



Rama Judicial

República de Colombia

JUZGADO SEXTO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE IBAGUÉ

Ibagué, ocho (8) de mayo de dos mil veinte (2020)

RADICADO	73001-33-33-753-2015-00079-00
MEDIO DE CONTROL:	REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTE:	DIANA CONSTANZA PULIDO SÁNCHEZ y OTROS
DEMANDADO:	NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA – POLICIA NACIONAL Y OTRO
ASUNTO:	FALLA EN EL SERVICIO

I. ANTECEDENTES

Surtido el trámite legal y de conformidad con lo establecido en el artículo 179 y 187, del C.P.A.C.A., se procede a dictar sentencia en el proceso que en ejercicio del medio de control de reparación directa promovieron los señores **DIANA CONSTANZA PULIDO SÁNCHEZ, OSCAR ENRIQUE FORERO ORTÍZ, YUDI VANESSA FORERO PULIDO, OSCAR STIVEN FORERO PULIDO, SOL MARIA ORTÍZ DE FORERO, FERNANDO ANTONIO PULIDO GARCÍA, MARIA GILMA SÁNCHEZ DE PULIDO, FERNANDO ANTONIO PULIDO SÁNCHEZ, CIELO ESPERANZA PULIDO SÁNCHEZ, ERNESTINA PULIDO SÁNCHEZ, GLORIA AMPARO PULIDO SÁNCHEZ, ELIANA PULIDO SÁNCHEZ, SOL MARIA FORERO ORTÍZ, ISIDRO FORERO ORTÍZ, FERNANDO LEON FORERO ORTÍZ** en contra de **LA NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA – POLICIA NACIONAL y el HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA.**

1. PRETENSIONES

1.1 DECLARAR que la **NACIÓN, MINISTERIO DE DEFENSA, POLICIA NACIONAL y HOSPITAL FEDERICO LLERAS** son administrativamente responsables de la totalidad de los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales causados a los demandantes por el mal manejo propedéutico y administrativo prestado a la menor **DIANA LIZETH FORERO PULIDO**, lo que ocasionó graves padecimientos físicos, emocionales y su posterior fallecimiento.

1.2. Que como consecuencia de lo anterior, se condene a las demandadas a pagar a cada uno de los accionantes las siguientes cantidades de dinero:

1.2.1. DAÑOS MORALES POR LOS PADECIMIENTOS Y LA POSTERIOR MUERTE DE LA MENOR DIANA LIZETH FORERO PULIDO.

Solicita el reconocimiento y pago en el equivalente en salarios mínimos legales mensuales vigentes, a la fecha de ejecutoria de la sentencia y/o conciliación si la hubiere, de las siguientes sumas de dinero:

DEMANDANTE	PARENTESCO	SMLMV	VLR/PESOS
DIANA CONSTANZA PULIDO SANCHEZ	MADRE y LESIONADA	100	\$64.435.000.00
OSCAR ENRIQUE FORERO ORTIZ	PADRE Y LESIONADO	100	\$64.435.000.00
YUDY VANESSA FORERO PULIDO	HERMANA	100	\$64.435.000.00
OSCAR STIVEN FORERO PULIDO	HERMANO	100	\$64.435.000.00
SOL MARIA ORTIZ DE FORERO	ABUELA	100	\$64.435.000.00
MARIA GILMA SANCHEZ DE PULIDO	ABUELA	100	\$64.435.000.00
FERNANDO ANTONIO PULIDO GARCIA	ABUELO	100	\$64.435.000.00
FERNANDO ANTONIO PULIDO S	TIO	100	\$64.435.000.00
CIELO ESPERANZA PULIDO SANCHEZ	TIA	100	\$64.435.000.00
ERNESTINA PULIDO SANCHEZ	TIA	100	\$64.435.000.00
GLORIA AMPARO PULIDO SANCHEZ	TIA	100	\$64.435.000.00
ELIANA PULIDO SANCHEZ	TIA	100	\$64.435.000.00
SOL MARIA FORERO ORTIZ	TIA	100	\$64.435.000.00
ISIDRO FORERO ORTIZ	TIO	100	\$64.435.000.00
FERNANDO LEON FORERO ORTIZ	TIO	100	\$64.435.000.00
TOTALES		1500	\$966.525.000.00

Los perjuicios morales suman un total de mil quinientos salarios mínimos mensuales vigentes, que equivalen aproximadamente a la suma de **novecientos sesenta y seis millones quinientos veinticinco mil pesos moneda corriente (\$966.525.000.00)**.

1.2.2. DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN POR EL FALLECIMIENTO DE LA MENOR DIANA LIZETH FORERO PULIDO

Las entidades demandadas deben cancelar **perjuicios por la alteración grave de las condiciones de existencia** – daño a la vida de relación - a la señora **DIANA CONSTANZA PULIDO SANCHEZ**, al señor **OSCAR ENRIQUE FORERO ORTIZ**, al menor **OSCAR STIVEN FORERO PULIDO**, a la menor **YUDY VANESSA FORERO PULIDO**, a **MARIA GILMA SÁNCHEZ DE PULIDO**, al señor **FERNANDO ANTONIO PULIDO GARCÍA**, al señor **FERNANDO ANTONIO PULIDO SÁNCHEZ**, a la señora **CIELO ESPERANZA PULIDO SÁNCHEZ**, a la señora **ERNESTINA PULIDO SÁNCHEZ**, a la señora **GLORIA AMPARO PULIDO SÁNCHEZ**, a la señora **ELIANA PULIDO SÁNCHEZ**, a la señora **SOL MARIA FORERO ORTÍZ**, al señor **ISIDRO FORERO ORTÍZ**, al señor **FERNANDO LEÓN FORERO ORTÍZ**, el equivalente a **CIEN (100)** salarios mínimos mensuales legales vigentes para cada uno de ellos.

Estos valores indemnizatorios deberán ser actualizados al momento de la sentencia, para compensar la pérdida del valor del poder adquisitivo constante de la Moneda Colombiana conforme a la Ley y la jurisprudencia del Honorable Consejo de Estado.

1.3. Que la **NACIÓN COLOMBIANA, MINISTERIO DE DEFENSA, POLICIA NACIONAL** y el **HOSPITAL FEDERICO LLERAS**, den cumplimiento a la sentencia y/o conciliación si la hubiere, en los términos establecidos en la ley.

2. HECHOS

Como fundamento de las anteriores pretensiones, el apoderado judicial de los demandantes puso de presente los siguientes **hechos**:

2.1. Que la menor fallecida **DIANA LIZETH FORERO PULIDO (Q.E.P.D.)**, se encontraba afiliada en calidad de beneficiaria del servicio de salud a la “SECCIONAL DE SANIDAD DEL TOLIMA” de la Policía Nacional.

2.2. Que el 30 de octubre de 2009, la menor es atendida en la Dirección de Sanidad de la Policía, por presentar calambres en las piernas, masas en piernas de 4 meses de evolución con eritema, acompañada de dolores en miembros inferiores. Se registra en la historia clínica entre otras cosas: *“paciente con obesidad mórbida, con manifestaciones de enfermedad de origen metabólico como DM Hipotiroidismo, se solicita hemograma, gluco pre y post, parcial de orina, TSH y T3....diagnósticos: celulitis de otros sitios, diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación, otros tipos de obesidad e hipotiroidismo no especificado”*. La paciente es remitida al servicio de nutrición.

2.3. Que el 5 de noviembre de 2009, la menor es atendida por medicina general de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional y determinan: *“paciente con obesidad mórbida se continúa con pautas nutricionales paraclínicos insulín a pre y post elevados...con TSH y T3 normales hemograma normal, parcial de orina con flujo abundante S/S gluco pre y post....diagnósticos: Otros tipos de obesidad”*.

2.4. Que el 10 de noviembre de 2009, se efectúan exámenes en el LABORATORIO CLINICO CENTRAL LTDA, y el 11 de noviembre de 2009, asiste a consulta general y en la historia clínica se registra entre otras cosas: *“Paciente con forunculosis en TTO con doxicilina.....sin embargo paciente refiere tos y malestar general posterior a doxicilina se da tratamiento... se cambia medicación por dicloxacilina 500 mg...loratadina...gentamicina...”*. Se ordenan laboratorios

2.5. Que el 8 de marzo de 2010, la menor **DIANA LIZETH** es atendida en el CONSULTORIO MEDICO RICAURTE porque presentaba dolor pélvico intermitente, cefalea ocasional y llenura postprandial, donde se le diagnostica dolor abdominal en estudio, obesidad e infección de las vías urinarias. Se le ordena una ecografía pélvica y se recomienda valoración por dermatología.

2.6. Que el 31 de marzo de 2010, la menor es atendida en la Clínica de Medicina Deportiva, donde se remite a valoración por ENDOCRINOLOGIA, asistiendo el 28 de mayo de 2010, quien ordena medicamentos y exámenes de laboratorio, los cuales se efectúan el 19 de julio de 2010.

2.7. Que el 15 de marzo de 2011, la menor es atendida por el doctor HENNER DARIO GUZMÁN de la Dirección de Sanidad de la Policía, quien la remite al servicio de otorrinolaringología, toda vez que los episodios de epistaxias (hemorragia nasal) son muy frecuentes, además se hace referencia a que las lesiones en el área de los

pliegues inguinales y la supuración de sangre ha permanecido por más de un año, sin que el tratamiento instaurado haya sido efectivo. Se le diagnostica celulitis en sitio no especificado y epistaxis, remitiéndose al servicio de OTORRINOLOGIA y se ordena consulta de control.

2.8. Que el 2 de abril de 2011, la paciente asiste a consulta especializada por endocrinología en la Unidad Médico Quirúrgica MEDICADIZ S.A. y es atendida por el doctor Gustavo Villareal, quien revisa los últimos exámenes realizados a la menor que datan del 4 de noviembre de 2009, 17 de julio de 2010 y ecografía pélvica del 19 de marzo de 2010. Se registra en la historia clínica que la paciente presenta aligomenorrea hasta la fecha, hipopigmentación en cuello, axilas y en zona inguinal, se menciona que ha estado en tratamiento con metformina, se diagnostica obesidad y acantosis nigricans. Se ordenan laboratorios clínicos y valoración por endocrinología pediátrica y nutrición.

2.9. Que el 4 de julio de 2011, la paciente es atendida por el servicio de nutrición, se registra en la historia clínica entre otras cosas que la paciente presenta frecuentes episodios de diarrea, se diagnostica obesidad no especificada, se ordena consulta de seguimiento de control por nutrición dietética y se ordenan laboratorios.

2.10. Que el 29 de febrero de 2012, **DIANA LIZETH** asiste a consulta de medicina general por presencia de fuerte dolor en la región lumbar derecha que se irradia a la pierna, el diagnóstico que se anota es “CIATICA” y se ordena diclofenaco, acetaminofén e ibuprofeno, la madre hace mención de sangrado vaginal y sangrado por fosas nasales, sobre esa patología no se diagnostica nada ni se formula medicamento.

2.11. Que el 24 de mayo de 2012, la menor asiste a consulta de medicina general por presentar sangrado vaginal (metrorragias) hace aproximadamente 6 meses, se registra paciente con síndrome metabólico, con abdomen doloroso a la palpación profunda de hipogastrio y se diagnostica “Otros Trastornos Especificados del Metabolismo y Dismenorrea no Especificada”, se remite la paciente a medicina especializada de ginecología. Se ordena N-Butilbromuro de Hisina 10 Mg.

2.12. Que el 26 de mayo de 2012, **la niña** es atendida por la ginecóloga de sanidad de la Policía Nacional, por presentar trastorno menstrual desde los 10 años de edad, se registra en la historia clínica entre otras cosas: “DX: 2. Sangrado uterino anormal. 3. Hipertensión arterial a estudio. 4. Obesidad. 5. Trastorno de la coagulación a descartar, Hipertensión Esencial (primaria), Menstruación irregular no especificada....Plan: paciente con cuadro de sangrado uterino anormal, cifras tensionales altas desde hace varios días e inicio de epistaxis, se remite a urgencias para inicio de estudios correspondiente manejo respectivo”.

2.13. Que el 29 de mayo de 2012, la menor ingresa a la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico del **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E.** el 31 de mayo se le diagnostica LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA. El 10 de julio de 2012 se da el egreso de la paciente.

2.14. Que el 7 de junio de 2012, según el registro de la unidad de oncología sección quimioterapia del **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E.** se inició el esquema de quimioterapias a la menor **DIANA LIZETH FORERO PULIDO**.

2.15. Se registra en la historia clínica un ciclo de quimioterapia sin numeración que inicia el 07-06-2012 y termina el 03-07-2012. Se suministran los siguientes medicamentos: *Vincristina 2mg el 07-06-2012, 14-06-2012, 21-06-2012 y 27-06-2012. Daunorrubicina 60 mg en 200 ss (no se especifica dosificación) 08-06-2012, 12-06-2012, 14-06-2012, 19-06-2012 y 22-06-2012. Asparaginasa 10.000 u en 50 ss (no se especifica la dosificación) el 26-06-2012, 29-06-2012 y 30-07-2012. Intratecal Metrotexate, Dexometasona y Citarabina el 08-06-2012 y 22-06-2012.*

2.16. Que el 26 de junio de 2012, el **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E** notifica al SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA, el caso clínico de la paciente **DIANA LIZETH FORERO PULIDO**, y se registra en la historia clínica que se inicia el ciclo 21 de quimioterapia el 24 de julio de 2012 y termina el 27 de julio.

2.17. Que el 1 de agosto de 2012, la paciente ingresa a la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico por presentar SEPSIS FOCO ABDOMINAL, CHOQUE HIPOVOLÉMICO, COLITIS NEUTROPENICA Y NEUTROPENIA FEBRIL.

2.18. Que el día 15 de agosto de 2012, se admite la acción del tutela impetrada por el señor **OSCAR FORERO** padre de la menor, y se ordena la medida provisional de la realización de una prueba de compatibilidad de médula ósea al núcleo familiar, orden de citometría de flujo y la hospitalización en casa de la menor. Esta acción se interpuso por la negativa y dilación injustificada de **SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL** de autorizar las órdenes médicas.

2.19. Que el 29 de agosto de 2012, la paciente ingresa al **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE**, para que se le realice su esquema de quimioterapia, en la historia clínica del día 11 de septiembre se registra: “se da salida ya que no tiene quimioterapia lista el día 11 de septiembre de 2012”; en la historia clínica se registra el ciclo numerado como R2, el cual inicia el 30-08-2012 y termina el 04-09-2012. Se suministra Vincristina 2mg en 100 cc el 30-08-2012, Metrotexate 3.700 mg en 500 cc el 30-08-2012, Ifosfamida 1.500 mg en 100 cc el 31-08-2012, Ifosfamida 1.500 en 100 cc ss cada 12 horas el 03-09-2012 y 04-09-2012).

2.20. Que el 4 de octubre de 2012, la paciente ingresa al servicio de oncohematología pediátrica para efectuar protocolo de quimioterapia, siendo atendida por la doctora PATRICIA MONTENEGRO quien considera que es candidata para un trasplante de médula ósea alogénico.

2.21. Que el ciclo enumerado como 23 en la historia clínica tiene iniciación el 3 de octubre de 2012 y termina el 11 de octubre. En este ciclo se suministra Citarabina 3.700 -10.000 cada 12 horas (03-10-2012 hasta 04-10-2012), Asparaginasa 20.000

50 cc cada 6 horas (10-10-2012), Etopovido 200 en 100 cc cada 12 horas (05-10-2012, 08-10-2012, 08-10-2012 noche, 09-10-2012, 11-10-2012 y (medicamento ilegible). No se acompaña con el consentimiento informado según la historia clínica entregada por el HOSPITAL FEDERICO LELRAS ACOSTA E.S.E; el 2 de noviembre de 2012, le realizan protocolo de quimioterapia, se solicita autorización para valoración médica por grupo de trasplante de médula ósea de la **CLÍNICA DE MARLY** en Bogotá con la doctora ADRIANA LINARES, según recomendación de grupo de TMO DE HOMI, lo cual es NEGADO POR LA ENTIDAD DE SALUD QUIEN DECIDE ENVIAR A LA PACIENTE A VALORACION PARA LA FUNDACION VALLE DE LILI.

2.22. Que en la historia clínica se registra un ciclo de quimioterapia sin numeración que inicia el 14 de noviembre de 2012 y termina el 19 de noviembre. Se suministra Vincristina de 2 mg (no se especifica la dosificación (14-11-2012)), Retrotexate 3.800 mg 500 cc (no se especifica la dosificación (14-11-2012)), ciclofosfamida 400 mg en 100 cc cada 12 horas (14-11-2012, 15-11-2012, 15-11-2012), Citarabina 4000 mg en 100 cc cada 12 horas (19-11-2012) y Asparginasa 20.000 en 100 cada 6 horas (20-11-2012 y 04-12-12)

2.23. Que el 19 de diciembre de 2012, la menor es atendida en la FUNDACION VALLE DE LILI, donde el grupo de trasplante de médula ósea considera: “NO TIENE CRITERIOS DE RECAIDA MEDULAR Y EXTRAMEDULAR, POR LA ENFERMEDAD RESIDUAL POSITIVA TENDRIA UN BENEFICIO CLARO DE TRASPLANTE DE MÉDULA OSEA SI TUVIERA DONANTE FAMILIAR IDENTICO... LAS OTRAS OPCIONES... SE RECOMIENDA CONTINUAR PROTOCOLO DE QUIMIOTERAPIA QUE VIENE RECIBIENDO Y EN CASO DE REUNIR CRITERIOS DE RECAIDA SE DEBE REALIZAR PROTOCOLO DE RESCATE Y TRASPLANTE DE MEDULA OSEA DE DONANTE ALTERNATIVO (SANDRE DE CORDON UMBILICAL VS TRASPLANTE HAPLOIDENTICO”.

2.24. Se registra en la historia clínica un nuevo ciclo de quimioterapia pero no se anota el número, el cual inicia el 10-01-2013 y termina el 16-01-2013. Se suministra de manera intratecal los siguientes medicamentos: Vincristina 2 mg en 100 (10-01-2013), Retrotexate 3.900 mg en 500 cc (10-01-2013), Ifosfamida 1560 mg en 200 cc cada 12 horas (15-01-2013 y 16-01-2013), se registra Daunorrubicina 60 mg en 200 cc cada 24 horas sin aparecer la fecha del suministro si lo hubo o no.

2.25. Que el 19 de febrero de 2013, inician en el **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E.** otro ciclo de quimioterapia, el cual termina el 26 de febrero. El 22 de febrero se diligencia el formato de solicitud y justificación de medicamentos no incluidos en el POS, registrando entre otras cosas: “...paciente ingresa en fase de reinducción por lo cual debe recibir de forma ambulatoria aplicación de dosis de L-Asparaginasa con el antecedente de EPISODIO ALERGICO DEBE RECIBIR HIDROXICINA ORAL PREVIO A LA APLICACIÓN DE ASPARAGINASA IV”, Antecedente de ANAFILAXIA POR ASPARAGINASA.

2.26. Se registra ciclo de quimioterapia sin numeración el cual inicia el 19-02-2013 y finaliza 26-02-2013. Se suministró los siguientes medicamentos: Citarabina 3.800 mg en 100 cc el 19-02-2013, 20-02-2013 y 21-02-2013. Etopovido 200 mg en 100 cc el 20-02-2013, 21-02-2013 y 22-02-2013 y Asparaginasa 20.000 en 50 cc el 26-02-2013; el 1 de marzo de 2013, la paciente es remitida del servicio de urgencias al de pediatría, por presentar fiebre alta no cuantificada asociada a dolor en región interglútea y presencia de sangrado menstrual abundante. Se da orden de egreso el día 28 de marzo, y el 19 de marzo de 2013, se realiza drenaje de absceso perianal.

2.27. Que el 4 de abril de 2013, la menor es valorada por el doctor YESID SÁNCHEZ Ginecólogo oncólogo, quien registra en la historia clínica entre otras cosas: “paciente que ha recibido 6 ciclos de quimioterapia esquema?, ha presentado hemorragia uterina anormal refractaria a tratamiento médico...hay evidencia de sangrado sin coágulos por vagina en cantidad moderada, secreción purulenta perianal” y el 17 de abril de 2013, la paciente ingresa a la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico por presentar **ABSCESO PERIANAL CON FISTULA PERIANAL**; el 19 de abril se realiza intervención quirúrgica a la menor para drenar el absceso perineal y revisión de la fístula perianal, sin presentar complicaciones ni secuelas, se da cita de control en 30 días y se ordena el egreso.

2.28. Que el 30 de abril inician otro ciclo de quimioterapia que termina el 15 de mayo de 2013, se suministra los siguientes medicamentos: Vincristina 2 mg en 20 cc el 30-04-2013, 07-04-2013 y 15-05-2013. Doxo 55 mg en 100 cc el 30-04-2013, 07-05-2013 y 15-05-2013. Asparaginasa 19.000 en 50 cc el 07-05-2013, 08-05-2013, 09-05-2013 y 10-05-2013. Intratecal triple 02-05-2013.

2.29. Que el 6 de mayo de 2013, la paciente ingresa al servicio de pediatría, por presentar estreñimiento, sangrado rectal y dolor a la deposición “sin otro síntoma asociado, niega fiebre u otra sintomatología. **ADICIONALMENTE SE RECOMIENDA HOSPITALIZAR PARA VIGILAR POSIBLES EFECTOS ADVERSOS CON LA APLICACIÓN DE L-ASPARGINA EN SU QUIMIOTERAPIA**”, se registra además en la historia clínica entre otras cosas: **BUENAS CONDICIONES GENERALES, CONCIENTE, ALERTA, ORIENTADA, HIDRATADO, AFEBRIL**”, cuando hacen mención al examen físico de la cabeza y cuello registran: “*alopecia, mucosas húmedas, conjuntivas normocrómicas, marcada palidez mucocutanea, estrías en zona axilar*”. Extremidades: “*llenado capilar de dos segundos*”. El 7 de mayo de 2013, se registra en la historia clínica (epicrisis): “**POR ONCOHEMATOLOGIA CONTINUA CON ESTEROIDE ENDOVENOSO EN ESPERA DE CONCEPTO DE COLOPROCTOLOGIA QUIEN ORDENA ENEMA RECTAL Y ANALGESIA. EN EL MOMENTO NO INDICA MANEJO QUIRURGICO DE FISTULA PERIANAL, INDICA MANEJO ESPECTATE...**”; el 8 de mayo se ordena quimioterapia con ASPARAGINASA y el 9 de mayo se registra. “paciente quien durante la ASPARAGINASA presenta edema facial y eritema, por oncohematología no luce séptica, no hay deterioro diuresis adecuada, se decide bolo de furosemida por 3 días y reducir líquidos endovenosos”.

2.30. Que el 11 de mayo se registra paciente que ya terminó ciclo de quimioterapia, sin deterioro, con balance negativos y adecuada diuresis, SE DECIDE DAR SALIDA CON CITA CONTROL CON ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA”; el 15 de mayo de 2013, la menor **DIANA LIZETH** ingresa al servicio de pediatría por presentar cuadro de dolor intenso perianal, en cuanto al examen físico de la cabeza y el cuello se registró: mucosa oral húmeda, conjuntivas normocrómicas, no adenomegalias, leve palidez mucocutánea, no mucositis...extremidades: simétricas sin edemas adecuada perfusión distal, llenado capilar < de 3 segundos.

2.31. Que el 15 de mayo la paciente ingresa a la unidad de cuidado intensivo pediátrico por presentar lesión eritematosa y vesiculares en región mandibular de maxilar izquierdo, la zona de la piel y encías necrotizadas, ingresando en malas condiciones generales, con gran lesión en hemicara izquierda de más de 30 cm de diámetro. (la fecha de la epicrisis se encuentra repisada y no en correlación con otros registros médicos).

2.32. Que el 20 de mayo de 2013, la menor **DIANA LIZETH FORERO PULIDO** fallece a las 22:15 en las instalaciones del **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E.**, debido a las complicaciones que le generó la infección de la hemicara izquierda.

3. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

3.1. NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA – POLICIA NACIONAL. (fl. 169-176)

La entidad accionada manifiesta que la parte actora endilga una serie de omisiones por parte de la Policía Nacional como es el diagnóstico tardío de la leucemia linfática aguda, por cuanto la paciente había consultado en repetidas oportunidades por presentar síntomas concurrentes, valoraciones especializadas ordenadas pero no realizadas, demoras injustificadas en la autorización de procedimientos, acceder a los servicios médicos por medio de fallos de tutela, no acatar las recomendaciones de la IPS en cuanto al tratamiento e interconsulta que se requerían, sometimiento a los beneficiarios del servicio a una tramitología administrativa injustificada, falta de atención oportuna, demoras injustificadas en el otorgamiento de citas médicas y en la realización de exámenes de laboratorio.

Refiere que no existe soporte probatorio alguno relacionado con una mínima certeza o la existencia de un posible donante para el tratamiento de la menor, que indiquen que si el procedimiento administrativo, los exámenes pertinentes y la consecución de todo lo necesario para llevar a un diagnóstico acertado, pudiera haberse prolongado la vida de la paciente; no se encuentra acreditado que la muerte de la menor fuera consecuencia directa de la acción o presunta omisión del servicio médico de la Policía Nacional.

Afirma que es indudable que la grave enfermedad que aquejaba la paciente fue la causa eficiente del daño y no la dilación que se pretende imputar a la entidad policial, luego no se encuentra demostrado que el daño fuera antijurídico y mucho menos el

nexo causal que lo ate a la actividad de la administración a través del servicio de sanidad de la Policía Nacional, ya que está demostrado que la institución utilizó debidamente los medios que estaban a su alcance, cuando la paciente requería del servicio médico general o especializado.

3.2. HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA (FI. 263-334)

Manifiesta la entidad que la obligación de la entidad estaba enmarcada en una obligación de medio, lo que se traduce en la imposibilidad de garantizar la total recuperación de los pacientes, pues el actuar diligente consiste en desplegar su actuar hacia el paciente, sin embargo la patología de leucemia linfocítica aguda, con factores de alto riesgo como la obesidad mórbida, estreñimiento e infecciones, conllevo al lamentable deceso de la menor, sin que en ello mediara responsabilidad médica o administrativa por parte de los aquí demandados, menos del personal médico adscrito al Hospital Federico Lleras Acosta.

Dice que los familiares de la menor se mostraron poco colaboradores con el personal médico y se negaban a dar el tratamiento ordenado, ya que no suministraban los medicamentos y le proveían alimentos prohibidos pese a las reiteradas explicaciones sobre el riesgo de obesidad, lo que conllevó a denunciar la situación ante el ICBF como forma de maltrato infantil, como quiera que la menor continuaba aumentando de peso.

Dice que la atención médica y paramédica prestada por el Hospital Federico Lleras Acosta fueron diligentes y oportunas, pues pese a que la menor Diana Lizeth falleció, lo cierto es que el personal propendió por el restablecimiento de su salud, y por disminuir en la medida de lo posible, los efectos adversos de su patología.

Propuso la excepción de “*culpa exclusiva de terceros.*”

4. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

4.1. Parte demandante (FIs. 601-606)

El apoderado judicial de la parte actora manifestó que los funcionarios al servicio de las entidades convocadas se apartaron de forma manifiesta de los protocolos indicados en la *lex artis*, exponiendo a la menor Diana Lizeth Forero Pulido a un riesgo injustificado, el cual se materializó y generó el deceso de la paciente.

El profesional del derecho realiza un estudio respecto del concepto y alcance de la historia clínica, así como un análisis del derecho de información frente a las actuaciones y omisiones del Hospital Federico Lleras Acosta, concluyendo que hubo una falla del servicio endilgable a la entidad, solicitando por lo anterior se acceda a las pretensiones de la demanda.

4.2. Parte demandada.

4.2.1. Hospital Federico Lleras Acosta. (fl. 598-600)

La apoderada judicial de la entidad afirmó que existe una clara ausencia de responsabilidad en la conducta de la entidad accionada, teniendo en cuenta que se encuentra demostrado el actuar diligente, prudente y acorde con los procedimientos médicos establecidos que salvaguardaron en todo momento la salud y la vida de la paciente.

Se logró determinar el correcto proceder de los profesionales médicos, sin que se llegare a configurar ninguna falla en el servicio, por el contrario, se estableció que se desplegaron todas y cada una de las actividades que se requerían para el restablecimiento de la salud de la menor Diana Lizeth; la Secretaría de Salud del Departamento del Tolima concluyó la correcta prestación del servicio de salud que requería la paciente pese a tener altos factores de riesgo en el trato de su enfermedad que consistían en obesidad mórbida, estreñimiento, sumado a varios cuadros infecciosos que fueron presentados.

Agrega la apoderada que la prueba recaudada acredita una correcta y oportuna atención a la menor Diana Lizeth Forero Pulido, reafirmada con la testimonial emitida por la Dra. Patricia Montenegro, oncóloga pediatra que atendió a la menor y quien afirmó que no solo se le proporcionó servicio de asistencia médica sino que se le brindó un acompañamiento psicológico que llevó a la humanización, tal que se le celebró su fiesta de 15 años por el personal de la institución.

Culmina indicando que se evidenció una falta de colaboración de la familia al no asistir inexplicablemente a las citas que tenía programada la menor, a proporcionarle alimentos de manera secreta, a exponerla a situaciones en las que podía presentarse una afectación a la salud, por lo que no puede predicarse tesis alguna que implique una falla en el servicio.

Por lo anterior solicita se nieguen las pretensiones de la demanda en lo que respecta a la entidad que representa.

4.2.2. Nación – Ministerio de Defensa – Policía Nacional (Fl. 609-615)

Manifiesta la apoderada que en el caso bajo estudio, no existe ningún grado de responsabilidad, bajo el entendido que si bien la Policía Nacional a través del Hospital Federico Lleras Acosta prestó el correspondiente servicio en forma oportuna y siempre sujeto a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, lo cierto es que la muerte de la menor Diana Lizeth ocurrió por circunstancias ajenas a la prestación del servicio médico.

Dice que en el caso bajo estudio no hay lugar a declarar la responsabilidad administrativa por presunta falla médica en cuanto a su obligación se refiere, pues lo hizo en debida forma siempre que la menor lo requirió, por lo que no existe

ninguna falla en el servicio médico; tampoco existe responsabilidad en cuanto a la omisión en el deber de seguridad y cuidado debido.

Afirma que a pesar de todos los esfuerzos de los galenos para superar la enfermedad que la menor padecía, ello no se lograba porque durante el tratamiento que recibió la paciente presentó múltiples complicaciones debidas a la obesidad mórbida, a la leucemia, a los estados de incremento de azúcar y lípidos en la sangre, del incumplimiento reiterado en las recomendaciones dietarias, el incumplimiento reiterado en las recomendaciones dadas por el endocrinólogo para hacer un control adecuado de su peso, el incumplimiento a las recomendaciones dadas por los médicos que manejaron tanto la parte de cirugía como de las complicaciones derivadas de las fístulas anales que presentó la paciente, lo que favoreció que la quimioterapia se retrasara y la paciente recayera al final de su vida.

Solicita entonces en virtud de lo antes señalado que se nieguen las pretensiones de la demanda.

II. CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS DEL DESPACHO

5. PROBLEMA JURÍDICO PLANTEADO

Procede el despacho a determinar si, ¿el **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE Y LA NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA- POLICIA NACIONAL** son responsables administrativa y patrimonialmente por los perjuicios patrimoniales y extra patrimoniales causados a los demandantes a raíz de la presunta mala prestación del servicio médico a la menor **DIANA LIZETH FORERO PULIDO** que le ocasionó la muerte el 20 de mayo de 2013, a título de falla en el servicio?.

6. TESIS QUE RESUELVEN EL PROBLEMA JURÍDICO PLANTEADO

6.1 Tesis de la parte accionante

Argumenta que deben declararse responsables las entidades accionadas por cuanto incurrieron en una falla del servicio al brindar una atención deshumanizada, servicio ineficiente, tratamiento tardío e inadecuado, falta de interconsultas, sobre medicación, diagnóstico tardío, valoraciones ordenadas pero no realizadas, acceso a servicios médicos mediante fallos de tutela, tramitología injustificada, falta de atención oportuna, demora injustificada en citas médicas y realización de exámenes, error en el diagnóstico, ausencia de consentimiento informado durante el tratamiento, falta de información sobre el tratamiento, falta de ayudas diagnósticas, falta de atención psicológica, inadecuado tratamiento médico, falta de continuidad en el tratamiento requerido, falta de control y vigilancia farmacológica, lo que generó la muerte de Diana Lizeth Pulido Forero.

6.2. Tesis de la parte accionada

6.2.1. Nación – Ministerio de Defensa – Policía Nacional

Considera que no tiene responsabilidad alguna en la causación del daño, toda vez que prestó sus servicios a la menor Pulido Forero a través del Hospital Federico Lleras Acosta, quien brindó el correspondiente servicio en forma oportuna y siempre sujeto a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, aunado a que la muerte de la paciente ocurrió por circunstancias ajenas a la prestación del servicio médico, como lo fueron las múltiples complicaciones de la obesidad mórbida que padecía, a la leucemia, a los estados de incremento de azúcar y lípidos en la sangre, del incumplimiento reiterado en las recomendaciones dietéticas dadas por el endocrinólogo para hacer un control adecuado de su peso, el incumplimiento a las recomendaciones dadas por los médicos respecto de las fístulas anales que presentó, favoreciendo a que la quimioterapia se retrasara y la paciente recayera al final de su vida

6.2.2. Hospital Federico Lleras Acosta

Afirma que no hay lugar a declararla responsable administrativamente ya que se logró determinar el correcto proceder de los profesionales médicos, se desplegaron todas y cada una de las actividades que se requerían para el restablecimiento de la salud de la menor Diana Lizeth, existiendo una correcta y oportuna atención, ya que no solo se le proporcionó servicio de asistencia médica, sino que se le brindó un acompañamiento psicológico que llevó a la humanización de su enfermedad.

6.3. Tesis del despacho

Conforme al material probatorio aportado al plenario, se negarán las pretensiones de la demanda, como quiera que no se probó la falla en el servicio administrativo ni médico asistencial por parte de las entidades demandadas, en el entendido que las atenciones fueron prestadas en el momento oportuno y solicitado y la prestación del servicio médico por parte del Hospital Federico Lleras Acosta fue oportuna y ajustada a los protocolos que establece la *lex artis* para casos como el de la menor hoy fallecida.

7. HECHOS PROBADOS JURÍDICAMENTE RELEVANTES

No.	HECHOS PROBADOS	MEDIO PROBATORIO
1	Que la menor Diana Lizeth Forero Pulido nació el 14 de enero de 1998, es hija de la señora Nubia Díaz y el señor Jaime Barreto Sánchez; y, hermana de Vladimir Henao Díaz, Carolina Henao Díaz, Leydi Diana Henao Díaz, Diego Armando Henao Díaz y Santiago Aníbal Barreto Díaz	Documental. Copia registro civil de nacimiento serial 24781929 (Fl. 20 cuaderno principal), y Registros civiles Nos. 9114263; 9114264; 9114265; 10714030; y T3B0251424, en su orden (fls. 15 a 19)
2	El 30 de octubre de 2009 , la doctora Natalia Isabel Montaña Luna luego de atención médica y toma de	Documental. Formato de atención de la Dirección de

	exámenes, remitió a la menor con especialidad de nutrición por presentar obesidad mórbida, señalando como datos clínicos de importancia: <i>paciente con obesidad mórbida, probable origen metabólico tipo DM o hipotiroidismo.</i>	Sanidad de la Policía Nacional (fl. 27-28)
3	El 05 de noviembre de 2009 , la menor fue atendida por la doctora Natalia Isabel Montaña Luna quien señaló: <i>paciente con obesidad mórbida, se continúan pautas nutricionales paraclínicos insulina pre y pose elevados con TSH y T3 normales hemograma normal, parcial de orina con flujo abundante</i>	Documental: Formato de atención de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional (fl. 29-30)
4	El 11 de noviembre de 2009 “Paciente con forunculosis con tto de doxiciclina, con diagnóstico de celulitis	Documental: Formato de atención de la dirección de sanidad de la Policía Nacional (fl. 31-32)
5	El 15 de marzo de 2011 “paciente con lesiones en área de pliegues inguinales...repetición de forma intermitente...madre manifiesta que presenta episodio de epistaxis a repetición ...”	Documental: Formato de atención de la dirección de sanidad de la Policía Nacional (fl. 32-33)
6	El 04 de julio de 2011 “consulta por nutrición.	Documental: Formato de atención de la dirección de sanidad de la Policía Nacional (fl. 34-37)
7	El 29 de febrero de 2012 , dolor a la palpación de la región glútea derecha y parvertebral lumbar	Documental: Formato de atención de la dirección de sanidad de la Policía Nacional (fl. 37-38)
8	El 17 de abril de 2012 , ingresa la menor Diana Lizeth Forero Pulido por presentar secreción a través de región perianal; se ingresa para realización de procedimiento quirúrgico, se solicita enemas en número de 2 para preparación gastrointestinal para procedimiento con enemas rectales; el 18 de abril se señala que la paciente se llevaría a cirugía para exploración endoscópica, rectoscopia más revisión de fístula bajo anestesia general por parte de cirugía pediátrica.	Documental: Copia de la Historia Clínica del Hospital Federico Lleras Acostas (Fl. 84-87)
9	24 de mayo de 2012 Paciente con diagnóstico de trastornos especificados del metabolismo y dismenorrea no especificada; refiere hace 04 meses hemorragia uterina anormal; 30 días sangrado continuo polimenorrea...92 kilos...	Documental: Formato de atención de la dirección de sanidad de la Policía Nacional (fl. 39-41)
10	26 mayo de 2012... valoración por ginecología y obstetricia...paciente con alteraciones menstruales, actualmente taquicardica, con historia de múltiples episodios de epistaxis desde hace dos días, se remite a urgencias para estudio y manejo respectivo	Documental: Formato de atención de la dirección de sanidad de la Policía Nacional (fl. 41-42)
11	28 de mayo de 2012 ingresa a servicio de urgencias...	Documental: Copia de la Historia Clínica del Hospital Federico Lleras Acostas (Fl. 43)
12	29 de mayo de 2012 al 05 de junio de 2012 paciente que permaneció en unidad de cuidados intensivos pediátrica.	Documental: Copia de la Historia Clínica del Hospital Federico Lleras Acostas (Fl.46)
13	Es valorada por la hematóloga, quien sospecha de leucemia aguda y por riesgo de lisis tumoral es	Documental: Copia de la Historia Clínica del Hospital

	remitida a UCI; el 02 de junio se señala manejo de prefase por leucemia aguda, con riesgo a complicaciones múltiples y pronóstico reservado	Federico Lleras Acostas – Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico -(Fl. 55-58)
14	30 de mayo de 2012 la oncohematóloga pediatra – Dra. Patricia Montenegro –diagnostica leucemia linfoide aguda tipo L2 80% ; debe ser correlacionado con el resultado de la biopsia de médula ósea, citometría de flujo en biopsia de médula ósea, cariotipo estados leucémicos, estudio de biología molecular cromosoma PHILADELPHIA.	Documental: informe de citología de médula ósea (fl. 61)
15	05 de junio de 2012 con salida de UCIP y con los siguientes pronósticos de egreso: i) Leucemia aguda, ii) síndrome metabólico, iii) obesidad y iv) adenitis facial	Documental: Orden de salida – Historia Clínica del Hospital Federico Lleras Acostas – Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico –(Fl. 59)
16	07 de junio de 2012 paciente <i>quien iniciará mañana quimioterapia intratecal... Oscar Enrique Forero Ortíz y Diana Constanza Pulido suscribieron consentimiento informado para la aplicación de la quimioterapia y aceptación del tratamiento oncológico, junto con la Dra. Montenegro, donde se relaciona los efectos secundarios que se pueden presentar durante cualquier momento del tratamiento y aun así luego de finalizado el mismo, y que algunos son impredecibles, dependen de la respuesta individual de cada niño.</i>	Documental: Copia de la Historia Clínica del Hospital Federico Lleras Acostas – consentimiento informado para la aplicación de la quimioterapia (Fl.46, 62 y 72)
17	12 de junio de 2012 se programa para quimioterapia, pendiente cariotipo y cromosoma de filadelfia; con sesiones de quimioterapia las cuales fueron suspendidas los días 25 y 27 de junio de 2012	Copia de la Historia Clínica del Hospital Federico Lleras Acostas (Fl.47)
18	14 de junio de 2012 la oncohematóloga pediatra – Dra Patricia Montenegro –diagnostica leucemia linfoide aguda médula ósea M1 4% linfoblastos , debe ser correlacionado con el resultado de la biopsia de médula ósea, citometría de flujo en biopsia de médula ósea.	Documental: informe de citología de médula ósea (fl. 64)
19	10 de julio de 2012 se da orden de fórmula de salida, control ambulatorio, con signos de alarma y recomendaciones.	Documental: Copia de la Historia Clínica del Hospital Federico Lleras Acostas (Fl.48)
20	25 de julio de 2012 <i>Oscar Enrique Forero Ortíz suscribe consentimiento informado para la aplicación de la quimioterapia y aceptación del tratamiento oncológico, junto con la Dra. Montenegro, donde se relaciona los efectos secundarios que se pueden presentar durante cualquier momento del tratamiento y aun así luego de finalizado el mismo, y que algunos son impredecibles, dependen de la respuesta individual de cada niño.</i>	Documental: Copia de la Historia Clínica del Hospital Federico Lleras Acostas – consentimiento informado para la aplicación de la quimioterapia (Fl.73)
21	01 de agosto de 2012 ingresa la menor por presentar diarrea desde hace 03 días asociado a fiebre, con lipotimia en la madrugada, hipotensión con signos de deshidratación por lo que es remitida a UCIP por choque hipovolémico secundario y estado de sepsis.	

	En cuidados intensivos estuvo crítica, <i>tolerando destete de soporte inotrópico, aun requiriendo trasfusión de hemoderivados, plasma fresco congelado, plaquetas y glóbulos rojos; con sangrado activo, epistaxis sangrado a pesar de taponamiento en CID descompensada, se aumenta a 15 unidades de plaquetas cada 8 horas y continua con plasma cada 12 horas, alto riesgo de muerte.</i>																						
22	4 de octubre de 2012 la paciente inicia bloques de alto riesgo, presenta neutropenia febril, foco gastrointestinal, diarrea amebiana y salmonelosis; sepsis con alto requerimiento inotrópico e hipertensión arterial secundaria, presenta proteinuria significativa por lo cual nefrología pediátrica considera el inicio de losartan y enalapril	Documental: Copia de la Historia Clínica del Hospital Federico Lleras Acostas (Fl.88-89)																					
23	<p>2 de noviembre de 2012 se indica que por el comportamiento de la leucemia es candidata para un trasplante de medula ósea alogénico, es valorada en octubre de 2012 por el grupo de trasplante de progenitores hematopoyéticos de homi quien en la evaluación encuentra que ningún familiar directo HLA es idéntico; se hace solicitud de HLA a 2 primos hermanos los cuales tampoco son idénticos; HOMI considera prudente remitir a la menor para ser valorada en la clínica de Marly por el grupo de trasplante con el fin de considerarla candidata para trasplante alogénico no relacionado de médula ósea.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Citometría de flujo medula</th> <th>fecha</th> <th>Rtdo blastico</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Diagnósticos especializados</td> <td>Mayo/12</td> <td>55%</td> </tr> <tr> <td>Diagnósticos especializados</td> <td>Junio/12</td> <td>32%</td> </tr> <tr> <td>Diagnósticos especializados</td> <td>Julio/12</td> <td>8.9%</td> </tr> <tr> <td>Diagnósticos especializados</td> <td>Agto/12</td> <td>0.0%</td> </tr> <tr> <td>Diagnósticos especializados</td> <td>Sept/12</td> <td>0.0%</td> </tr> <tr> <td>Diagnósticos especializados</td> <td>Oct/12</td> <td>0.6%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Se solicitó autorización para valoración médica por grupo de trasplante de medula ósea de clínica Marly en Bogotá pero la entidad de salud decidió enviarla a valoración para Valle de Lili; presenta mucositis grado iv con sobreinfección herpética y micótica, sangrado menstrual.</p>	Citometría de flujo medula	fecha	Rtdo blastico	Diagnósticos especializados	Mayo/12	55%	Diagnósticos especializados	Junio/12	32%	Diagnósticos especializados	Julio/12	8.9%	Diagnósticos especializados	Agto/12	0.0%	Diagnósticos especializados	Sept/12	0.0%	Diagnósticos especializados	Oct/12	0.6%	Documental: Copia de la Historia Clínica del Hospital Federico Lleras Acostas – Oncohematologa pediátrica (Fl. 78-79 y 90-914)
Citometría de flujo medula	fecha	Rtdo blastico																					
Diagnósticos especializados	Mayo/12	55%																					
Diagnósticos especializados	Junio/12	32%																					
Diagnósticos especializados	Julio/12	8.9%																					
Diagnósticos especializados	Agto/12	0.0%																					
Diagnósticos especializados	Sept/12	0.0%																					
Diagnósticos especializados	Oct/12	0.6%																					
24	01 de marzo de 2013 remitida de urgencias a servicio de pediatría por presentar sangrado menstrual abundante; el 09 de marzo es trasladada de la UCIP y continua hospitalizada por presentar abundante sangrado vaginal, dolor intenso en muslo izquierdo y área anal; secreción de líquido purulento rectal, con egreso el 28 de marzo de 2013.	Documental: Copia de la Historia Clínica del Hospital Federico Lleras Acostas – Servicio de pediatría (Fl.94-97)																					

25	<p>21 de marzo de 2013 en la resonancia magnética de pelvis se indica <i>extenso proceso inflamatorio infeccioso de la hemipelvis izquierda con absceso y compromiso de la fosa isquiorrectal izquierda, parametrio, y probablemente la trompa de Falopio izquierda, extensión del tejido inflamatorio L espacio presacr, elevador del ano y musculos isquiopubicos izquierdos de etiología por determinar a considerar incluso de origen ginecológico.</i></p>	<p>Documental: Copia de la Historia Clínica del Hospital Federico Lleras Acostas – Servicio de pediatría (Fl.100)</p>
26	<p>17 de abril de 2013 ingresa por cuadro de secreción a través de región perianal y 18 de abril es llevada a cirugía para exploración endoscópica; el 19 de abril señala drenaje de absceso perianal y revisión de fistula, se da salida por cirugía pediátrica.</p>	<p>Documental: Copia de la Historia Clínica del Hospital Federico Lleras Acostas – Servicio de pediatría (Fl. 244-246)</p>
27	<p>06 de mayo de 2013 la menor Diana Lizeth Forero Pulido ingresa al servicio de urgencias remitida por consulta externa de oncopediatría por presentar <i>cuadro clínico de 24 horas de evolución de sangrado rectal, rojo rutilante, asociado a dolor con la deposición sin otro síntoma asociado; niega fiebre u otra sintomatología; con diagnostico principal absceso perianal con fistula perineal y diagnostico relacionado LLA en Quimioterapia. Absceso perianal drenado hace un mes y una semana; se sospecha fístula perianal en paciente con inmunosupresión se ingresa para realización de procedimiento quirúrgico.</i></p>	<p>Documental: Copia de la Historia Clínica del Hospital Federico Lleras Acostas (Fl.68-69)</p>
28	<p>10 de mayo de 2013 paciente quien continúa con quimioterapia con asparaginasa, no luce séptica, no hay deterioro, diuresis adecuada...el 11 de mayo decide dar salida ya que terminó con ciclo de quimioterapia y se da cita de control con oncohematología.</p>	<p>Documental: Copia de la Historia Clínica del Hospital Federico Lleras Acostas – consentimiento informado para la aplicación de la quimioterapia (Fl. 96)</p>
29	<p>15 de mayo de 2013 paciente con dolor intenso perianal asociado a salida de material serosanguinolento, abundante, fétido en ocasiones, LLA alto riesgo; se hospitaliza para manejo de absceso perianal y seguimiento por neutropenia severa, hace 4 días estuvo hospitalizada por quimioterapia, se inicia cubrimiento antibiótico y policultivar; se dejó plasmado que <i>los padres de la paciente en varias ocasiones han sido demandantes y groseros con el personal de enfermería, critican y cuestionan en varias ocasiones la administración de medicamentos y tratamiento, en vías de lograr una mejor comunicación entre el personal médico y la familia de la menor, se intentara discutir estos temas en una mesa multidisciplinaria, se ordena transfundir 3 u GRE valoración por psiquiatría infantil para hablar con los padres de la menor y Ch de control.</i></p>	<p>Documental: Copia de la Historia Clínica del Hospital Federico Lleras Acostas (Fl. 379)</p>
30	<p>17 de mayo de 2013 Diana confiesa que <i>no obedeció la orden de coloproctología de hacer los baños de asiento...el problema infeccioso perianal va ser recurrente hasta que la fístula no sea corregida luego de suspender la quimioterapia... La</i></p>	<p>Documental: Copia de la Historia Clínica del Hospital Federico Lleras Acostas – Servicio de pediatría (Fl. 379)</p>

	<p><i>paciente no cumple con las recomendaciones de coloproctología, lo que probablemente se correlacione con la complicación actual.</i></p> <p><i>Valorada por psiquiatría infantil "...hace 1 mes la paciente se ha tornado más irritable y expresa que sus padres quieren más a una prima, refiere buen patrón de sueño y alimentación, no hay anhedonia ni ideas de muerte...en la interconsulta la preocupación principal es la escasa colaboración con el tratamiento de parte de los padres y la paciente, expresada con actitudes demandantes y cuestionando el tratamiento..."</i></p>	
31	<p>19 de mayo de 2013 aparición de lesiones dolorosas en mucosa oral, no picos febriles, marcha difícil por dolor en pantorrilla de pierna derecha, no presenta secreción fétida perianal, estable termodinámicamente, se observa en mucosa oral lesiones gingivales dolorosas equimóticas. Celulitis facial de origen odontológico vs tumoral, bacteremia por aeromonas; la paciente tiene desde ayer en la noche lesión en boca comprometiendo la hemicara izquierda con edema severo progresivo fácil e intraoral, con compromiso del carrillo...la lesión es de crecimiento muy rápido y ya impide la apertura oral, por las características de la lesión, no se descarta etiología tumoral. Se evidencia un amplio edema submandibular izquierdo hasta el tercio medio superior del cuello, los padres traen hoy el reporte de la última citometría de flujo de Diana, hay signos en este reporte de 67% de células tumorales lo que confirma una recaída hematológica en tratamiento. Plan: traslado a uci-p se solicita ch postransfuional, se explica al padre, madre y a diana la recaída tumoral, la situación de Diana es muy grave, esta rápida progresión puede llevar a compresión extrínseca de la vía aérea y muerte en las próximas horas, pronóstico vital reservado.</p>	<p>Documental: Copia de la Historia Clínica del Hospital Federico Lleras Acostas – Servicio de pediatría (Fl. 380)</p>
32	<p>20 de mayo de 2013: paciente estable hemodinamicamente, cursa con masa de crecimiento progresivo en hemicara izquierda. ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA: paciente en condición crítica con pancitopenia secundaria a recaída hematológica, tiene lesión de la hemicara izquierda a nivel de la rama mandibular, hay extensión del edema comprometiendo el piso de la boca y extensión al cuello y compromiso de la línea media, ingresa a ucip hipotensa y se logra intubación orotraqueal, la progresión rápida de esta lesión necrótica es muy grave y el pronóstico vital reservado... se explica al padre la mala condición de salud de diana y muy alto riesgo de muerte; presencia de edema hemifacial izquierdo con área de necrosis que compromete cuello, el cual ha ido en aumento con salida de material serosanguinolento, presenta</p>	<p>Documental: Copia de la Historia Clínica del Hospital Federico Lleras Acostas – Servicio de pediatría (Fl. 384-385)</p>

<p>pancitopenia severa, por lo cual en este momento no es apto para pasar al quirófano. Paciente en pésimas condiciones generales, con acrocianosis y palidez mucocutanea generalizada, mal perfundida, reticulada, con bradicardia progresiva, se inician maniobras de reanimación avanzada, no hay respuesta, con pupilas fijas de 5 mm no reactivas, no se palpan pulsos centrales, livideces en miembros inferiores, sin signos vitales, ritmo de asistolia, se declara fallecida a las 22:15 se informa a familiares y se diligencia certificado de defunción.</p>	
--	--

8. RESPONSABILIDAD DEL ESTADO: FALLA DEL SERVICIO MÉDICO

De acuerdo con el artículo 90 Constitucional, el Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas; responsabilidad que se hace patente cuando se configura un daño antijurídico, entendido este, como aquel sufrido por un sujeto que no tiene el deber jurídico de soportar el perjuicio¹.

Así, el Consejo de Estado ha señalado que los elementos que sirven de fundamento a la responsabilidad son en esencia el daño antijurídico, esto es la lesión patrimonial o extra patrimonial sufrida por la víctima sin que tenga el deber de soportarla, y la imputación, como la atribución que de esa lesión se hace al Estado a partir de la acreditación de los títulos que corresponden a los diferentes sistemas de responsabilidad.

En relación con la falla del servicio médico, en principio la jurisprudencia habló de un régimen basado en el deber de probar a cargo del actor del proceso judicial, de suerte que a quien correspondía acreditar la totalidad de los elementos que integran la responsabilidad extracontractual era al accionante, y a su vez, la entidad hospitalaria debería demostrar que su conducta fue diligente o cuidadosa.

Sin embargo, en 1992, dicho criterio fue revaluado por el Máximo Tribunal Contencioso Administrativo, dándose campo a un régimen de presunción de la falla, al estimarse que la prueba de la diligencia y el cuidado correspondía al demandado en atención a la capacidad en que se encuentran los profesionales de la salud de satisfacer los cuestionamientos que puedan formularse contra sus procedimientos², dado sus conocimientos técnicos. De suerte que se estableció en cabeza de la entidad una presunción de hecho, que en términos del Doctor Enrique Gil Botero suponía *“prima facie, en cada caso concreto, que el daño antijurídico en la atención médico – hospitalaria (...) derivaba de la ocurrencia de una falla del servicio (...)”*³

No obstante, la aplicación generalizada de la presunción de la falla en el servicio y las lagunas conceptuales de la misma, permitieron la postulación de una teoría de

¹ Sentencia del 13 de agosto de 2008; Exp. 17042; C.P. Enrique Gil Botero.

² Sentencia del 30 de julio de 1992. Consejo de Estado - Sección Tercera, M.P. Daniel Suárez Hernández. Exp. 6897.

³ Enrique Gil Botero. *Responsabilidad Extracontractual del Estado*, Editorial Temis S.A. Bogotá, Colombia, 2013, pág. 549

la carga dinámica de la prueba, según la cual el juez debe establecer en cada caso concreto cuál de las partes está en mejores condiciones de probar.

En efecto, señaló el Consejo de Estado⁴, que las circunstancias relevantes para establecer la actuación debida o indebida de la administración tienen implicaciones técnicas y científicas y en tal medida habrá situaciones en las que, es el paciente quien se encuentra en mejor posición para demostrar ciertos hechos, siendo entonces necesario el dinamismo de las cargas, cuya aplicación se hace imposible ante el recurso obligado a la teoría de la falla presunta, donde simplemente se produce la inversión permanente del deber probatorio.

Empero, de forma reciente la jurisprudencia del Alto Tribunal cambió su postura, haciendo énfasis en que es al actor a quien corresponde asumir la carga de probar los elementos de la responsabilidad, regresando al régimen general de la falla probada, que señala la obligación de acreditarse en el proceso todos los elementos que la configuran, a través de todos los medios probatorios legalmente aceptados, destacándose entonces la utilidad de la prueba indiciaria construida con fundamento en las demás pruebas que obran en el proceso, para demostrar el nexo causal entre la actividad médica y el daño. En este sentido, consideró el órgano de cierre:

“Se acoge dicho criterio porque además de ajustarse a la normatividad vigente (art. 90 de la Constitución y 177 del Código de Procedimiento Civil), resulta más equitativa. La presunción de la falla del servicio margina del debate probatorio asuntos muy relevantes, como el de la distinción entre los hechos que pueden calificarse como omisiones, retardos o deficiencias y los que constituyen efectos de la misma enfermedad que sufre el paciente. La presunción traslada al Estado la carga de desvirtuar una presunción que falló, en una materia tan compleja, donde el alea constituye un factor inevitable y donde el paso del tiempo y las condiciones de mas (impersonales) en las que se presta el servicio en las instituciones públicas hacen muy compleja la demostración de todos los actos en los que éste se materializa.”⁵

De manera que el régimen por excelencia para comprometer la responsabilidad de la administración como consecuencia de la actividad médica es la falla probada, siendo obligación de quien la alega, comprobar la actuación contraria a los postulados de la *lex artis*, o el funcionamiento anormal, negligente o descuidado del servicio médico; siendo a cambio carga de la entidad, desvirtuar dichas imputaciones, a partir de la prueba de su ejercicio diligente y adecuado a las necesidades exigidas en cada caso. En este sentido, el Consejo de Estado ha señalado:

*“La responsabilidad estatal por fallas en la prestación del servicio médico asistencial no se deriva simplemente a partir de la sola constatación de la intervención de la actuación médica, sino que debe acreditarse que en dicha actuación no se observó la *lex artis* y que esa inobservancia fue la causa eficiente del daño. Esa afirmación resulta relevante porque de conformidad con lo previsto en el artículo 90 de la Constitución, el derecho a la reparación se fundamenta en la antijuridicidad del daño, sin que sea suficiente verificar que la víctima o sus beneficiarios no estaban en el deber jurídico de soportarlo para*

⁴ Sentencia del 10 de febrero de 2000. Sección Tercera, M P. Alíer Hernández Enríquez. Exp. 11878

⁵ Sentencia del 31 de agosto de 2006. Consejo de Estado, Sección Tercera, M. P. Ruth Stella Correa Palacio. Exp. 15772.

que surja el derecho a la indemnización, dado que se requiere que dicho daño sea imputable a la administración, y sólo lo será cuando su intervención hubiera sido la causa eficiente del mismo.”⁶

Por lo que no basta el cuestionamiento que hace el actor a la pertinencia o idoneidad de los procedimientos ejecutados por el personal médico de una entidad, pues a su cargo esta probar dichas falencias y la ocurrencia del perjuicio como consecuencia de las mismas, pudiendo para ello incluso recurrir a la prueba indiciaria dada la complejidad de los conocimientos científicos que involucra dicho debate, a fin de establecer la presencia de la falla endilgada.

Así, para demostrar el nexo de causalidad entre el daño y la intervención médica, el accionante podrá hacer uso de todos los elementos probatorios legalmente permitidos, siendo los indicios la prueba por excelencia, dada la dificultad de obtener la prueba directa que compruebe la actuación contraria a los postulados de la *lex artis*, o el funcionamiento anormal del servicio médico, pues estos provienen de las pruebas documentadas y controvertidas dentro del proceso.

En orden a ello, entrara el Despacho a estudiar si se encuentra acreditado el daño antijurídico alegado en la demanda, y si el mismo resulta imputable a las accionadas, de modo que, se procederá al estudio de cada uno de los elementos que estructuran la responsabilidad por falla del servicio médico.

9. DE LOS ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO

9.1 EL DAÑO

De acuerdo con las pruebas aportadas al expediente, se encuentra establecido que la menor Diana Lizeth Forero Pulido falleció el día 20 de mayo del 2013⁷, por lo que el daño está plenamente demostrado.

9.2 LA IMPUTACIÓN

Ahora bien, la imputación jurídica es el componente que permite atribuirle a un sujeto determinado el daño reclamado, a partir no solo de la causalidad material, sino también en razón a criterios normativos, o como en este asunto, científicos, por lo que la posibilidad de imputar un daño a la administración depende del análisis del caso particular desde dos puntos de vista, el fenomenológico y el jurídico, a fin de establecer si le asiste al Estado el deber de reparar.

Para los casos de falla médica, la posición jurisprudencial, como se revisó antes, determina que debe hacerse un estudio de responsabilidad bajo el régimen de la falla probada del servicio, en el cual no solo debe demostrarse la existencia de un daño, sino también su imputabilidad a la entidad que se demanda.

⁶ Sentencia de marzo 22 de 2012 Consejo de Estado - Sección Tercera, Subsección B, M.P. Ruth Stella Correa Palacio. Exp. 23132

⁷ Certificado de defunción No 03926681 Fl. 15 cuaderno principal

De modo que en materia de responsabilidad médica, el elemento decisivo para determinar la imputabilidad del daño tiene que ver con el desbordamiento de lo que el paciente está obligado a asumir; así pues, ha advertido que lo único que le corresponde soportar es la *“consecuencia directa y exclusiva de la vulnerabilidad y mortalidad propias de la condición humana, así como de la concreción de los riesgos previsibles, conocidos y consentidos del acto médico”*⁸.

Por lo que ha reiterado el Máximo Tribunal Contencioso Administrativo, que el paciente no se encuentra obligado a sufrir los efectos de una atención médica por debajo de los estándares éticos y científicos; como tampoco está en el deber de asumir las consecuencias naturales de la progresión de la enfermedad evitable por la ciencia, pues ni siquiera tiene que asumir el riesgo propio del acto médico si el mismo no ha sido consentido.

En cuanto al aludido hecho dañoso, la parte actora sostuvo que la muerte de Diana Lizeth Forero Pulido se produjo como consecuencia de la falla de la prestación del servicio médico y administrativo de las demandadas ante la típica acción, omisión y falta de previsión de los médicos y personal administrativo que conllevó a la muerte de la demandante, discriminando situaciones fácticas de relevancia jurídica como error en el diagnóstico, ausencia de un diagnóstico claro, ausencia de consentimiento informado durante el tratamiento médico, falta de información sobre el tratamiento, falta de ayudas diagnósticas, inadecuado tratamiento médico, falta de información sobre el tratamiento, falta de atención psicológica adecuada, ineficiencia administrativa para la autorización de los servicios requeridos, falta de continuidad en el tratamiento especializado requerido por la paciente, falta de control y vigilancia farmacológica.

Así entonces, es preciso determinar conforme las pruebas, si efectivamente tal como lo aseguran los demandantes existió negligencia y/o desidia institucional en la prestación del servicio médico asistencial, que le impidió a la menor recibir un tratamiento integral y acorde con la patología presentada, provocando deterioro en su salud hasta ocasionarle la muerte.

En ese orden, y como quiera que ninguna de las partes goza en el proceso de un privilegio especial que permita tener por ciertos los hechos simplemente enunciados en su escrito, sino que cada una de ellas está en el deber de acreditar sus propias aseveraciones, conforme lo estatuye el artículo 167 del código General del Proceso, el Despacho procederá a estudiar la responsabilidad conforme a los elementos de prueba aportados al plenario.

9.2.1 Del servicio médico asistencial prestado por Sanidad de la Policía Nacional y el Hospital Federico Lleras Acosta.

Se atribuye en concreto OMISION por parte de Sanidad en lo que refiere al diagnóstico tardío de la Leucemia Linfática Aguda respecto de la menor,

⁸ Sentencia del 01 de agosto de 2016. Sección Tercera – Subsección B. Consejera ponente: STELLA CONTO DÍAZ DEL CASTILLO. Radicación número: 13001-23-31-000-2001-01592-01(34578)

valoraciones especializadas ordenadas pero no realizadas, demoras injustificadas en la autorización de procedimientos, acceso a los servicios médicos por medio de fallo de tutela, no acatamiento de las recomendaciones de la IPS en cuanto al tratamiento e interconsultas que se requerían, falta de atención oportuna, demoras injustificadas en el otorgamiento de citas como en la realización de exámenes de laboratorio.

En esa medida, resulta necesario y relevante hacer un estudio en cuanto a la atención brindada por la entidad a la paciente ya mencionada, por lo que de acuerdo con la historia clínica⁹, se pudo establecer que:

La menor DIANA LIZETH FORERO PULIDO, acudió a Sanidad de la Policía Nacional el 30 de octubre de 2009, por presentar *“aparición de masas en piernas de 4 meses de evolución con eritema sin secreción que aparece y desaparece esporádicamente con antecedente de obesidad mórbida, hipotiroidismo; en dicha atención se recomendó consejería nutricional y se ordenó eritromicina gel, doxiciclina y vitamina A como fármacos para sus lesiones.*

Ingresó de nuevo por control el 5 de noviembre de 2009, donde se hacen las siguientes observaciones: *“paciente con obesidad mórbida, se continúan pautas nutricionales paraclínicos insulina pre y post elevados con TSH y T3 normales, hemograma normal, parcial de orina con flujo abundante”.*

Tiene un tercer ingreso el 11 de noviembre de 2009, donde se indica que tiene *“forunculosis en tto con doxicilina”* cambiándose medicación por *“dicloxacilina, loratadina micronizada y gentamicina sulfato; un cuarto ingreso fue el 15 de marzo de 2011, por presentar granos al pie de la vagina por lo que es medicada de forma ambulatoria con diclofenaco sódico, oximetazolina solución nasal, naproxen y cefalexina.*

El 4 de julio de 2011, tiene atención por nutrición general donde se indica que Diana Lizeth presenta *obesidad II* con peso de 74.5 Kg y talla de 1.63 cm realizándose plan hipocalórica hipograsa para la edad rica en fibra, y control en un mes; el 29 de febrero de 2012, ingresa nuevamente por medicina general donde fue valorada y formulada con medicamentos, y el 24 de mayo de 2012 ingresa de nuevo por medicina general por referir *“metrorragias hace aproximadamente 6 meses, menarquía a los 10 años”.*

Como datos clínicos de importancia se señaló que la menor presenta *“dismenorrea de difícil manejo, cambio de toallas 10 veces en el día, menarquía a los 10 años, paciente con síndrome metabólico, obesidad peso 91 kilos”* por lo que el médico tratante ordenó remitir por ginecología; fue atendida por esta especialidad el 26 de mayo del mismo año donde la profesional la remitió por servicio de urgencias para estudio *“por alteraciones menstruales, taquicardica, con historia de múltiples episodios de epistaxis”.*

⁹ Fl. 189 a 204 cuaderno principal

De lo analizado en precedencia, se arriba a la conclusión que los diagnósticos y la atención medico asistencial brindada por parte de sanidad de la Policía Nacional a Diana Lizeth fue oportuna, diligente y acorde tanto con el tipo de servicios que presta la entidad, y la clase de servicio que requería la paciente, pues cuando necesitó mayor atención hospitalaria, fue remitida por servicio de urgencias al ver la complejidad de la situación.

Lo anterior atendiendo que el artículo 55 de la Resolución No. 3523 de 2009, “Por la cual se define la estructura orgánica interna y se determinan las funciones de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional”, estructuró las áreas de sanidad de la Policía Nacional de la siguiente forma:

3523 5 NOV 09 ESTRUCTURA DISAN.pdf 31 / 36

ARTÍCULO 55. ESTRUCTURA DE LAS AREAS DE SANIDAD. Para el cumplimiento de su misión las áreas de sanidad contarán con la siguiente estructura:

Área de Sanidad	ARSAN
1 Jefatura de Área	JEFAT
1.1 Garantía de Calidad en Salud	GARCA
1.2 Grupo apoyo administrativo	GRUAD
1.3 Grupo de servicios asistenciales	GASIS
1.4 Unidades satélites de sanidad policial	UNSAF
1.5 Establecimiento de Sanidad Policial de baja complejidad	ESPAB
1.6 Establecimiento de Sanidad Policial de mediana complejidad sin internación	ESPAM
1.6.1 Jefatura	JEFAT
1.6.1.1 Grupo asistencial y administrativo	GRUAD
1.7 Establecimiento de Sanidad Policial de mediana complejidad con internación- Clínica	ESPIF
1.7.1 Jefatura Clínica	JEFAT
1.7.1.1 Grupo gerencial	GUGER
1.7.1.2 Grupo de servicios asistenciales	GASIS
1.7.1.3 Grupo Administrativo	GUDMI

ARTÍCULO 56. AREA DE SANIDAD. Es una unidad de sanidad policial (USP) del ámbito nacional encargada de cumplir y hacer cumplir las actividades y políticas definidas desde el nivel central y garantizar la prestación del servicio de salud a través de los Establecimientos de Sanidad Policial de baja

Igualmente, designó a nivel nacional regiones en sanidad, correspondiéndole al Departamento del Tolima la Región No. 2 de nivel ESPAB, esto es, Establecimiento de Sanidad Policial de Baja Complejidad, lo que significa en el caso bajo estudio que si bien dicha entidad presta servicios médicos asistenciales como consulta preventiva, de crecimiento, de desarrollo, de medicina general, nutrición, psicología, entre otras, lo cierto es que no presta el servicio de urgencias ni cuenta con los medios técnicos avanzados que se requerían para el año 2012, por la paciente, comoquiera que no está asignado dentro de sus funciones, y para ello se encuentran contratadas otras instituciones.

En este orden de ideas es claro para el Despacho que la Policía Nacional a través de Sanidad prestó de manera eficiente y oportuna los servicios médicos requeridos por la menor y que estaban bajo su alcance, a pesar de que la orden de tutela le proferida por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Ibagué – Sala Laboral el 27 de agosto de 2012, ordenó se le hiciera la prueba de compatibilidad de médula ósea al núcleo familiar, examen que fue realizado, dando como resultado la incompatibilidad de su familia; siendo así viable, proceder a estudiar la prestación del servicio médico asistencial brindado por el Hospital Federico Lleras Acosta, para lo cual, conforme la historia clínica que reposa en el expediente.

El mismo 26 de mayo de 2012, la menor Diana Lizeth ingresa al servicio de urgencias del Hospital Federico Lleras Acosta, remitida por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional con hemorragia uterina anormal, trastorno de la coagulación, obesidad, quien fue trasladada a sala de partos donde fue valorada por ginecología y se solicitó valoración por hematología; hizo referencia que el mismo episodio lo había sufrido 04 meses atrás.

En la valoración por parte del hematólogo, efectuada el 28 de mayo de 2012, indicó que el cuadro clínico es “*altamente sugestivo de leucemia aguda*” por presentarse “*leucocitosis, con linfocitosis y trombocitopenia*”. Por tratarse de paciente pediátrica se decide remitir a sede Francia por hematología pediátrica. Seguidamente se dio salida por ginecología pero se remitió a pediatría, donde fue valorada por oncohematología pediátrica quien indicó:

“...*Objetivo: paciente adolescente obesa grado II, con células **palabra ilegible**, probable Leucemia aguda, tiene como comorbilidad, síndrome metabólico y disfunción endocrina leve, aunado a la quimioterapia es de mal pronóstico por riesgo de resistencia a medicamentos o de complicaciones graves posteriores a la quimioterapia.*

Por lo anterior es prudente la valoración por endocrino.

Plan: - Valoración por trabajo ocupacional, odontología, nutrición, psicología, endocrinología y psiquiatría infantil.

- Solicitud cariotipo, estudios leucemia.

- Cromosoma philadelphia.

- Citometría de flujo en biopsia de medula ósea.

- Solicitud ecocardiograma, ecografía abdominal, Rx tórax AP Y lateral.

- Serología hepatitis B, C, HIV, palabra ilegible, Einstein bar.

- Se inicia

- Antilisis tumoral.

- Se explica al padre, madre y a la paciente probable diagnóstico de la paciente y la necesidad de hacer los exámenes de diagnóstico lo antes posible.

Diagnóstico:

1. Leucemia aguda.

2. Riesgo de lisis tumoral aguda.

3. Obesidad grado II

4. síndrome metabólico.

5. Resistencia a la insulina.

Dra. Patricia Montenegro A. Oncohematología Pediátrica, RM. 52328593...”

Así mismo señaló que la paciente “*tiene una obesidad que puede favorecer complicaciones hematológicas, pulmonar y metabólicas una vez se inicia la quimioterapia*”.

El día 30 de mayo, luego de realizados los exámenes ordenados, la oncohematóloga pediátrica reporta “*paciente en mielograma que muestra 80% de células tumorales tipo linfoblasto L2. Por lo anterior nueva prefase protocolo BFN – modificado 2004*”.

Se explica a la paciente y los padres, que tiene muy alta probabilidad de infección por hongos y de hiperglicemia severa o coma hiperinsular. Igualmente señala que debe haber una vigilancia metabólica estricta.

En atención a ello, la Oncohematóloga pediatra al servicio del Hospital Federico Lleras Acosta, le informa a los padres de la menor Forero Pulido sobre la enfermedad que padece su hija, Leucemia Linfoide Aguda B común y que la intención del tratamiento de la quimioterapia es curativa, ya que busca *limpiar la médula ósea del paciente de las células tumorales*; igualmente se explican los efectos de suspender el tratamiento, suministrar medicamentos naturistas, sustancias no autorizadas, uso de tratamientos alternativos no reconocidos, incumplir controles médicos, realización de exámenes.

Así mismo se informó, que de no recibir el tratamiento, la menor podría morir por progresión de la enfermedad, por complicaciones inherentes a ella o por complicaciones del tratamiento, así como los efectos secundarios y los momentos en que se pueden presentar, tales como:

- *Infeción por baja de defensas.*
- *Peladuras en la boca.*
- *Diarrea.*
- *Sangrado por baja de las plaquetas.*
- *Fiebre.*
- *Requerimiento de transfusiones.*
- *Caída del cabello, pelo de cejas y pestañas.*
- *Mala función de corazón, hígado, riñón, páncreas, pulmón.*
- *Alergias.*
- *Peladuras en el ano.*
- *Inflamación del intestino.*
- *Nauseas.*
- *Vómito.*
- *Incapacidad para comer.*
- *Pérdida de peso, pérdida del apetito.*
- *Decaimiento, debilidad, irritabilidad, depresión.*
- *Incremento en la cantidad de leucocitos.*
- *Riesgo de trombosis (que se tape una vena o arteria del cuerpo)*
- *Dolor de cabeza similar a un tumor cerebral.*
- *Perdida de la audición, como, convulsiones, pérdida de la marcha, otros;*

También se indica que algunos de esos eventos son impredecibles y dependen de la respuesta individual de cada uno; que en caso de abandonar la quimioterapia la enfermedad puede reaparecer y convertirse en una enfermedad intratable, y de ser así es deber informar al ICBF su abandono.

Lo anterior guarda correspondencia con lo manifestado por el médico general, Dr. Andrés Fernando Martínez Muñoz quien en calidad de testigo técnico, afirmó que durante la estadía de la niña en el hospital, todos los acontecimientos presentados fueron hablados con los padres, agregando:

*“...Cuando un niño ingresa por esta enfermedad catastrófica, siempre la oncohematóloga le explica en que consiste la enfermedad, primero hay una serie de pasos para confirmar la enfermedad y tiene una serie de confirmaciones porque arrancar quimioterapia no es como arrancar manejo para una gastroenteritis, es una decisión que debe estar totalmente soportada y debe ser demostrada, cuando ya se tiene en cuenta que es lo que tiene el paciente **ella va y les comenta a los padres y les hace firmar, les muestra el consentimiento informado donde están todas las posibles complicaciones, ella les explica cada complicación los riesgos que pueden haber con la quimioterapia, los riesgos que la enfermedad pueden conllevar, que incluso es claro que siempre desafortunadamente la muerte está dentro de esas complicaciones, lo que pasa si la niña y ellos no acepta el manejo, y lo que puede pasar si acepta el manejo**... ella es la que les da la información, siempre es la especialista, la médico tratante solo me rijo a las órdenes que ella deja, y los protocolos que hay, y siempre que pasa por procedimiento quirúrgico o transfusión se le hace firmar consentimiento firmado y se les explica a los padres que es lo que se va hacer...”*

Las anteriores afirmaciones guardan total correspondencia con lo manifestado por la Dra. Patricia Montenegro, quien manifestó:

“...En el procedimiento de la quimioterapia soy yo la que de forma personal le explica a cada uno de los actores, se le explica tanto niños como padres una información adecuada para cada grupo, con los padres se hace en una entrevista personal, la hago yo con el padre y la madre, si hay testigos bienvenidos pero solamente esas dos personas en cuanto a núcleo familiar, se les explica claramente que se considera un tratamiento de quimioterapia que la intención inicial del tratamiento es curativa y se explican las cosas que están prohibidas durante el tratamiento, como incumplir las ordenes médicas, incumplir las citas, incumplir los controles, incumplir la realización de exámenes, acudir a medicina no legalizada medicina no evidencia, como ir donde la bruja, el hechicero, toxicólogo, homeópata durante la quimioterapia y de forma detallada se explica los efectos colaterales más frecuentemente presentados durante el tratamiento; en el caso de Diana se firmaron dos consentimientos de tratamiento oncológico, el primero con el primer protocolo de tratamiento que recibió y el segundo consentimiento para el segundo protocolo de quimioterapia; no se hace en el hospital o no se inicia ningún caso en pediatría de mi parte ningún tratamiento oncológico sin que haya un consentimiento previo de la familia, en este caso se encuentran los dos consentimientos firmados por el padre y madre en el primero, y el segundo firmado por el padre. Adicionalmente en las otras fases de la quimioterapia cuando se aplica otro tratamiento que se llama quimioterapia intratecal que es un tratamiento para aplicar a nivel de líquido cerebral y proteger de la leucemia el cerebro, cada procedimiento de estos que se requiere bajo anestesia general intrahospitalario se firma un consentimiento informado tanto con el médico tratante como el anestesiólogo antes del procedimiento, Diana además de eso tuvo muchos procedimientos adicionales, tuvo catéteres centrales en más de una oportunidad, tuvo lamentablemente un drenaje por absceso perianal, tuvo que hacerse una corrección de una fistula a nivel rectal, en cada uno de estos eventos tuvo consentimientos firmados por la familia...”

Una vez brindada toda la información y firmado el consentimiento para la aplicación del tratamiento, se dio inicio al **protocolo de quimioterapia LLA BMF modificado 2014**.

Durante el transcurso de aplicación de dicho tratamiento se evidencia que por medio de la trabajadora social y psicóloga se recomendó a la paciente y a sus padres que

“se considera importante continuar ayudando a la paciente a fortalecer su autoestima, que facilite mejorar hábitos de salud y alimentos, que ayuden a su adherencia al tratamiento.” Así mismo se observa atención continua por parte de terapia física, ocupacional, endocrinología, odontología, entre otros.

Iniciado el tratamiento de quimioterapia prefase, al quinto día de evolución se indica por parte de la oncohematóloga que *“No se ha logrado disminución óptima a pesar de los medicamentos, hoy ya cumple 5 días de prefase. Paciente con diagnóstico confirmado de LLA B. se dejó plasmado en la historia clínica que la paciente “ha tenido hiperglicemias de forma permanente, pero aún no ha requerido dosis de insulina.*

*Plan: - Hoy nueva inducción con: Vincristina – daunorrubicina – asparaginasa.
- Mañana 10 día de quimioterapia intratecal.
- Se hace firmar por los padres el consentimiento informado.
- exámenes interdiarios”.*

Hasta aquí observa el Despacho que durante el periodo de tratamiento de la quimioterapia la menor fue atendida y valorada de forma constante por un grupo interdisciplinario, y se le prestó el servicio médico asistencial requerido para su enfermedad como lo fue la oncohematóloga pediátrica, Dra. Patricia Montenegro, quien en reporte del 26 de junio de 2012 indicó:

*“Reporte de citometría de flujo del día 15 muestra Blastos del 32%, lo que corresponde a M2, es de mal pronóstico y habla de leucemia agresiva. El cariotipo no fue repetido, por no poderse realizar.
Ha estado estable, con neutropenia febril 2ra a quimioterapia.
Plan: - mañana biopsia
- Se explicara a los padres.
- Solicitud citometría de flujo de final de inducción tomar Julio 5/12”.*

Señala la historia clínica que para esa misma fecha, el endocrinólogo dejó reporte que la paciente había perdido 12 kilos desde la última valoración, manteniendo el régimen dietario que tolera bien, *“con descenso importante en consumo calórico, considero que la pérdida de peso es multifactorial a pesar de consumo de esteroides a altas dosis. No tengo en el momento el dato de la insulina basal ordenada previamente, pero el episodio único aislado, puede estar en parte mediado por la rápida pérdida de peso y el desbalance de la probable hiperinsulinemia e insulinoresistencia en descenso”.*

El 10 de julio de 2012, pediatría refiere en cuanto a la paciente que la evolución clínica ha sido favorable *“con disminución de corticoide C/72 horas, no ha vuelto a presentar hipoglicemia, ayer termino 7 días de manejo antibiótico con piperacilina tazobactam, valorada el día de hoy por endocrinología, quienes refieren que se puede continuar estudios ambulatorios con glucagón, se deja estipulada orden de fórmula de salida y otros de control ambulatorio médico, por lo cual se decide dar salida con signos de alarma, recomendaciones generales y dieta hipoglucida, fraccionada, con restricción de carbohidratos”.*

El 18 de julio de 2012, la paciente reingresa al servicio de urgencias, donde es nuevamente valorada por la oncohematóloga pediatra quien manifiesta que hay alto

riesgo de recaída temprana de la enfermedad, por lo que decide dejarla hospitalizada, y el 24 de julio inicia nuevo proceso de quimioterapia *protocolo ALL-BFM 95 modificado muy alto riesgo. Debe recibir dosis altas de metrotexate y desde hora 42 folinato de calcio. Plan: - quimioterapia IV*".

Posteriormente, el 31 de julio se indica "*paciente con LLA alto riesgo, tiene fiebre desde hoy, no hay episodio de sangrado, tiene alto riesgo de neutropenia, presenta EDA por lo cual se inicia piperacilina tazobactam, se solicitan hemocultivos, procalcitonina, PCR*". Permaneció en UCI pediátrica desde el 01 de agosto de 2012, al 09 de agosto del mismo año por presentar deposiciones diarreicas, Bacteremia por estafilococos hominis SSP hominis, salmonelosis; el 15 de agosto de 2012, le fue realizada nuevamente biopsia y aspirado de médula ósea, y luego de obtenida su recuperación se la da salida el 19 de agosto.

Las anteriores situaciones y circunstancias guardan correspondencia con lo señalado en la declaración rendida por el médico general Andrés Fernando Martínez Muñoz, quien manifestó:

*"...recuerdo que ingresó al hospital, una niña que había presentado sangrado vaginal, con una sospecha de leucemia para que continuara manejo con oncóloga pediatra, siempre se sigue unos protocolos para estudiar y confirmar la enfermedad que se sospecha, ella cumplió el ciclo de quimioterapia, todas las sesiones que maneja el protocolo de oncohematología, mi función como médico del piso de hospitalización es velar para que los niños estén bien, estables, brindarle la atención necesaria y a familiar, frente a novedad que se presente durante el turno; **Diana lo que recuerdo es que varias veces ingresó al hospital para su tratamiento, como consecuencia del proceso de quimioterapia tuvo varias hospitalizaciones extraordinarias independientes de su proceso de quimio por proceso neutropenia febril que es cuando las defensas disminuyen y hay un proceso infeccioso que se activa porque no hay mecanismo de defensa, ella varias veces tuvo varios ingresos a la UCI por esos cuadros de neutropenia febril para una mejor monitoria y evitar alguna futura complicación; se le prestó la atención oportuna, las cuestiones que siempre requirió en lo que estuvo al alcance durante el tiempo que estuve al cuidado de ella bajo mis turnos, fue la adecuada; la recuerdo mucho porque hay niños que a uno lo marcan, y ella fue uno de estos, inclusive también la acompañamos en sus 15 años y esas etapas a uno nunca se le olvida cuando esta con los niños ahí, desafortunadamente con el paso del tiempo Diana tenía recaídas, presentó proceso infeccioso, no recuerdo bien, sé que estuvo en UCI, la infección progresó y finalmente falleció...***

*Preguntado: usted manifestó que ella tuvo varios ingresos al hospital, fueron durante el proceso que ella presentó de su enfermedad base que fue la leucemia o tuvo ingresos anteriores? Respuesta: **casi siempre los niños ingresan por complicaciones secundarias a su enfermedad de base que es la leucemia, desafortunadamente la quimioterapia afecta células buenas como células malas, y en ese proceso las defensas disminuyen y facilita la infección por gérmenes oportuna lo que genera que varias veces haya ingresado, se le daba su protocolo de neutropenia febril y en el caso que eso avanzara, o hubiese complicación o riesgo que amenazara su vida, se trasladaba a la UCI, ella tuvo varios ingresos independientes y secundarios a su enfermedad de base**".*

En cuanto a la capacidad técnica y manejo brindado al diagnóstico de la paciente, dijo:

“...a pensar que nuestro sistema de salud es un poco complejo y difícil, a nuestros niños tratamos de darle lo mejor en lo que esté al alcance y frente a un examen que no se le realizara en el hospital, siempre se empieza hacer los tramites extra institucionales, los padres también son conscientes y se les informa que hay exámenes que no se hacen en Ibagué y hay que realizarlos en Bogotá, lo que yo siempre he visto es que la oncohematologa es la que los solicita, porque es quien maneja la enfermedad, ella es la especialista en canceres de niños es quien ordena los exámenes especializados y pues obviamente ello a veces toma su tiempo porque no se realizan acá, se realizan en Bogotá o porque puede haber una tardanza en que la EPs ubique donde se puede realizar esos procedimientos o exámenes, pero en cuanto a la atención en el hospital cuando diana requirió el traslado a uci lo hubo, siempre que presentó los cuadros de neutropenia febril estuvo con cubrimiento antibiótico, la oncohematologa pues también nos daba las directrices de seguir frente a estos casos incluso nosotros sabemos manejar estos protocolos porque a veces llegan niños en tiempo que ella no está, pero ella está siempre al tanto y uno ya sabe que arrancar y los médicos de urgencia también lo hacen...”

También se le interrogó al testigo técnico si era normal o no dentro del proceso de quimioterapia al que fue sometida Diana Lizeth que presentara alguna baja de defensas, a lo cual respondió que:

“...aunque yo no soy el médico especialista en el campo, pero obviamente tengo que tener capacitación para estar con estos hijos, lo que uno observa es que el proceso que tuvo Diana es el mismo proceso que presentan varias pacientes, ingresa muchas veces ya sea por progresión de la enfermedad o algún deterioro infeccioso causado por la misma quimioterapia,, es común que éstos niños casi siempre terminados, a los 8 días de terminada la quimioterapia o días menos puedan volver a reingresar porque sus defensas han bajado, y requieren manejo médico, requieren estar aislados, y un tratamiento muy especial y estricto para evitar complicaciones, yo podría decir que las veces que diana ingresó en lo que recuerdo fue por neutropenia febril, complicaciones secundarias, complicaciones de absceso perianal, es de muchas veces, no solo diana, se presentan en otros niños depende de donde se ubique la infección o donde el germen tenga mayor afinidad, no se puede definir con precisión en un momento determinado que le va dar una infección en cierto lado, sino que ellos ya llegan infectados y tenemos que buscar el foco...”

Igualmente, hizo referencia a que los protocolos utilizados para la Leucemia Linfóide Aguda que padecía la paciente eran netamente potestad de la oncohematóloga, y de ello se derivaban los diferentes protocolos para el manejo de la neutropenia febril o manejo de colitis neutropélica, u otra serie de complicaciones que se puedan presentar; agregó que siempre hay un protocolo de manejo y habla de cada foco infeccioso, que antibiótico se debe arrancar y que constante se debe vigilar en esos casos.

En cuanto al cuadro de infección que sufrió la menor, señaló el testigo en su declaración que:

“...recuerdo que casi siempre ingresa por proceso de neutropenia febril, siempre están con las defensas bajas, llegan con recuento bajo de neutrófilos, y así mismo llegan con fiebre, uno entra a buscar el foco, sé que Diana ingresaba por cuadro abdominal o absceso perianal que tuvo, creo que ese fue con lo que empezó su parte final, estaba con sus defensas bajas, la doctora dentro de sus protocolos siempre hace un seguimiento de la enfermedad y hay ciertos estadios durante la

quimioterapia hace exámenes especializados para ver si está limpia la médula ósea que es donde se producen las células y se infiltran las células tumorales, y creo que Diana estaba en recaída y eso no contribuye a que ella hubiese mejorado, eso puede empeorar, recaer en alguna parte, puede ser tumoral, se puede sobre infectar y si esta con las defensas bajas puede llevar a lo que pudo haber ocurrido...”

En similares circunstancias declaró la médico tratante de Diana Lizeth Pulido, Dra. Lilian Patricia Montenegro Aguilar, médico pediatra y hematóloga pediatra oncológica, quien conoció todo el proceso de leucemia diagnosticado a la menor, quien en su testimonio precisó los siguientes aspectos sobre el ingreso y tratamiento brindado a la menor:

“...En mayo de 2012 se recibió una paciente obesa, con una hemorragia uterina normal, de nombre Diana Forero, esta paciente llegó con un problema al parecer en sangre, por ese motivo fue inicialmente valorada por el grupo de ginecología como primer especialidad tratante ante que el sangrado era en vía ginecológica, el grupo de ginecología encontró unos exámenes anormales en sangre y solicitó valoración por el hematólogo ella se encontraba en la sede de Limonar en cuyo momento el grupo que atendía hematología era medicina de adultos, fue vista por hematólogo de adultos y el hematólogo de adultos luego de hacer el estudio de la historia clínica consideró que la paciente si cursaba con una enfermedad hematológica y remitieron la paciente a la sede de la Francia donde está ubicada el servicio de pediatría y donde laboro yo. Allí la paciente fue valorada por onco hematología pediátrica, yo realice la solicitud de los procedimientos necesarios para poder hacer el diagnóstico de la enfermedad hematológica los exámenes que traía Diana al principio permitían hacer la sospecha de una leucemia aguda, y se tomaron las pruebas específicas para hacer el diagnóstico exacto de esa enfermedad, para hacer el diagnóstico de leucemia linfocítica aguda, toca hacer toma de pruebas en médula ósea, se tomaron varias pruebas, entre esas biopsia de médula ósea, mielograma, citometría de flujo, cariotipos de estados leucémicos y una prueba específica que se llama cromosoma filadelfia, todas estas pruebas le fueron tomadas a Diana y permitieron hacer el diagnóstico de leucemia linfocítica aguda de común de cariotipo 46 xx cromosoma filadelfia negativo, con base en estos hallazgos se le plantea a la familia un primer tratamiento que es lo que en ese momento se estaba implementando a nivel país, se le ofrece una cosa que se llama protocolo ashop 2006 por la edad de la paciente se considera que es una leucemia de alto riesgo y la paciente inicia con lo que se llama una quimioterapia de inducción que son entre 4 y 6 semanas de medicamentos combinados con el fin de hacer control de la enfermedad, esta paciente estando todo el tiempo hospitalizada desde el primer ingreso recibe esta quimio inicial se hace una valoración al día 15 de ese tratamiento como va evolucionando y la evolución al día 15 de Diana es mala, es decir que tiene mucha cantidad de células tumorales, y para una tercer evaluación que se hace al final de la primera fase de inducción y la respuesta al final de la inducción se considera mala, quiere decir que la paciente tenía más de 1 por ciento de células tumorales al finalizar la inducción; con esa información se considera que la paciente tiene una leucemia linfocítica aguda de mal pronóstico porque no responde a la inducción inicial y se solicita un cambio de protocolo de lo cual se le informa a la familia y se pasa a un protocolo que se denomina BFM para leucemia linfocítica aguda con un brazo que se aplica como alto riesgo, que fue el segundo tratamiento que se le ofreció a la paciente; todos los pacientes que tienen leucemia de alto riesgo y con un comportamiento de mal pronóstico, son pacientes que se deben considerar que además de la quimioterapia convencional deben ser llevados más adelante en su tratamiento a un trasplante de médula ósea, por eso queda consignado en la historia clínica que durante la evolución recibiendo el segundo protocolo de la quimioterapia, se hicieron las solicitudes de los estudios pertinentes para el estudio pre trasplante y fue valorada por un grupo de trasplante en la ciudad de Bogotá, la paciente en

todos los estudios de compatibilidad para donantes de trasplantes fue la información incompleta es decir que todo el grupo familiar eran donantes no idénticos , para el año en que ella presento la enfermedad en Colombia no existía la opción de trasplante de medula ósea aprotentico, pero solamente Colombia podía ofrecer idénticos por eso la paciente no fue llevada a trasplante de médula ósea por ese motivo”

Por otra parte, también se evidencia que para el 28 de agosto de 2012, la paciente ingresó al servicio de hospitalización para quimioterapia intratecal, la cual fue iniciada el día 30 como se observa en la historia clínica:

*“Paciente con LLA, reporte de proteína/ palabra ilegible <1, lo que permite el inicio de la quimioterapia. Completa 24 h de hidratación. Se inicia quimioterapia con Vincristina – metrotexate x 1 día.
Ifosfamida altas dosis por 3 días – 5 días.
Mesna altas dosis por 3 días – 5 días.
L. asparaginasa 19.000 U IM dosis única.
Antiemético y la hidratación alcalinizada.
Control estricto próximo domingo.
Próximo miércoles sep-05-12 aspirado y biopsia de medula ósea + citometria de flujo. se deja la orden.
Enjuague con agua bicarbonatada.*

Terminado el protocolo de quimioterapia en condiciones satisfactorias, se deja constancia en la historia clínica que no hay sangrado en otra ubicación diferente a la uterina, y que dicho sangrado menstrual es escaso, por lo que se da salida con recomendaciones, signos de alarma, y se indica que la próxima quimioterapia es el 11 de septiembre.

El 10 de septiembre de 2012, ingresa nuevamente para dar inicio a quimioterapia la cual culmina el 12 de septiembre; también refiere la historia clínica que el 05 de octubre de 2012, la paciente fue trasladada al Hospital La Misericordia en Bogotá para cita de trasplante de medula ósea, quien considera estudio de compatibilidad para primos hermanos; el 08 de octubre inicia de protocolo de quimioterapia, con salida el 12 y reingreso el 15 para “Dosis No 2 de L-asparaginasa”.

El 15 de octubre es hospitalizada de nuevo para posible aplicación de la “2ª dosis de asparaginasa, pero se advierte que tiene anemia severa y trombocitopenia severa, por lo cual hoy no es apta para el inicio de quimioterapia por la pancitopenia.; presenta neutropenia febril, hay foco claro en área perianal, tiene dolor expansivo a la palpación del ano, en las 12 a 2, no hay sangrado, no signos externos de inflamación, no úlceras perianales, tiene ausencia de sangrado vaginal hoy. No hay pico febril, se documenta infección vías urinarias (IVU) por E. coli y ante el foco perianal se decide cambio; seguidamente aparecen abscesos en tejidos blandos en la cara”

Ante la situación se dio traslado a UCIP, donde se suministró proceso de antibióticos para controlar y erradicar las sepsis que estaba presentado, y en razón a su mejoría le fue recomendada la hospitalización en casa, con catéter central por 7 días para suministro de antibióticos.

El 13 de noviembre de 2012, reingresa para continuar con proceso de quimioterapia donde le practica de nuevo catéter venoso central y adecuada tolerancia a la quimioterapia intratecal, con salida el 20, “durante la hospitalización le administraron para quimioterapia: citarabina, etóposido, asparaginasa, Vincristina, metrotexate, ciclofosfamida y se realizó quimioterapia intratecal triple” Así mismo, se programó nuevo reingreso el 24 de noviembre; el 23 reingresa por lesiones en boca siendo tratada por servicio de hospitalización, y con fecha de salida el 05 de diciembre de 2012.

El 09 de enero de 2013, Diana se hospitaliza de nuevo para nuevo ciclo de quimioterapia, el 11 de enero del 2013, se deja la siguiente nota médica:

“...En el mes de Diciembre la paciente aumenta 4 kg por mala alimentación, se le ha explicado a la paciente y a la familia de forma reiterada que la OBESIDAD es un factor de riesgo de RECAIDA, no respuesta y resistencia a los medicamentos. No ha tenido la familia y la paciente el entendimiento para comprender y aceptar que la obesidad es una enfermedad adicional a corregir. Considero que este evento de peso es muy grave y demuestra MALTRATO INFANTIL, ya que la madre NO ha entendido la gravedad de sus acciones. Por lo anterior se notificara al ICBF de este comportamiento...”

Ante dicha situación fue objeto de tratamiento por parte de la trabajadora social, tanto a los padres como a la menor en el entendido que debían comprender la gravedad de la situación de la niña y que la obesidad era otra enfermedad concomitante que padecía, por lo cual debía ser tratada por la familia en casa, señalándole que el aumento considerable de peso no favorece el tratamiento que requiere la paciente, lo cual había sido informado a las partes en reiteradas oportunidades

Se dejó anotación en la historia clínica donde la madre refiere manipulación adecuada de los alimentos en casa, pero reconoce “cometí un error”, al referirse al aumento de peso de la paciente; durante la entrevista estuvo presente la Dra. Marina Nutricionista del Hospital, a quien la madre de la paciente refería que Diana no gustaba de los alimentos hospitalarios (ella no come nada de lo que dan aquí). Manifestando inconformidad, es así como la nutricionista facilita opciones de dieta para que la niña se alimente adecuadamente y se logre el objetivo de estabilizar su peso, frente a lo cual la madre se compromete ante el equipo interdisciplinario a seguir recomendaciones que garanticen una adecuada estancia hospitalaria a la paciente y adecuados hábitos alimentarios en casa.

También se dejó nota por nutrición y dietista, en la que se dice:

“...No ha querido recibir la dieta ordenada debido a su sobrepeso, padres demandantes y muy despotas con el personal médico y de enfermería, se refieren en términos despreciables a los alimentos y sugieren traer alimentos de la casa pese al conocer el sobrepeso de su hija y los riesgos que esto trae para su tratamiento. Son muy demandantes con todo el personal, en especial la madre, siempre busca la manera de no aceptar sus errores y echar la culpa de lo que sucede a su hija, al personal médico. La paciente lastimosamente sigue el ejemplo de sus padres y el trato hacia el personal de enfermería no es el mejor. Se habla con la nutricionista y se buscan salidas para ayudar a la paciente a controlar su peso con la dieta, pero ella no

colabora. No se comió el almuerzo, se comentó con oncohematóloga pediatra, quien refiere que la paciente no puede dejar de alimentarse de manera adecuada y que de ser necesario se pasara sonda nasogástrica, finalmente la nutricionista habla nuevamente con la paciente pero ella no acepta la dieta ordenada, por lo que por orden de oncohematología, se considera administrar glucerna de acuerdo a las calorías que la paciente requiera para evitar su desplome, en la medida que acepte su dieta se suspenderá la glucerna. Requiere intervención inmediata multidisciplinaria por trabajo social y psiquiatría infantil para direccionar y concientizar a los padres y a la paciente sobre su enfermedad, su dieta y el trato hacia los demás... “como esta gorda, entonces la ponen a aguantar hambre y no le dan sala de cirugía”, “ya le hablan feo y todo”.

En valoración por psiquiatría se deja anotación que la paciente no come en el hospital, ***“dice que no le gusta la comida del hospital”, “la madre dice no le gusta esa porquería que le dan”, en cambio en la casa come de todo, por eso se engorda”.*** ***Medico informante explico a la paciente y madre el riesgo de recaída con la obesidad y el aumento de peso de la paciente, sin embargo dificultades en el servicio. Madre demandante “la doctora no le debió hablar así a mi hija, ella come normal y ella ya sabe; además siempre ha sido así... cuando a ella no le gusta algo pues se pone brava”.***

El testigo técnico en cuanto al contacto directo que tuvo el personal médico del hospital con la familia de Diana Lizeth Pulido Forero dijo que los ***“niños de oncología, sin que los demás que no son de oncología sean menos importantes, son los que tiene prioridad en el servicio, requieren una mayor atención por parte de nosotros, son más propensos y débiles a las infecciones y a la misma muerte, son niños que están luchando contra una enfermedad muy agresiva, siempre y por protocolo la oncohematóloga siempre inicia manejo multidisciplinario siempre está acompañado de sicología, trabajo social, psiquiatría infantil, odontología, nutricionista, siempre siempre, hay momentos que hay dificultades ya sea porque el niño no se siente a gusto o los padres están inconformes por alguna situación, y se busca un medio conciliatorio, siempre se busca la sicóloga, Con diana tuvimos una vez que buscar ayuda de sicologa, nutricionista y siquiatra infantil y se le dio apoyo a los padres en esas situaciones, se busca manejo cuando hay alguna situación que se empieza a tornar difícil con el paciente o con los padres”.***

Luego de la aceptación por parte de la familia de la paciente respecto del incremento de sobrepeso que padecía Diana Lizeth, y una vez ésta inició a tolerar la dieta alimentaria brindada por el hospital, se le practica proceso de quimioterapia el 14 de enero de 2013, se le da salida el 17 del mismo mes y año y con reingreso el 24 de enero, donde se le continua proceso de quimioterapia, con salida el día 29 de enero; ingresa para quimioterapia el 18 de febrero y sale el 27 del mismo mes y año.

El 1 de marzo de 2013, ingresa nuevamente Diana Lizeth ***“por presentar fiebre alta, no cuantificada, asociada a dolor en región interglútea y presencia de sangrado menstrual abundante”*** quien al día siguiente continúa ***“con neutropenia febril y absoluta, alto riesgo de complicación y deterioro por sepsis. No ha presentado sangrados. Requiere traslado a UCI-P. Se comenta con pediatra de turno quien acepta a la paciente posterior a realizar cambio internos para su traslado; durante su estancia en la UCI se deja nota que la paciente está crítica, “grave con hipertensión arterial, con neutropenia febril, inmunodeprimida, picos febriles, pancitopenia severa, con trombocitopenia severa, alto riesgo de sangrado de SNC, con sepsis por E. Coli, múltiples riesgos a complicaciones,***

más muerte. Con absceso perianal. Altas concentraciones de oxígeno FiO2: 100%. Pronóstico reservado a evolución. Se informa a padres estado actual y riesgos de muerte; con diagnóstico de LLA alto riesgo, Neutropenia febril, sepsis E. coli, endocarditis bacteriana, hipertensión arterial, absceso perianal”.

En atención a su mejoría fue trasladada a piso el 08 de marzo, donde le fueron manejados los múltiples diagnósticos emitidos por los diversos profesionales que le brindaron atención médica; se realizó drenaje de absceso con material purulento; el 19 de marzo se realiza drenaje de absceso perianal por medio de cirugía general y luego de su recuperación le dan salida el 28 de marzo de 2013.

El 11 de abril de 2013, la paciente reingresa al servicio de urgencias donde se emitió el siguiente diagnóstico de ingreso:

“Diagnósticos de ingreso:

Principal: Absceso perianal con fistula perineal. K612

Diagnósticos relacionando 1: Antecedente de LLA

Diagnósticos relacionando 2: Obesidad Mórbida

Diagnósticos relacionando 3: Acantosis nigricans.

Análisis: *paciente en adecuadas condiciones generales, con antecedente de absceso perianal drenado hace un mes y una semana (19-03-13), se trató además con piperacilina tazobactam. Ahora reconsultar porque ha persistido la secreción a través del ano, no es de características infecciosas, se sospecha fistula perianal en paciente con inmunosupresión”.*

El 18 de abril, se le realiza fistula de ano perineal, con el siguiente hallazgo “Absceso en proceso cicatricial de localización perineal, con fistula ano- perineal, se realiza drenaje del absceso y lavado quirúrgico. No complicación, no secuelas” se da salida el 19 de abril por cirugía pediátrica Dr. Gutiérrez, cita control en 30 días y formula con Procicar crema y baños de asiento con Isodine, se dan signos de alarma y recomendaciones; regresó el 06 de mayo por causas similares y fue dada de alta el 11 de mayo.

Reingresa el 15 de mayo por dolor intenso perianal asociado a material serosanguinolento por absceso, se hospitaliza para manejo del mismo y seguimiento por neutropenia severa.

El 17 de mayo se deja la siguiente nota médica:

“Diana hoy confiesa que no obedeció la orden de coloproctología de hacer los baños de asiento. *La paciente desde ayer inicia el manejo de baños de asiento, con lo cual hay mejoría y hay **palabra ilegible** de reducción del dolor, tiene ausencia de salida de material purulento o hemático por el ano.*

*El problema infeccioso perianal va hacer recurrente, ya que la fistula no se ha corregido, ha de suspender la quimioterapia. **La paciente no cumple con las recomendaciones de coloproctología, lo que probablemente se relaciones con la complicación actual.** La paciente tiene hemograma de hoy en HB: 6.0 PLT: 21.000.*

El 20 de mayo refiere la historia clínica:

“...edema facial, con enrojecimiento, rubor y calor en hemicara izquierda. Clínicamente se evidencia gran masa a nivel de hemicara izquierda, con edema,

eritema insinuado, equimosis a nivel de mejilla izquierda con sufrimiento piel en región mentoneana. Intraoralmente equimosis y edema de la mucosa gingival, sin estigmas de sangrado o secreción, no es posible evidenciar todas las piezas dentales por edema y dolor al tacto. No signos de dificultad respiratoria. La lesión es de crecimiento muy rápido y ya impide la apertura oral. Por las características de la lesión no se descarta etiología tumoral. Se evidencia en carrillo edema submandibular izquierdo hasta el 1/3 medio superior derecho. los padre traen hoy el reporte de la última citometria de flujo de Diana, hoy según este reporte 67% de linfoblasto. CD 45 (-), CD 19, 10, HLA DR, CD 34, TdT cy- CD 79acy (+). Lo que confirma una recaída hematológica en tratamiento.

Plan: - traslado a UCI P

- Solicitud cuadro hemático post trasfusional.

- Se explica al padre y la madre de Diana y a Diana la recaída tumoral.

- La situación de Diana es muy grave y si la lesión es tumoral, esta rápida progresión puede llevar a compresión extrínseca de la vía aérea y muerte en las próximas horas.

- PRONOSTICO VITAL RESERVADO.

Análisis: Paciente es regular estado general con deterioro clínico progresivo, inmunosuprimida, por enfermedad de base, quien cursa con un aparente cuadro infeccioso, con posible origen en tejidos blandos faciales.

Análisis: paciente en muy malas condiciones generales, critica grave, con inestabilidad hemodinámica a pesar de alto apoyo inotrópico + vasoactivo + hidrocortisona + vasopresina, mal perfundido, en ventilación mecánica, en ayuno, hipoglicemia, con hipocalcemia/ hiponatremia e Hipokalemia, febril, séptica, con lesión necrótica con persistencia de muy rápida progresión, ya el compromiso es de toda la hemicara izquierda, cavidad oral y cervical izquierda. Bajo sedo-analgésia y relajación, con pronóstico muy reservado, muy alto riesgo de muerte en las próximas horas. la paciente fallece...”

De acuerdo con el análisis probatorio realizado en precedencia, el despacho encuentra que la menor Diana Lizeth Pulido Forero recibió por parte de las entidades aquí demandadas la atención en salud tanto ambulatoria como hospitalaria requerida para sus múltiples diagnósticos, la cual a juicio del Despacho fue oportuna, continúa, eficiente y acorde con las patologías presentadas.

Ello es así, atendiendo a que una vez ingresó la menor al Hospital Federico Lleras Acosta se le realizaron de manera oportuna los exámenes procedentes y requeridos por los profesionales especialistas en la materia para emitir el diagnóstico de Leucemia Linfocítica Aguda, como efectivamente quedó plasmado en párrafos anteriores, donde se evidencia que fue objeto de pruebas médicas de laboratorio, rayos x, ecografías, biopsias, aspiraciones de medula ósea, entre otros, luego no pudo predicarse que existió un diagnóstico tardío, ni mucho menos un error en este como lo afirma la parte actora en su demanda, pues se ítera, a la paciente se le pusieron a su disposición todos los elementos y equipos requeridos para un oportuno y acertado diagnóstico.

Mírese bien, que una vez la menor ingresa por servicio de urgencias en el Hospital Federico Lleras Acosta el 26 de mayo de 2012, se decide dejarla hospitalizada por una sospecha de leucemia, y de forma inmediata se ordenan las valoraciones y exámenes pertinentes para confirmar o descartar la sospecha, lográndose establecer en el menor tiempo posible que Diana Lizeth a más de presentar obesidad estaba afectada por el cáncer antes mencionado, por lo cual de inmediato fue puesta en tratamiento de quimioterapia.

Así mismo, se evidencia, que tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de su enfermedad LLA, la paciente siempre tuvo la profesional idónea y competente en dicho campo, la Dra. Patricia Montenegro pediatra oncohematóloga, quien dirigió y estableció los protocolos a seguir de acuerdo a su patología y conforme los conocimientos especializados en dicha área, pues quien más que ella para valorar, diagnosticar y ordenar el tratamiento a seguir conforme la patología que presentaba la menor, en atención a que se trata de una profesional con amplios conocimientos y extensa experiencia en el tema.

A más de ello, también tuvo soporte médico en otras áreas como lo fue con el endocrinólogo, cirugía general, ginecología y obstetricia, psicología, psiquiatría, odontología, terapia física, etc, conforme se logra evidenciar en la historia clínica física aportada al proceso, como la allegada en medio magnético, donde dan cuenta que la menor en sus múltiples hospitalizaciones recibió atención por diversos profesionales en el campo de la medicina, quienes realizaron sus respectivas valoraciones y recomendaciones; de ello da cuenta las diversas anotaciones vistas en el documento antes referido que fueron confirmadas con las declaraciones del doctor Andrés Fernando Martínez Muñoz y la doctora Patricia Montenegro, médicos tratantes de la ya en múltiples oportunidades nombrada.

Así las cosas, no puede predicarse que existió una falla médica por falta de interconsulta ni tratamiento inadecuado como se sostiene en la demanda, o al menos de lo visto en el proceso, lo que se logra evidenciar es que la entidad hospitalaria brindó y puso al servicio de la paciente todos los servicios médicos asistenciales para una pronta, oportuna y eficiente prestación de los servicios requeridos, todo conforme a la *lex-artis* que debe seguirse en este tipo de enfermedades y cuando la misma se presenta en menores.

Aunado a lo anterior, también se logra evidenciar que durante todos los ingresos que tuvo la paciente para recibir su tratamiento de quimioterapia, previamente se le realizaban los laboratorios ordenados por la médico oncohematóloga así como procedimientos necesarios para practicar los protocolos ordenados por la profesional, como era elaboración de catéter central y exámenes, y de forma posterior la práctica de múltiples aspiraciones de médula ósea a fin de determinar la presencia o no de células tumorales, y así establecer la continuidad de los protocolos de quimioterapia a brindar.

También queda desvirtuado el argumento referente a la falta de ausencia de consentimiento informado durante el tratamiento, toda vez que se encuentra ampliamente demostrado con la prueba documental y testimonial antes referenciada, que los padres de Diana Lizeth estaban enterados amplia, clara, precisa y oportunamente sobre el diagnóstico de LLA de su hija, el tratamiento a seguir y las consecuencias positivas y/o negativas del mismo; tanto es así, que obran en el expediente los formatos firmados por ellos para la aplicación de quimioterapia, así como las notas en la historia clínica sobre las valoraciones,

exámenes, procedimientos y diagnósticos emitidos a la paciente durante los múltiples ingresos que tuvo al hospital aquí demandado.

Lo anterior guarda total correspondencia con lo informado por la Dra Montenegro quien dijo al rendir declaración dentro del presente asunto que era ella quien de manera personal le explica a cada uno de los actores, una información adecuada, explicándoles claramente que se considera un tratamiento de quimioterapia que la intención inicial del tratamiento es curativa y se explican las cosas que están prohibidas durante el tratamiento, como incumplir las ordenes médicas, incumplir las citas, incumplir los controles, incumplir la realización de exámenes, acudir a medicina no legalizada medicina no evidencia, y de forma detallada se explica los efectos colaterales más frecuentemente presentados durante el tratamiento; en el caso de Diana se firmaron dos consentimientos de tratamiento oncológico, el primero con el primer protocolo de tratamiento que recibió y el segundo consentimiento para el segundo protocolo de quimioterapia.

A más de ello, se evidencia con suma claridad que el personal interdisciplinario que valoró a la menor, entre ellos psicología, psiquiatría y terapia social también prestaron asistencia a los padres de Diana en cuanto a la manera de asumir la difícil situación que padecía su hija, la forma en que podían ayudarle a la niña en el tratamiento brindado por la entidad hospitalaria y las recomendaciones pertinentes intra-hospitalaria y en casa para la adecuada recuperación de la misma.

Contrario a ello, se evidencia en la historia clínica que el actuar de los padres de Diana Lizeth no fue el más adecuado ni el más colaborador con la situación de la menor, pues en cabeza suya estaba el deber de ayudar a su hija a bajar de peso, toda vez que la obesidad que padecía era uno más de los varios diagnósticos reseñados en toda la historia clínica durante el proceso de su LLA, y era necesario que tuviera unos buenos hábitos alimenticios para lograr el peso esperado acorde a su edad y talla, así como para que el tratamiento de quimioterapia fuera lo más efectivo posible, ya que entre más tejido adiposo, menos la posibilidad de los medicamentos en llegar a dicha zona y por ende la persistencia de células tumorales en tales lugares.

Muy por el contrario a lo requerido por el personal médico, el peso de Diana aumentó para finales del año 2012, cuando aún le estaban realizando los protocolos de quimioterapia, asociado a que se rehusaba a recibir la dieta alimentaria brindada por el hospital conforme lo ordenado por el nutricionista y dietista, según se evidencia en la historia clínica y quedó establecido en párrafos anteriores.

Ello también se ve reflejado en el testimonio de la Dra. Patricia Montenegro, quien afirmó en su declaración:

“...durante el tratamiento que recibió la paciente presentó múltiples complicaciones debido a la obesidad, debido a la leucemia, debido al incremento de azúcar en la sangre, incrementos de lípidos en la sangre, incumplimiento reiterado en las recomendaciones dietarías, incumplimiento reiterado en recomendaciones dadas por el endocrinólogo para hacer un control adecuado de

su peso, el incumplimiento de las recomendaciones dadas por los médicos que manejaron la parte de cirugía como complicaciones derivadas de las fistulas anales que presentó la paciente, y estas infecciones reiteradas favorecieron a que la quimioterapia se retrasara y que la paciente recayera al final de su vida, recaer quiere decir que después de haber logrado tener la paciente sin células tumorales como lo denotan los reportes de medula ósea que pudimos realizar, la enfermedad reapareció, reapareció asociada a una infección y esta infección fue la que la llevó a la muerte...”

Dentro de su declaración agregó:

*“...Como denota la historia clínica, la paciente fue valorada por el servicio de nutrición en varias oportunidades, uno, y nutrición daba el esquema claro cómo debería ser la dieta que la paciente debía recibir y **de lo que manifestaba en el interrogatorio alimentario de lo que la familia le daba a la paciente era completamente diferente a las orientaciones que daba nutrición, primero; segundo, en las hospitalizaciones cada vez que un paciente va recibir un ciclo quimioterapia el paciente se pesa y se talla, con el fin de uno adecuar con base en el peso actual el tratamiento que va recibir, en varias anotaciones que hay en la historia clínica vemos que la paciente en vez de bajar de peso como se logró en la parte inicial de la quimioterapia la paciente seguía subiendo de peso de forma reiterada; tercero, en las reglas del hospital está claro que los pacientes que tienen este tipo de tratamiento no deben recibir alimentos externos, esta familia de forma reiterada entraba de forma ilegal, escondía comida dentro de la ropa de la niña, guardaba comida en un sitio que no tenía refrigeración entonces la paciente comía cosas no debidas a todo momento. Adicionalmente, el endocrinólogo que la vio en dos oportunidades en la primera hospitalización fue claro con la familia de cuáles eran los riesgos derivados de mantenerse en la condición de obesidad y lamentablemente después de estas primeras hospitalizaciones la paciente nunca volvió a la consulta con endocrinología, entonces por eso podemos demostrar que la paciente no cumplía con la recomendación dietaría ni cumplió con las citas que fueron ordenadas para otras especialidades ayudantes del tratamiento...”***

También se encuentra probado que la propia Diana en múltiples ocasiones incumplía las recomendaciones emitidas por los médicos tratantes en el entendido de cuidar sus hábitos alimenticios, bajar de peso, realización de baños de asiento ordenados en sus últimos ingresos debido a absceso perianal que tenía, aspectos que de alguna manera contribuyeron en el fatal desenlace que tuvo la menor.

Igualmente se evidencia que la actitud de los padres de la menor en diferentes ocasiones no fue la mejor, en atención a que mostraron un comportamiento displicente, desafiante y hasta grosero con el personal de enfermería, el cual de cierta forma contribuyó para que el comportamiento de Diana Lizeth también fuera déspota y grosero con el personal del hospital.

En lo que refiere a la supuesta atención deshumanizada brindada a la paciente, observa el Despacho que en el proceso se allegaron unas fotografías donde la menor esta acostada en el piso de la entidad hospitalaria, a lo cual la médica pediatra oncohematóloga se refirió de la siguiente manera:

“...En una de las hospitalizaciones de diana, la persona que hizo solicitud de cama cometió un error en trasladar a diana, lo que ocurrió llevo al sitio de pediatría, la enfermera del servicio de pediatría le dijo que esperara en la sala, y la familia puso

*a diana en el piso mientras se esperaba que a la niña le consiguiera una cama...
En ese momento estaba en la sala de espera la disponibilidad de las sillas en el
servicio de pediatría...”*

Dicha afirmación no puede tenerse como un hecho probado en atención a que las fotografías por sí solas no constituyen un medio probatorio eficiente para demostrar un hecho o una situación, y en el caso bajo estudio brilla por su ausencia medio probatorio alguno que corrobore dicha versión.

Contrario a ello, de la prueba testimonial se logró establecer que a la menor le festejaron sus 15 años estando hospitalizada dentro de las instalaciones del Hospital Federico Lleras Acosta por parte del personal médico asistencial de la entidad, lo que permite inferir con claridad que Diana no fue una paciente más de las muchas que pasan tal servicio, sino que fue una niña que en razón a su condición clínica y al trance emocional de su vida, le fue atendida humanamente y conforme los protocolos.

Similar situación sucede en lo que respecta al trasplante de médula ósea, ya que los estudios de compatibilidad de los cuales fue objeto la menor, no eran garantía absoluta para recuperar su estado de salud, en atención a que no existía la compatibilidad requerida para ello, y en todo caso porque la muerte de Diana Lizeth no obedeció a la falta de dicho trasplante sino a otra serie de circunstancias que en conjunto conllevaron al fatal desenlace; luego es claro que para los momentos finales de la vida de la paciente, el trasplante de médula ósea no era la solución efectiva e inmediata al cuadro infeccioso que presentaba la menor, ni hubiese prolongado su vida.

Por otra parte, en lo que tiene que ver con el acceso de los servicios médicos por medio de fallos de tutela, encuentra el Despacho que tal afirmación carece de respaldo probatorio, puesto que en el proceso no obra prueba alguna que acredite que las intervenciones, seguimientos y valoraciones efectuadas a la menor fueran el producto de una orden judicial, pues como se referencio en antecedencia la orden judicial solo fue con respecto a la prueba de compatibilidad de médula ósea.

Similar situación sucede con el resto de afirmaciones realizadas por la parte actora en lo que atañe a la presunta sobre medicación, tramitología administrativa, falta de continuidad en el tratamiento, falta de control y vigilancia farmacológica, falta de previsión de los médicos y personal administrativo, entre otros, los cuales se quedaron en simples manifestaciones efectuadas en el escrito de demanda, olvidando la carga probatoria que le asiste a quien alega un hecho conforme se indica en el artículo 167 del Código General del Proceso.

En este orden, considera el despacho que el daño por sí sólo, o las simples manifestaciones hechas en el escrito demandatorio, no son suficientes para imputar responsabilidad a la demandada, sino que se requiere de mayor actividad probatoria, esto es, demostrar cada uno de los cargos invocados que a su juicio fueron la causa eficiente del daño ò que por dicho motivo se causó el deterioro progresivo de la salud hasta ocasionar la muerte.

Ahora, de lo manifestado por la especialista en su declaración, el desenlace fatal de la menor obedeció a complicaciones propias de la situación de su salud y secundarias a la enfermedad que padecía, según señaló:

“...El incumplimiento en recomendaciones de alimentación y de cuidados y asistenciales de otras especialidades, las morfibilidades de la menor fueron fundamentales, si yo tengo una infección en mi cola donde me sale pus por la cola y tengo dolor, y tengo que tomarme laxante, y hacerme baños de asiento y aseo en el área genital y si no hago eso, que es algo básico, pues mi infección va empeorar y eso le paso a Diana, esas infecciones al igual que las otras muchas que tuvo favorecieron al desenlace final, a Diana la mato una infección en la cara, la principal hipótesis, es que la paciente tenía muchas células tumorales, defensas bajas e ingirió alimentos que causo lesión en piel, el comer comida no adecuada y no cumplir con las recomendaciones, si seguíamos con este curso ese sería el desenlace que la llevo a la muerte...Todo paciente que recibe quimio, sus defensas se debilitan... y si yo pierdo defensas, hay mala higiene en el área genital hay incremento en vulva... cualquier deposición dura puede lesionar, fisurar y sufrir lesión...La primera causa son las bacterias de mi cuerpo, la segunda son los dispositivos que tengo que usar como los catéteres venosos centrales por donde ponen líquidos, cuando tengo dispositivos pueden colonizarse por bacterias propias del cuerpo o del ambiente. Tiene un tercer componente que es la obesidad que la paciente tenía, favorecía que la higiene corporal no fue la ideal...la paciente Diana Lizeth Forero presentaba obesidad mórbida y leucemia... es un factor de riesgo, porque cuando tengo un exceso de peso produce un exceso de hormonas, si yo consumo mucha azúcar puede favorecer un crecimiento tumoral en cualquier parte del cuerpo. Si un paciente tiene un peso normal tiene mayores posibilidades de curarse, sino pueden ocultarse células tumorales en tejido graso...el tratamiento falla debido a la obesidad... Se hospitalizó 24 horas antes de la infección, la primera que vio la lesión en la cara fui yo, tenía una lesión rosadita sobre la mejilla y los exámenes ese día mostraron que estaba en recaída, entonces tener una lesión en cara con paciente llena de células tumorales, y la trasladamos a uci, y la lesión que tenía en la cara ectima gangrenoso, la lesión se comió la piel en menos de 12 horas, se le abrió un hueco en medio de 12 horas, es una condición necrótica, infecto y se comió todo es tejido en menos de 12 horas. Llevo 15 años, es la primera paciente que veo que tuvo infección tan grave en cara, la bacteria se comió la mitad de la cara y eso la llevo a la muerte”.

De otro lado el Departamento de Tolima al hacer un análisis de la atención adelantada a la paciente hoy fallecida concluyó que no se presentó demora en acudir al servicio de salud ante la aparición de síntomas, como tampoco al realizar el diagnóstico confirmatorio ni dar inicio al tratamiento.

Refiere que la muerte de la paciente no era evitable, pues padecía leucemia de alto riesgo y no encontraron familiares compatibles para hacer el trasplante, aunado a la obesidad mórbida que sufría desde años atrás.

Por último en los comentarios señalan que la familia incumplió con las citas de endocrinología programadas por la EPS, que su grupo familiar era bastante complicado en lo que tiene que ver con el cuidado de la alimentación y el estreñimiento de la paciente, pues los mismos no atendían las recomendaciones ni

le daban el cuidado determinado por los médicos tratantes, lo que hizo que se retrasaran las quimioterapias. (fl. 396-397)

En estas condiciones, de lo probado en el proceso se logra establecer con plena claridad que la prestación del servicio médico hospitalario brindado por el Hospital Federico Lleras Acosta fue oportuno, eficiente y acorde con las patologías presentadas por la menor, y que el desenlace fatal obedeció a causas ajenas al actuar del personal médico – técnico - asistencial de la entidad hospitalaria.

Es preciso recordar, que la carga de la prueba para demostrar los elementos que configuran la responsabilidad del Estado por falla en la prestación del servicio médico–asistencial, le incumbe a la actora, y ésta incumplió en gran parte con la obligación de acreditar que la muerte de la paciente o el deterioro progresivo en su estado de salud fuere consecuencia directa de la negligencia o desidia institucional, por lo que no es posible acceder a las pretensiones de la demanda.

Es oportuno reiterar que, la jurisprudencia del órgano de cierre de esta jurisdicción ha señalado que en materia de responsabilidad por falla médica a partir del año 2006, *se volvió al régimen de falla probada, por la complejidad de los temas médicos y la dificultad para las instituciones públicas en el ámbito de las pruebas, debido al tiempo que transcurría y la cantidad de casos que manejaban*”.

La mencionada Corporación en sentencia del veintiocho (28) de octubre de dos mil diecinueve (2019), con radicación 19001-23-31-000-2004-01442-01(47917), C.P RAMIRO PAZOS GUERRERO, indicó:

“Esta Corporación ha consolidado una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual aquella es de naturaleza subjetiva; es la falla probada del servicio la que hace posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica y hospitalaria, de suerte que, en términos generales, es carga del demandante acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y este. (...) Por otra parte, en relación con la carga de la prueba de la relevancia de la falla en la causación del daño o del nexo causal entre este y aquella como correspondería a un juicio casualista de imputación, se ha dicho que corresponde, en principio, al demandante, pero dicha exigencia se modera mediante la aceptación de la prueba indirecta de estos elementos de la responsabilidad a través de indicios. (...) [P]ara la Sala, bajo el panorama probatorio antes descrito, el daño padecido por el demandante, consistente en la pérdida total de la agudeza visual del ojo derecho, no puede imputarse a la demanda, pues si bien esta incurrió en demoras en la práctica de la cirugía, no se acreditó con certeza o al menos con algún grado de probabilidad, si esta tuvo incidencia o fue relevante en el desenlace final de la enfermedad”.

Siendo así las cosas, es evidente que a más de acreditar el daño, era deber de los accionantes demostrar que la muerte de la paciente obedeció a la falta de probidad en la atención médica de la patología de leucemia que padecía la fallecida, falla en el servicio que no fue acreditada, por tanto, como quiera que no se cuenta con elementos de prueba suficientes para enrostrar responsabilidad a las accionadas, se reitera, se despacharán en forma desfavorable las pretensiones.

10. RECAPITULACIÓN

En orden a lo anterior, y conforme al material probatorio aportado al plenario, se negaran las pretensiones de la demanda, como quiera que no se demostró que el fallecimiento de Diana Lizeth Pulido Forero haya sido producto de una falla en el servicio medido y administrativo por parte de las entidades demandadas, habida cuenta que según la historia clínica, su deceso fue el resultado del deterioro progresivo del estado de salud de la paciente a causa de la enfermedad base leucemia linfoide aguda .

11. CONDENA EN COSTAS

El artículo 188 del CPACA sobre la condena en costas señala que en la sentencia se dispondrá sobre la condena en costas, cuya liquidación y ejecución se regirán por las normas del Código de Procedimiento Civil, pese a ello y como quiera que el compilado normativo antes mencionado fue derogado por el Código General del Proceso, serán estas las normas aplicables en el caso concreto para la condena y liquidación de costas.

Ahora bien, el artículo 365 del C.G.P dispone que se condenará en costas a la parte vencida en el proceso, o a quien se le resuelva desfavorablemente el recurso de apelación, súplica, queja, casación, revisión o anulación que haya propuesto.

En el presente caso, se observa que las pretensiones fueron despachadas desfavorablemente, razón por la cual, de conformidad con los Acuerdos 1887 y 2222 del 2003, expedidos por el Consejo Superior de la Judicatura, se fijarán las agencias en derecho a cargo de la demandante en la suma de 1 SMLMV.

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO SEXTO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE IBAGUÉ**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

PRIMERO: NIÉGUENSE las pretensiones de la demanda

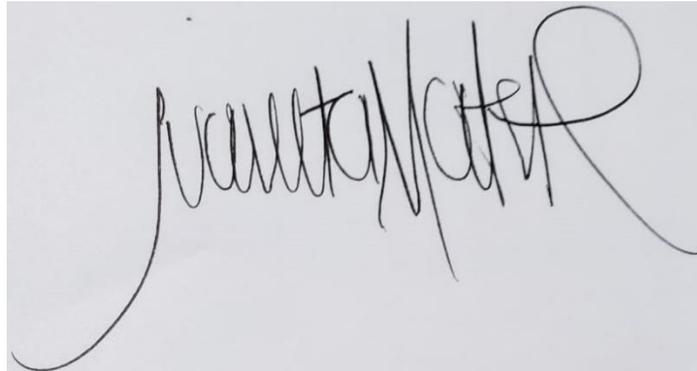
SEGUNDO: CONDENAR en **COSTAS** en esta instancia a la parte actora, para tal efecto y como agencias en derecho fíjese **la suma equivalente a un (01) salario mínimo legal mensual vigente**.

TERCERO: Para efectos de la notificación de la presente sentencia, se ordena que por Secretaría se realice conforme el artículo 203 del C.P.A.C.A.

CUARTO: Liquídense los gastos del proceso, si hubiere remanentes devuélvanse a la parte demandante.

QUINTO: Archívese el expediente, previa anotación en el sistema informático “Justicia Siglo XXI.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

A handwritten signature in black ink on a light gray background. The signature is cursive and appears to read 'Juanita del Pilar Matiz Cifuentes'.

**JUANITA DEL PILAR MATIZ CIFUENTES
JUEZ**