *Mantener la alimentación habitual*
- *No suspender la lactancia al seno materno*
- *Si hay otorrea: limpieza del conducto auditivo externo con mechas de gasa o tela absorbente, tres veces al día. No aplicar gotas óticas.*
- *Control del dolor y el malestar general, con: acetaminofen 60 mg/kg/día por vía oral, divididos en cuatro a seis tomas. No usar ácido-acetil-salicílico o vasoconstrictores nasales*
- *Control de la Tº con medios físicos cuando es menor de 38 °C*
- *No aplicar supositorios para la fiebre, en menores de un año.*
- *No utilizar antitusivos o antihistamínicos*
- *Si existen factores de mal pronóstico, revalorar en 48 h*
- *Instruir a la madre en el reconocimiento de los signos de alarma.*
- *Revisar el esquema de Vacunación del paciente y aplicar las dosis faltantes.*
- *Evaluar el estado nutricional, registrar peso y talla, Cartilla Nacional de Vacunación.*

Antibióticos: pacientes con rinofaringitis, faringitis congestiva, laringitis y bronquitis (no prescribir antibióticos ya que son de origen viral)

- *Pacientes con faringitis purulenta: administrar Penicilina benzatina combinada, para mayores de 30 kg administrar 1.200.000 UI, y en menores de 30 kg 600.000 UI I.M. en dosis única*
- *Otitis media aguda y sinusitis: administrar trimetoprim con sulfametoxasol 8/40 mg/kg/día V.O. en 2 dosis (cada doce horas por siete días o amoxicilina 40 mg/kg/día V.O. en 3 dosis (cada 8 horas) por 10 a 14 días*

Revalorar en 24 h, o antes si se agrava.

El tratamiento de infecciones respiratorias agudas superiores con antibióticos, no previene la neumonía en los niños.

¿CUALES SON LOS SÍNTOMAS DE LA IRA?

Los síntomas y signos más frecuentes de la IRA son:

- *Tos*
- *Rinorrea (secreción nasal)*
- *Nariz tupida*
- *Fiebre*
- *Dolor de garganta*
- *Dolor de oído*
- *Cuando se agrava puede presentarse la respiración rápida o dificultad para respirar.*

CUIDADOS DEL NIÑO CON IRA EN EL HOGAR

- *Debe beber más líquidos*
- *Continuar con su alimentación normal en pequeñas porciones y en un mayor número de veces al día.*
- *Limpiar el moco de las fosas nasales.*
- *Abrigarlo y mantenerlo seco.*
- *Reconocer los signos de ALARMA cuando el niño empeora (la tos es más frecuente, la fiebre no baja y respira rápido).*
- *Vigilar y en caso necesario, orientar a la familia sobre la alimentación adecuada y otras medidas que contribuyan a corregir el estado nutricional del niño.*
- *Cumplir con el control del crecimiento y desarrollo del niño sano en el establecimiento de salud.*
- *NO DARLE MEDICINAS SIN INDICACION DEL MEDICO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.*

SIGNOS DE PELIGRO

Si tu niña o niño tiene alguno de estos síntomas o signos:

- *Respira rápido y se le hunde el pechito por debajo de las costillas.*
- *No puede tomar el pecho o beber líquidos.*
- *Tiene tos persistente.*
- *Tiene fiebre alta"*

En la misma página de internet se encontró la definición de lo que es NEUMONIA:

Neumonía
Definición
Infección aguda del parénquima pulmonar con signos clínicos de ocupación alveolar y radiológica de opacidad, sin pérdida de volumen, de localización única o múltiple.43 Se reserva el nombre de neumonía multifocal o bronconeumonía al cuadro con múltiples imágenes de opacidad radiológica, generalmente mal definidas, sin límites segmentarios, acompañado de grave estado general del paciente.
Epidemiología
Los virus son los responsables más frecuentes de neumonías en menores de 1 año. Entre las bacterias, Streptococcus pneumoniae y Haemophilus influenzae tipo b son las más frecuentemente aisladas. En el recién nacido (menor de 1 mes) se deberá tener en cuenta la posibilidad de Streptococcus grupo B, enterobacterias y Staphylococcus aureus. A partir de los 3 años de edad el Mycoplasma pneumoniae comienza a aumentar su prevalencia. Es de destacar que la incorporación de la vacunación contra Haemophilus influenza B al calendario oficial ha hecho que la prevalencia de microorganismo haya disminuido muy significativamente.

A pesar de que los virus son los agentes etiológicos más frecuentes, cuando no se pueda descartar la infección bacteriana, sola o asociada, los cuadros serán tratados como presumiblemente bacterianos.

Cuadro clínico
Se deberá valorar:
•Semiología del aparato respiratorio (síndrome de condensación, eventualmente derrame).
• Compromiso del estado general.
• Signos y síntomas acompañantes (dolor abdominal, exantema, etc.).
• Importante: Tos, taquipnea, tiraje y fiebre son los indicadores más fieles de neumonía, por lo que se debe remarcar la importancia de su presencia.

Exámenes complementarios
• Hemograma: Es de limitado valor. La leucocitosis y la desviación a la izquierda de la fórmula leucocitaria pueden asociarse a infección bacteriana.
La leucopenia es signo de gravedad.
• Reactantes de fase aguda: Tanto la velocidad de eritrosedimentación (VSG) como la proteína C reactiva (PCR), aunque son indicadores de infección, no son concluyentes para diferenciar infecciones bacterianas de virales.

• Radiología: La radiografía de tórax es necesaria para el correcto diagnóstico y seguimiento de las neumonías. Brinda noción de ubicación topográfica, magnitud lesión al y evolutividad secuencial. Su valor para la aproximación al diagnóstico etiológico es limitado. La imagen más típica corresponde a opacidades homogéneas lobares o segmentarias; sin embargo, la presencia de infiltrados reticulares difusos no descarta el diagnóstico de neumonía. Se pedirá radiografía de tórax de frente; el estudio de perfil sólo se solicitará en caso de duda diagnóstica.
Los estudios radiológicos se efectuarán al ingreso y una vez finalizado el tratamiento para verificar la ausencia de secuelas; se debe recordar que la imagen radiológica puede persistir alterada mucho tiempo(30 días) a pesar de una evolución clínica favorable. Cuando la evolución sea desfavorable se indicarán estudios adicionales.
Pese a la importancia del estudio radiológico, la dificultad en obtenerlo nunca deberá retrasar el inicio del tratamiento antibiótico.

• Pesquisa etiológica: No es necesaria en pacientes ambulatorios sin complicaciones; está indicada en pacientes que requieran internación. Se debe recordar que, en el mejor de los casos, la posibilidad de efectuar diagnóstico etiológico es limitada (30-40%). Las técnicas de diagnóstico etiológico incluyen inmunofluorescencia en aspiradonasofaríngeo (virus), hemocultivo y pesquisa de antígenos (bacterias) y serología (micoplasmas y clamidias).

Los procedimientos invasivos (lavado broncoalveolar, punción transtraqueal y con aguja fina y biopsia a cielo abierto) sólo están indicados en situaciones excepcionales.

(...) La magnitud de la incapacidad ventilatoria puede hacer necesario fraccionar la alimentación o incluso suspender el aporte oral (cuando la frecuencia respiratoria supere 60 por minuto). En algunos casos se podrá recurrir al uso de sonda nasogástrica u orogástrica.

Antitérmicos: Cuando corresponda podrán emplearse antitérmicos como el paracetamol (30-50 mg/kg/día, en 3 a 4 dosis).

Kinesioterapia: Habitualmente es suficiente con recomendar a los padres, cuando sea necesario, mantener la vía aérea superior permeable mediante la aspiración de las secreciones y, eventualmente, mantener al paciente en posición semisentada para favorecer la mecánica respiratoria. Para los que requieran internación rigen las mismas recomendaciones, que serán implementadas por el personal de enfermería.

La aplicación de kinesioterapia no suele ser necesaria en los pacientes con neumonía y menos aún en los ambulatorios.
(…)
Tratamiento antibiótico Pese a la alta prevalencia de infección viral en niños con neumonía, cuando no se puede descartar la etiología bacteriana se debe instituir tratamiento antibiótico.

Tratamiento empírico inicial: Este implica el empleo de determinados antibióticos de acuerdo con el germen que se sospeche. Se basa en la prevalencia de diversos agentes patógenos según elementos epidemiológicos o clínicos.

En los pacientes ambulatorios sólo se modificará si la evolución es desfavorable. En los que requieran internación se modificará o no, además, de acuerdo con el resultado de la pesquisa etiológica (Tabla 5). Se indicará amoxicilina 80-100 mg/kg/día (oral) en tres dosis, durante 10 días. Como alternativa podrá emplearse ampicilina 200 mg/kg/día (oral) en cuatro dosis, lejos de lascomidas, durante 10 días. Este esquema se aplicará en pacientes.

Definición encontrada en la misma página de BROCOASPIRACION.

Bronco-aspiración

Es el paso de sustancias de la faringe a la tráquea. Las sustancias aspiradas pueden provenir del estómago, el esófago, la boca o la nariz.

Las sustancias involucradas pueden ser comida o cuerpos extraños, o líquidos, como la sangre, saliva o los contenidos gastrointestinales.

La aspiración de contenidos gástricos puede producirse por vómitos, que consisten en una propulsión activa del estómago hacia el esófago, o por regurgitación, que es el flujo pasivo de sustancias a lo largo de la misma vía.

Puede ocurrir en una persona inconsciente o en un bebé, cuando sobreviene un vómito o regurgitación, la comida queda acumulada en la boca y es llevada hacia los bronquios al momento de aspirar, lo que obstruye las vías respiratorias.

Etiología (Causas y factores de riesgo)

La broncoaspiración puede presentarse como consecuencia de padecimientos que dejen al enfermo en un estado de inconsciencia o incapaz de moverse.

También suele ocurrir con los bebés, o con los niños pequeños, ya que comúnmente se llevan a la boca todo objeto que encuentran a la mano. Sobre todo cuando se trata de cosas pequeñas que pueden obstruir las vías respiratorias y provocar asfixia en caso de no ser expulsadas a tiempo.

Manifestaciones clínicas (signos y sintomas)

Los síntomas de la broncoaspiración son similares a los de una obstrucción de vías respiratorias:

- *Dificultad para respirar*
- *Crisis de tos*
- *Estridor (ruido al respirar)*
- *Disfonía (cambios en el timbre o intensidad de la voz)*
- *Cianosis (coloración amoratada de la piel)*
- *Pérdida del conocimiento*

Tratamiento

Lo mejor en un caso de broncoaspiración es extraer el objeto o sustancia que obstruye las vías respiratorias por medio de maniobras de primeros auxilios.

Si éste no se libera con facilidad, es posible que sea necesaria una traqueotomía, que solo se recomienda hacerse por una persona adiestrada como un médico cirujano.

Por lo tanto, dependiendo de la gravedad de la situación puede ser necesario llamar a un servicio de emergencia o acudir al médico inmediatamente y seguir al pie de la letra sus indicaciones.

Prevención

En el caso de los bebés, se sugiere dormirlos boca abajo o de lado; consulte con el pediatra la mejor postura para acostarlo. Y en el momento de amamantarlo, es recomendable colocar al bebé semisentado y sujeto al regazo.

Si se trata de niños pequeños que pueden desplazarse por sí solos, la prevención de accidentes es indispensable, lo mejor es vigilar que no se lleven objetos pequeños a la boca, poniéndolos fuera de su alcance en lo posible.

Otra medida preventiva, es estar preparados para una eventualidad tomando cursos de primeros auxilios con profesionales calificados.

Con las pruebas arriba relacionadas se procede a hacer el análisis de la situación planteada y establecer si en efecto la parte demandante probó la existencia de la falla en el servicio médico asistencial, esto es los tres elementos que la componen: : i. La falla propiamente dicha, ii. El daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y ésta o si por el contrario la parte demandada demostró haber prestado el servicio médico – hospitalario de manera oportuna y eficiente.

8. De las pruebas arriba relacionadas se pasar a establecer si se encuentran probados los elementos de la responsabilidad en el servicio Médico asistencial, así:

8.1. El Daño:

Este elemento se encuentra probado con la complicación que tenía el menor (…) en su salud que fue deteriorándose en un término muy corto a partir del momento en que consultó por primera vez el día 15 de noviembre de 2005 al día 21 de noviembre del mismo año, cuando se decide la remisión a un nivel superior de complejidad.

Es un daño antijurídico aquel al cual no se está obligado a soportar que para el caso del menor (…) devino en que su estado de salud se deterioró aún más pese al diagnóstico y formulación de los medicamentos, cuando se omitió dar la oportunidad al paciente de recibir atención intrahospitalaria y de no solucionarse su enfermedad en tiempo, haber hecho la remisión al nivel de complejidad que correspondía esto sí de manera oportuna.

8.2. LA FALLA EN EL SERVICIO

Para establecer la existencia de Falla en el servicio, la Sala abordará este requisito desde dos aspectos: Uno: desde la conducta de los padres y dos desde la conducta de la institución hospitalaria. La primera: Se puede establecer según lo consignado en la historia clínica del paciente que el menor (…), tenía la sintomatología desde hacía más de ocho (8) días, lo que indica que la consulta al médico se hizo tardíamente. Y la segunda que la institución hospitalaria a la cual se dirigió en la fecha 15 de noviembre no documentó cuál fue la evolución de los síntomas del menor para decidir su salida, es decir se carece de información suficiente la cual correspondía según las normas que regulan la historia clínica consignar en ella, no aparece igualmente consignado si a los padres del menor se les instruyó sobre signos de alarma para regresar oportunamente a consultar, una segunda oportunidad en que se regresa a consulta por parte de los padres del niño esto es el día 18 de noviembre, ante la no mejoría del menor, en el cual persiste la fiebre y las tos emetizante se reformulan otro tipo de medicamentos que al igual que los primeros estaban destinados a la infección y síntomas de la enfermedad, no se consigna qué recomendaciones se hizo por parte del cuerpo médico a los padres y revela por el contrario, que la evaluación hecha al paciente no fue lo suficientemente profunda cuando el documento diligenciado parcialmente y con inconsistencias denominado AEIPI sólo se indicó volver en tres (3) días. A lo anterior debe agregarse que en la queja que presentara el padre del menor, el día 10 de enero de 2006 ante la Personería de Piendamó, Cauca él manifiesta que el médico que atendió a su hijo la segunda vez esto es el día 18 de noviembre de 2005 lo regañó por que le dijo que “la droga estaba mal suministrada”, lo que hace inferir a la Sala que faltó información e instrucción de parte de los médicos hacía el padre o padres del menor FALLECIDO, lo cual de ninguna manera significa que los padres dejen de tener responsabilidad en los hechos, en razón a que ellos

dejaron de llevar al menor de cuatro (4) años al médico una vez presentara los primeros síntomas del IRA-N. Se pregunta la Sala en este momento: ¿Debió dejarse en esa segunda oportunidad hospitalizado al menor (…) para recibir el tratamiento medicamentoso en ese lugar y no en su casa? Si se hubiere llenado la información completa en el documento AEIPI, es decir si se hubiere indagado más sobre el estado de salud del menor y el tiempo de evolución de la enfermedad, a pesar del tratamiento iniciado el día 15 de noviembre y su no mejoría, la respuesta es positiva, pues se estaba en presencia de una enfermedad con evolución in- satisfactoria pese a que el tratamiento ordenado era el procedente, antes lo que se observa de la secuencia en el tiempo es que la salud del menor empeoró. Para lo anterior considera la Sala es importante mencionar en la presente providencia el concepto de la ESTRATEGIA AEIPI y el fin de implementarla para el año 2005, según se infiere del formato utilizado en el Hospital Nivel I de Piendamó, Cauca, para el año en mención.

La **AIEPI** significa su sigla Atención Integrada en las Enfermedades Prevalentes en la Infancia y es un enfoque integrado de la salud infantil que se centra en el bienestar general del niño. Su finalidad es reducir la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad en los niños menores de cinco años, así como promover su mejor crecimiento y desarrollo. La estrategia abarca componentes preventivos y curativos para su aplicación tanto por las familias y las comunidades como por los servicios sanitarios.

La **AIEPI** abarca tres componentes principales:

- Mejora de la formación del personal sanitario en el tratamiento de casos
- Mejora general de los sistemas de salud
- Mejora de las prácticas sanitarias en las familias y comunidades.

En los centros sanitarios, la AIEPI promueve el diagnóstico correcto de las enfermedades de los niños no hospitalizados, vela por el tratamiento combinado apropiado de todas las enfermedades principales, refuerza la prestación de asesoramiento a los dispensadores de atención y acelera la derivación de los niños con enfermedades graves. En los hogares, promueve comportamientos apropiados cuando se necesita asistencia sanitaria, así como la mejora de la nutrición, la atención preventiva y la aplicación correcta del tratamiento prescrito.

Este programa se ha adoptado en varios países del mundo, incluido Colombia y su utilidad se indica en los siguientes aspectos:

- Para la promoción de una vida sana.
- Para la prevención de enfermedades (con vacunas, evaluación de la alimentación, buena alimentación, uso de micronutrientes como hierro, victamina A, zin control del crecimiento y desarrollo.
- Para la detección precoz y tratamiento efectivo de las enfermedades más frecuentes prevalentes (Problemas perinatales, neumonía, diarrea, malaria, desnutrición o anemia entre otros.
- Mejora en la salud y nutrición de los niños y reducción de su mortalidad.

Se agrega a lo anterior que la NEUMONIA, está calificada como una enfermedad de interés en salud pública, según se establece en el Acuerdo # 177 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud que hace parte de la Resolución 412 de 2000, "*Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública"*

Se menciona entre las siguientes:
a. Bajo peso al nacer
b. Alteraciones asociadas a la nutrición (Desnutrición proteico calórica y obesidad)
c. Infección Respiratoria Aguda (menores de cinco años)
Alta: Otitis media, Faringitis estreptococcica, laringotraqueitis.
Baja: Bronconeumonía, bronquiolitis, ***neumonía.***
d. Enfermedad Diarreica Aguda / Cólera
e. Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar
f. Meningitis Meningocóccica
g. Asma Bronquial
h. Síndrome convulsivo
i. Fiebre reumática
j. Vicios de refracción, Estrabismo, Cataratas.
k. Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocóccica, Sífilis, VIH/SIDA)
l. Hipertensión arterial
m. Hipertensión arterial y Hemorragias asociadas al embarazo
n. Menor y Mujer Maltratados
o. Diabetes Juvenil y del Adulto
p. Lesiones preneoplasicas de cuello uterino
q. Lepra
r. Malaria
s. Dengue
t. Leishmaniasis cutánea y visceral
u. Fiebre Amarilla"

La detección temprana de ellas, facilitan un tratamiento pronto, oportuno, la reducción de su duración y el daño causado e igualmente evitar secuelas, incapacidad y muerte.

Se concluye entonces que existió falla en el servicio médico hospitalario en tanto que el paciente no presentó mejoría en su segunda consulta debió la entidad hospitalizar para hacer un tratamiento intra-hospitalario y el seguimiento respectivo a su caso y de haberse requerido su traslado a nivel superior de complejidad, sin demora alguna haberlo así dispuesto.

De acuerdo con lo expuesto, se establece que la pérdida de oportunidad evidenciada en ese segundo momento de la consulta del 18 de noviembre de 2005, constituye el daño antijurídico.

Respecto de lo que se señala en la demanda del traslado de paciente en la ambulancia en compañía de un médico, para que este hubiere sorteado el episodio de bronco-aspiración que tuvo el paciente, no se demostró en el proceso que ello constituyera una obligación de parte del hospital nivel I, tampoco se demostró que la entubación orotraqueal fuera un procedimiento realizable en el nivel I de complejidad.

8. 3. EL NEXO CAUSAL

Analizado los dos elementos de la responsabilidad bajo la teoría de falla en el servicio médico – hospitalario, se pasa a establecer si existe nexo causal entre ese daño y la omisión de la entidad hospitalaria de haber brindado un tratamiento atinente al padecimiento del paciente.

Debe decir la Sala que en el presente caso el nexo causal está demostrado así: La pérdida de oportunidad para atender al menor (…) en el hospital nivel I y buscar restablecer su salud se explica con la conducta omisiva asumida por la entidad hospitalaria del municipio de Caldono y del Municipio de Piendamó, inicialmente de haber realizado una valoración exhaustiva del paciente y haber sopesado el internamiento de éste para aplicar el tratamiento formulado dado que extramuralmente no había tenido resultado. En ese sentido, se encuentra probado el nexo causal entre el daño – pérdida de oportunidad y la conducta omisiva de la entidades de salud que en principio hicieron la valoración y diagnóstico del menor.

8.4. LA CONCURRENCIA DE CULPAS-

Ahora bien debe la Sala establecer qué peso o participación tuvo la conducta omisiva de los padres frente a su hijo menor, al igual que las anotaciones hechas en la historia clínica de su no presencia permanente de alguno de ellos o de los dos cuando fuere hospitalizado en el nivel IV de complejidad.

En lo consignado en la historia clínica del menor fallecido, se tiene que él fue llevado por su padre con 8 días de evolución de la enfermedad por presentar fiebre y tos emetizante, es decir que esos días que transcurrieron sin tratamiento médico fueron significativos para la evolución de la enfermedad que desde el primer momento se diagnóstico como IRA - N[37] y que se complicó con el transcurrir del tiempo, pero igualmente aparece otro dato consignado para el día 21 de noviembre de 2005, de 15 días, tiempo de evolución de la enfermedad que

[37] **Así aparece anotado en el formato de atención de urgencias de la Unidad Nivel I de Caldono, Cauca, folio 4 del cuaderno principal.**

incidió en su resultado final, está demostrado dentro del proceso que en el tiempo de evolución que tuvo la enfermedad que fue tórpida, los padres en más de una ocasión dejaron al menor sólo en el hospital e incluso en una oportunidad el requerimiento de información sobre el niño lo dio una madre sustituta, sin que en el proceso se establezca la razón por la cual el menor (…) permaneció temporalmente sólo y asistido en una de las consultas por una madre sustituta. Todo lo anterior hace que la entidad no sea totalmente responsable del daño antijurídico sino en un 50% pues el otro 50% se hace responsable a los padres del menor se repite en tanto no acudieron con éste oportunamente a consulta y en algunas oportunidades de su internamiento hospitalario, lo dejaron sólo.

El 50% que corresponde a la entidad demandada asumir la responsabilidad en los hechos debe cuantificarse el perjuicio reclamado esto es establecer de ser posible con datos estadísticos y científicos y en su ausencia acudir a razones de equidad el chance u oportunidad de recuperar su salud y sobrevivir a la enfermedad padecida.

9. LOS PERJUICIOS

Solicitan los actores el reconocimiento de perjuicios morales y materiales así:

9.1. Por perjuicios morales: Piden los actores les sea reconocido la cantidad de Cien (100) Salarios Mínimos Legales Mensuales para cada uno de ellos, por las lesiones que se le causó al menor (…) que se evidencia en el dolor que les causó la falta de responsabilidad de la entidad de salud en suministrar la atención requerida oportunamente.

Para tal efecto los actores demostraron la legitimación por activa con las respectivas copias de registro civil de nacimiento así:

(…), afectado por la falla en la prestación del servicio médico, se consigna que es hijo de LILIANA PEÑA COLLAZOS Y LUIS FERNANDO GRAJALES JIMENEZ (Folio 129 C.PPL).

DIANA ALEJANDRA GRAJALES PEÑA, quien invoca la calidad de hermana de la víctima y en la copia del registro civil se consigna ser hija de LILIANA PEÑA COLLAZOS Y LUIS FERNANDO GRAJALES JIMENEZ (Folio 131 C. PPL).

DUBER SANTIAGO GRAJALES PEÑA, quien invoca la calidad de hermano de la víctima igualmente se consigna en el documento ser hijo de LILIANA PEÑA COLLAZOS Y LUIS FERNANDO GRAJALES JIMENEZ, (Folio 130 C. PPL).

Acreditada entonces la legitimidad en la causa de los demandantes, con el parentesco que, unido a las reglas de la experiencia, permite inferir el dolor moral que éstos sufrieron como consecuencia de la pérdida de oportunidad que le restó

posibilidades de recuperación al menor (…), es procedente el reconocimiento del perjuicio moral.

Ahora bien, tal y como queda reseñado de las pruebas recogidas en el proceso no se cuenta con datos estadísticos de mortalidad o morbilidad de la enfermedad al igual que se carece del conocimiento directo que hubieren dado los médicos tratantes del paciente con criterio científico y en lo que respecta al dictamen pericial ni el magistrado conductor del proceso ni las partes formularon cuestionario sobre este aspecto de la enfermedad padecida por el paciente (….), ha de decir la Sala que el reconocimiento del monto del perjuicio moral se hace con base en el criterio de la equidad.

Bajo la anterior consideración se reconocerá para los demandantes las siguientes cantidades:

- Para los padres del menor LILIANA PEÑA COLLAZOS Y LUIS FERNANDO GRAJALES JIMENEZ, la suma equivalente a 50 salarios mínimos legales mensuales vigentes para cada uno de ellos, que por la compensación de culpas queda en la suma equivalente a 25 Salarios mínimos legales mensuales vigentes para cada uno de ellos.

- Para los hermanos DIANA ALEJANDRA GRAJALES PEÑA Y DUBER SANTIAGO GRAJALES PEÑA, la suma equivalente a 25 Salarios mínimos Legales Mensuales Vigentes, para cada uno de ellos, condena que ha de rebajarse en un 50% por la compensación de culpas, queda en 12.5 . Salarios mínimos Legales Mensuales Vigentes, para cada uno de ellos.

- A favor de la sucesión que se adelante en nombre del menor (…) (q.e.p.d.) se reconoce la suma equivalente a 50 Salarios mínimos legales mensuales vigentes, que por la compensación queda el reconocimiento en 25 Salarios mínimos legales mensuales Vigentes.

9.2. Perjuicios materiales:

Solicita la parte demandante le sea reconocido a favor de (….) (q.e.p.d.) la suma equivalente a TRESCIENTOS CINCUENTA MILLONES DE PESOS ($ 350.000.000) por concepto de lucro cesante, si se tiene en cuenta que el menor tenía 4 años de edad y por el término de vida probable. Habrá de decir la Sala que no es procedente la pretensión de indemnización por lucro cesante habida cuenta que el daño antijurídico no es el estado vegetativo que tuvo y posteriormente su muerte, sino la pérdida del chance u oportunidad de sobrevivir y recuperar su salud.

Pide además indemnización por concepto de daño emergente cuantificado en la suma de DIEZ MILLONES DE PESOS ($10´000.000) que afirma fueron los gastos solventados por los actores para la compra de medicamentos, transporte,

arrendamiento de inmueble en la ciudad de Santander de Quilichao. Revisado el proceso no se acredita tal causación por lo tanto no procede su reconocimiento y pago.

10. Costas.

Habida cuenta de que el artículo 55 de la ley 446 de 1998 indica que sólo hay lugar a la imposición de costas cuando alguna de las partes hubiere actuado temerariamente y, en el *sub lite*, ninguna actuó de esa forma, en el presente asunto no habrá lugar a imponerla

II. DECISIÓN:

Por lo expuesto, el TRIBUNAL CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DEL CAUCA, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

FALLA

PRIMERO: DECLARAR administrativamente responsable al **DEPARTAMENTO DEL CAUCA,** de los perjuicios causados por la pérdida de la oportunidad ocasionada al menor (….), cuando recibió atención médica en el Hospital Nivel I Caldono – Hospital Nivel I Piendamó, para los días 15 y 18 de noviembre del año 2005, de conformidad con lo expuesto.

SEGUNDO: Como consecuencia de lo anterior, **CONDENAR** al **DEPARTAMENTO DEL CAUCA** a pagar a los demandantes, las siguientes sumas de dinero por concepto de perjuicios a ellos irrogados:

Por concepto de perjuicios morales:

A. A favor de los padres del menor, LILIANA PEÑA COLLAZOS Y LUIS FERNANDO GRAJALES JIMENEZ, la suma equivalente a 25 Salarios mínimos legales mensuales vigentes, que corresponden a DIECISEIS MILLONES CIENTO OCHO MIL SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($16.108.750) para cada uno de ellos.

B. A favor de los hermanos del menor, DIANA ALEJANDRA GRAJALES PEÑA Y DUBER SANTIAGO GRAJALES PEÑA, la suma equivalente a 12.5 Salarios

mínimos Legales Mensuales Vigentes, que corresponden a OCHO MILLONES CINCUENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS ($8.054.375) para cada uno de ellos.

C. A favor de la sucesión que se adelante por la muerte del menor (…), la suma equivalente a 25 Salarios mínimos legales mensuales vigentes, que corresponden a DIECISEIS MILLONES CIENTO OCHO MIL SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($ 16.108.750).

TERCERO: NEGAR las demás pretensiones de la demanda.

CUARTO: Sin condena en costas.

QUINTO: Por secretaría liquídense los gastos del proceso.

SEXTO: Ejecutoriada la presente providencia, por secretaría, archívese el proceso.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Se hace constar que el proyecto de esta providencia fue considerado y aprobado por el Tribunal en sesión de la fecha.

Los Magistrados:

MAGNOLIA CORTÉS CARDOZO

TULIO ENRIQUE MOSQUERA GUEVARA **GLORIA MILENA PAREDES ROJAS**