

REPÚBLICA DE COLOMBIA



JUZGADO TREINTA Y CINCO (35) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C. - SECCIÓN TERCERA -

Bogotá, D.C., veintiocho (28) de octubre de dos mil veintidós (2022)

Expediente	110013336035201800137 00
Medio de control	Reparación Directa
Demandante	Manuel Ricardo Malvido Plata y Otros
Demandada	Nación – Ministerio de Defensa Nacional – Policía Nacional y Hospital Central de la Policía

SENTENCIA

Agotadas las etapas y revisados los presupuestos procesales del medio de control de reparación directa, sin que se adviertan causales de nulidad que invaliden lo actuado, procede este Despacho Judicial a proferir sentencia dentro del proceso de la referencia, de acuerdo con el artículo 187 de la Ley 1437 de 2011.

1. ANTECEDENTES

1.1. LA DEMANDA

Mediante apoderado judicial, los señores Manuel Ricardo Malvido Plata, Ludy Amparo Samboni Macías, la menor VMS, Manuel Agustín Malvido Bausa, Luz Marina Plata de Malvido, Laurentina Macias Ijaji y Elizabeth Cristina Rodríguez Samboni, presentaron demanda de reparación directa en contra de la Nación – Ministerio de Defensa Nacional – Policía Nacional – Dirección de Sanidad - Hospital Central de la Policía Nacional, con el fin de que se declararan administrativa y patrimonialmente responsables, por los perjuicios causados por error de diagnóstico en la atención del 9 de febrero de 2016 brindada a la menor VMS¹ en el servicio de urgencias del Hospital Central.

1.2. PRETENSIONES

La parte actora solicitó se hicieran las siguientes declaraciones y condenas:

"PRIMERO: *Que se declare administrativamente y extracontractualmente responsable a la Nación – Ministerio de Defensa Nacional – Policía Nacional – Dirección de Sanidad – Hospital Central – HOCEN -, de los perjuicios materiales y morales causados a los demandantes con motivo de la falla médica que originó pérdida de la capacidad del movimiento y dificultad para caminar a la menor VMS.*

¹ En consideración a que los hechos de la presente acción involucran cuestiones que se relacionan con la órbita personal de un menor, la cual está protegida por su derecho fundamental a la intimidad, en aplicación de los parámetros de protección instituidos en la Ley 1098 de 2006 "Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia", y con el fin de proteger sus derechos, en esta providencia se cambia su nombre y en toda futura publicación de la misma, en tal virtud, se reemplaza el nombre de las menores VMS

SEGUNDO: Condenar a la Nación – Ministerio de Defensa Nacional – Policía Nacional – Dirección de Sanidad – Hospital Centra (HOCEN), a pagar a cada uno de los demandantes las siguientes sumas, por concepto de:

PERJUICIOS MORALES:

1. Para la menor VMS se reconozca cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de la sentencia hoy la cantidad de SETENTA Y OCHO MILLONES CIENTO VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS PESOS (\$78.124.200) en su condición de víctima.
2. Para el señor MANUEL RICARDO MALVIDO PLATA se reconozca cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de la sentencia hoy la cantidad de SETENTA Y OCHO MILLONES CIENTO VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS PESOS (\$78.124.200) en calidad de padre de la menor VMS y víctima indirecta.
3. Para la señora LUDY AMPARO SAMBONI MACIAS se reconozca cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de la sentencia hoy la cantidad de SETENTA Y OCHO MILLONES CIENTO VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS PESOS (\$78.124.200) en calidad de madre de la menor VMS y víctima indirecta.
4. Para la señora ELIZABETH CRISTINA RODRIGIEZ SAMBONI se reconozca cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de la sentencia hoy la cantidad de TREINTA Y NUEVE MILLONES SESENTA Y DOS MIL CIEN PESOS (\$39.062.100) en calidad de hermana de la menor VMS y víctima indirecta.
5. Para el señor MANUEL AGUSTÍN MALVIDO BAUSA se reconozca cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de la sentencia hoy la cantidad de TREINTA Y NUEVE MILLONES SESENTA Y DOS MIL CIEN PESOS (\$39.062.100) en calidad de abuelo de la menor VMS y víctima indirecta.
6. Para la señora LUZ MARINA PLATA DE MALVIDO se reconozca cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de la sentencia hoy la cantidad de TREINTA Y NUEVE MILLONES SESENTA Y DOS MIL CIEN PESOS (\$39.062.100) en calidad de abuela de la menor VMS y víctima indirecta.
7. Para la señora LAURENTINA MACIAS IJAJI se reconozca cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de la sentencia hoy la cantidad de TREINTA Y NUEVE MILLONES SESENTA Y DOS MIL CIEN PESOS (\$39.062.100) en calidad de abuela de la menor VMS y víctima indirecta.

TERCERO: Condenar a la Nación – Ministerio de Defensa Nacional – Policía Nacional – Dirección de Sanidad – Hospital Central (HOCEN), a pagar la siguiente suma, por concepto de Daño a la Salud.

Para la menor VMS cien (100) salarios mínimo legales vigentes a la fecha de la sentencia hoy la cantidad de SETENTA Y OCHO MILLONES CIENTO VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS PESOS (\$78.124.200) en su condición de victima.

CUARTO: Condenar a la Nación – Ministerio de Defensa Nacional – Policía Nacional – Dirección de Sanidad – Hospital Central (HOCEN), a pagar a cada uno de los demandantes las siguientes sumas, por concepto de perjuicios materiales teniendo en cuenta la siguiente base de liquidación.

LUCRO CESANTE:

Para la menor VMS se reconozca la cantidad de DIEZ MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS (\$10.200.000) relacionados con la merma de la capacidad laboral en su condición de víctima de la falla médica.

De forma subsidiaria en gracia de discusión sino es procedente la liquidación del lucro cesante se reconozca y pague la pérdida de la oportunidad lo cual debe ser liquidado de conformidad a la equidad y la jurisprudencia del Consejo de Estado.

DAÑO EMERGENTE:

Para los señores Manuel Ricardo Malvido Plata y Ludy Amparo Samboni Macías, en su calidad de padres de la víctima la cantidad de TRECE MILLONES DIECISEIS MIL PESOS (\$13.016.000) en su condición de víctimas, toda vez que se produjeron varios gastos.

QUINTO: La liquidación de las anteriores condenas deberá efectuarse mediante sumas liquidas moneda de curso legal en Colombia, y se ajustaran dichas condenas tomando como base índice de precios al consumidor.

SEXTO: Que la entidad demandada sea condenada al pago de los intereses bancarios a la tasa real más alta de mercado, sobre los valores reconocidos en la sentencia, si se dan los supuestos de hecho y de derecho.

SÉPTIMO: Que se ordene a la entidad convocada dar cumplimiento a la resolución conciliatoria que reconozca los derechos pensionales de mi prohijada en la forma prescrita por los artículos 192 y 195 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo."

1.3. FUNDAMENTOS FÁCTICOS

El fundamento fáctico de la demanda, en síntesis, es el siguiente:

- La menor VMS sufrió caída desde su propia altura el 8 de febrero de 2016 cuando se encontraba montando en patines, y este evento le derivó un fuerte dolor en las extremidades inferiores.
- El 9 de febrero de 2016 ante el dolor intenso que seguía sintiendo, la señora Ludy Amparo Samboni Macías procedió a llevarla al Hospital Central de la Policía Nacional.
- El médico de turno, aproximadamente a las 5 p.m., indicó que "*había una lesión de consideración, ante lo cual la madre de la menor insistió en que se le efectuara una placa de rayos x, dándole respuesta el profesional de la medicina de forma agresiva e irrespetuosa en las siguientes palabras, si usted sabe más que yo, que soy médico para que la trajó al hospital*"², siendo ordenada la práctica de la radiografía de forma inmediata.
- Los resultados tardaron más de tres horas, y, en el entre tanto, hubo relevo de los médicos de turno, por lo que fue valorada nuevamente por otro médico que, en su sentir, "*se limitó tan sólo al reporte de los mismos en el sistema, sin tener en cuenta los signos con los cuales ingresó la menor*"³ y únicamente le diagnosticó "*desgarre muscular menor*" dejando de lado otras características de la paciente referentes a su obesidad, intenso dolor en la cadera del lado derecho, dificultad para caminar y mantenerse de pie.
- La madre de la menor le insistió al médico tratante que ordenara la remisión a la especialidad de ortopedia, pero que el profesional le indicó que "*si ella sabía más que él para que la llevaba a urgencias que era mejor que la hubiese atendido en su casa y que no era necesaria la valoración del especialista (ortopedia) dándola de alta con KETOPROFENO (ungüento) e ibuprofeno 400 miligramos cada 8 horas, incapacidad por tres (03) días*"⁴.
- Culminada la incapacidad médica, la menor VMS volvió a sus actividades educativas, pero que persistía el dolor intenso y la inestabilidad al caminar, por lo que otra vez cayó de su propia altura. Enseguida, el 27 de febrero de 2016 ingresó de forma inmediata al servicio de urgencias del Hospital Central de la Policía Nacional. Allí se estableció como diagnóstico fractura de cadera y que estaba

² Manifestación realizada en el folio 41 del Cuaderno 1 correspondiente al escrito de la demanda

³ Manifestación realizada en el folio 41 del Cuaderno 1 correspondiente al escrito de la demanda

⁴ Manifestación realizada en el folio 41 del Cuaderno 1 correspondiente al escrito de la demanda

relacionada con la primera caída, motivo por el cual fue valorada por la especialidad de ortopedia.

- El especialista de ortopedia con ocasión del análisis de los rayos x realizados el 9 de febrero de 2016 observó que la paciente presentaba un pequeño desplazamiento epifisiario femoral, por lo que la dejó hospitalizada para cirugía de cadera.
- El 3 de marzo de 2016 a la paciente le fue realizada cirugía bilateral de cadera, pero sin resultados positivos porque se presentó necrosis en epífisis derecho (cabeza del fémur), siendo reintervenida el 31 de octubre del mismo año para sustraer el material puesto (tornillos) y de esta manera tratar la necrosis.
- Ante la no recuperación de la paciente, el 2 de agosto de 2017 acudieron al médico ortopedista y traumatólogo del Instituto Rusbell, quien, de manera verbal, les explicó que *"hubo retardo inicial en la atención médica al momento de la primera caída que sufrió la menor y que se había podido evitar el deslizamiento epifisiario si hubiese sido remitida al ortopedista en dicha oportunidad. Que, aunque la intervención realizada en la segunda caída fue la adecuada hizo falta colocar un tutor para más quietud del miembro inferior derecho; sugiriendo una resonancia magnética para determinar si se pueden efectuar otros tratamientos antes del trasplante de cadera. Es de anotar que dicho especialista no les dio por escrito tal concepto por lealtad con sus colegas."*⁵
- Que la menor VMS permaneció varios meses en silla de ruedas y que, en la actualidad para movilizarse emplea muletas y que en ocasiones le toca utilizar silla de ruedas ante el intenso dolor.
- Consideran los demandantes que hubo error de diagnóstico en la atención por urgencias del 09 de febrero de 2016 por cuanto no se ordenó valoración por la especialidad de ortopedia, máxime que en la placa de Rx se observaba deslizamiento epifisiario.

1.4. FUNDAMENTOS JURÍDICOS DE LA DEMANDA

La parte demandante principalmente invoca como fundamento jurídico de sus pretensiones los artículos 1, 2, 4, 6, 13, 44, 48, 49 y 90 de la Constitución Política, en concordancia con los artículos 44, 103, 104, 155, 156, 192 y 195 del CPACA; artículos 7, 16, 30, 55 y 56 de la Ley 446 de 1998 y artículos 4, 20 y 154 del C. de P. C. Paralelamente trajo a colación el artículo 22 de la Declaración Universal de Derechos Humanos.

De otra parte, hizo énfasis en las normas relacionadas con la prestación de los servicios de salud; particularmente, los artículos 2º y 10 de la Ley 1751 de 2015; asimismo, las concernientes al Sistema de Salud de las Fuerza Militares y de la Policía Nacional, artículos 18, 23 y 36 del Decreto N° 1795 de 2000.

Hizo énfasis en la reglamentación sobre el manejo de enfermedades ruinosas o catastróficas consistente en las disposiciones contenidas en la Ley 100 de 1993, el Acuerdo N° 008 de 1994 y la Ley 972 de 2005, puntualmente las relacionadas con la obligación que les asiste a las EPS en el diagnóstico y manejo de las mismas. Igualmente, puso de presente que la Superintendencia Nacional de Salud indicó que las guías de práctica clínica son de referencia obligatoria para las EPS, Administradoras del Régimen Subsidiado – ARS – y para las IPS.

Con apoyo en los anteriores fundamentos jurídicos y precedente jurisprudencial relacionado con la materia explicó que el daño es imputable a las demandadas por falla probada del servicio por error de diagnóstico *"desgarre muscular"*; asimismo, por *"retardo"*

⁵ Manifestación realizada a folio 42 del Cuaderno 1

en la atención médico quirúrgica que dio origen a la pérdida de la oportunidad en el tratamiento causando daños "irreparables" en la salud de la menor al punto de sufrir una fractura y que eventualmente le corresponde realizarse trasplante de cadera.

Así, entonces, insistió que la prestación de los servicios de salud no cumplió los estándares de calidad establecidos por la *lex artis* porque no empleó todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que estaban a su alcance y por la omisión de remitirla a la especialidad de ortopedia. A su vez, resaltó que es de máxima exigencia el cumplimiento de aquel deber cuando el enfermo presenta un cuadro polimorfo en sus síntomas y signos, que haga difícil su diagnóstico, que lo obliga a emitir un diagnóstico presuntivo. Que en tales circunstancias deben extremarse los medios para llegar a formular un diagnóstico cierto y que deben agotarse los análisis y demás recursos de la medicina actual.

1.5. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

El apoderado judicial de la Nación – Ministerio de Defensa Nacional – Policía Nacional – Dirección de Sanidad – Hospital Central dio contestación a la demanda y puso en entredicho la gran mayoría de los hechos; además, se opuso rotundamente a las pretensiones porque la atención médica brindada a la menor VMS en el Hospital Central de la Policía Nacional fue el adecuado de acuerdo al diagnóstico realizado por los médicos tratantes.

En esa medida, tras hacer un recuento de la historia clínica de la paciente, señaló que la menor VMS ingresó por el servicio de urgencias por trauma en pelvis al caer desde su propia altura, en donde realizaron toma de radiografía siendo interpretada como normal y por ello se ordenó su salida con plan de manejo de recomendaciones y signos de alarma.

Que días después regresó a la Institución por presentar aumento de dolor con ocasión de caída de su propia altura. Por lo cual, se le realizó nuevamente radiografía de pelvis en donde fue advertido aumento del espacio articular, siendo valorada inmediatamente en interconsulta por la especialidad de ortopedia. De tal valoración se estableció fractura trocantérea con desplazamiento epifisiario, para lo cual realizaron el procedimiento de tracción cutánea ordenándose a su vez su hospitalización.

En el curso de la estancia hospitalaria la menor fue intervenida por osteosíntesis con colocación de tornillo y arandela en la cadera, advirtiéndose con posterioridad necrosis de cabeza femoral derecha, pero fue tratada satisfactoriamente, por lo que se ordenó su salida con recomendaciones. Especialmente a la responsable de la menor se le hizo énfasis sobre la restricción de apoyo y riesgo de necrosis de cabeza femoral. Luego, en control de ortopedia, la madre refirió que la menor se cayó en el supermercado Carrefour desde su propia altura y que en el examen físico fue evidenciado dolor ordenándose nuevamente RX con indicaciones de restricción de apoyo.

Expuso que la madre, en uno de los controles de ortopedia, manifestó al médico tratante que la hija no acataba la orden de no restricción de apoyo por cuanto había caminado y que en esa medida fue evidenciado colapso de epífisis de la paciente por aumento de peso y por la no asistencia al apoyo terapéutico, siendo programada extracción de tornillo. Asimismo, en consulta por anestesiología le explicaron nuevamente a la paciente como a la madre sobre los riesgos y la gravedad del procedimiento. Luego en la intervención quirúrgica fue evidenciada necrosis de cabeza femoral por colapso de sobrepeso, pero ante la evolución satisfactoria del pos operatorio se le dio salida con recomendación de restricción de apoyo, asistencia para el apoyo psicoterapéutico y nutricional conjuntamente con endocrinología. En todo caso, se observó poca colaboración y deficiente asistencia a los controles.

Hizo énfasis sobre la conducta asumida por la menor en una las sesiones de terapia física porque acudió sin muletas manifestando que le quedaban pequeñas, motivo por el cual

fueron cambiadas, pero que aun así la paciente no cumplió con las indicaciones de no apoyo ni la de baja de peso.

Con base en ello propuso como excepción de mérito que denominó "*excepción de ausencia de falta de adherencia del paciente a los tratamientos*" principalmente por el constante incumplimiento de la paciente a la indicación de restricción de apoyo de miembro inferior como la de bajar de peso. Además, que también incumplió en la asistencia a múltiples citas por psiquiatría, terapia física, endocrinología y ortopedia.

De otra parte, sostuvo que la prestación del servicio cumplió las características de acceso, calidad, oportuna y adecuada a la patología de la paciente, máxime que la complicación sufrida por la paciente fue advertida antes del procedimiento quirúrgico a la menor como a sus padres. Por consiguiente, pidió la negación de las pretensiones de la demanda.

1.6. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

1.6.1. Parte Accionante

El apoderado judicial de la parte demandante reiteró los argumentos de la demanda.

1.6.2. Nación – Ministerio de Defensa Nacional – Policía Nacional – Dirección Sanidad

El apoderado judicial del Hospital Central de la Policía Nacional reiteró los planteamientos expuestos en la contestación de la demanda.

1.6.3. Ministerio Público

No emitió concepto.

2. CONSIDERACIONES

2.1. JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA

El artículo 104 del Código de Procedimiento Administrativo y Contencioso Administrativo⁶, en adelante CPACA, consagra un criterio mixto para establecer los litigios que debe conocer la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo. De un lado, fijó el criterio material, disponiendo que son de conocimiento de esta jurisdicción las controversias originadas en actos, contratos, hechos, omisiones y operaciones sujetos al derecho administrativo y particulares cuando ejerzan funciones administrativas, es decir, aquellos que se causen por el ejercicio de dicha función; y de otro, un criterio orgánico, según el cual basta la presencia de una entidad sujeta al derecho administrativo para que el proceso sea tramitado ante esta jurisdicción.

Igualmente, conforme al numeral 1º del artículo 104 ibidem, la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo conoce de aquellos procesos en que se debate la responsabilidad extracontractual del Estado, asunto sobre el que versa el *sub judice*. Así las cosas, basta que se controvierta aquella respecto de una entidad o establecimiento público para que se tramite la controversia ante esta jurisdicción, por estar sometidas al derecho público.

⁶ CPACA artículo 104

La Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo está instituida para conocer, además de lo dispuesto en la Constitución Política y en leyes especiales, de las controversias y litigios originados en actos, contratos, hechos, omisiones y operaciones, sujetos al derecho administrativo, en los que estén involucradas las entidades públicas, o los particulares cuando ejerzan función administrativa. Igualmente conocerá de los siguientes procesos:

1. Los relativos a la responsabilidad extracontractual de cualquier entidad pública, cualquiera que sea el régimen aplicable [...]

Este Juzgado es competente para conocer el presente asunto de acuerdo con el artículo 155 del CPACA⁷, que dispone que los juzgados administrativos son competentes en los casos de reparación directa, inclusive aquellos provenientes de la acción u omisión de las entidades públicas, cuando la cuantía no exceda de 500 SMLMV.

2.2. TRÁMITE RELEVANTE DEL PROCESO

- La demanda fue presentada el 12 de abril de 2018 correspondiéndole el conocimiento al Juzgado 23 Administrativo de la ciudad – Sección Segunda -⁸; quien, por auto del 24 de abril de 2018 declaró la falta de competencia por corresponder el conocimiento a los Juzgados Administrativos de la Sección Tercera⁹.
- El 9 de mayo de 2018 el proceso fue asignado a este Despacho Judicial¹⁰, y mediante auto del 30 de mayo de 2018 fue admitida la demanda¹¹.
- La demandada Nación – Ministerio de Defensa Nacional – Policía Nacional contestó demanda en tiempo¹².
- El 23 de octubre de 2019 se celebró la audiencia inicial¹³, en la que se evacuaron los tópicos de saneamiento del proceso, fijación de litigio y decreto de pruebas.
- El 9 de febrero y 6 de abril de 2021¹⁴ en la audiencia de pruebas se surtió la contradicción de los dictámenes periciales rendido por el médico Rubén Darío Angulo González y la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá; asimismo, se recibieron los testimonios técnicos de Ricardo Arturo González Pastrana y de Andrea Castillo Niuman. Enseguida, fue cerrado el debate probatorio, concediéndose el término respectivo para presentar los alegatos de conclusión.
- Vencido el término de los alegatos de conclusión, el expediente fue ingresado el 11 de octubre de 2021 al Despacho para proferir sentencia.

2.3. PROBLEMA JURÍDICO

Conforme a lo establecido en la audiencia inicial, el Despacho resolverá si la Nación – Ministerio de Defensa Nacional – Policía Nacional – Dirección de Sanidad – Hospital Central es administrativa y patrimonialmente responsable por la falla en el servicio por error de diagnóstico en la atención brindada a la menor VMS en el servicio de urgencias el día 9 de febrero de 2016.

2.4. MARCO NORMATIVO Y JURISPRUDENCIA APLICABLE AL CASO

2.4.1. De la responsabilidad extracontractual del Estado

El artículo 90¹⁵ de la C.P, constituye la cláusula general de responsabilidad extracontractual del Estado colombiano, de acuerdo con el cual se acogió la teoría del

7 "Artículo 155. Competencia de los jueces administrativos en única instancia 6. De los de reparación directa, inclusive aquellos provenientes de la acción u omisión de los agentes judiciales, cuando la cuantía no exceda de quinientos (500) salarios mínimos legales mensuales vigentes..."

⁸ Folio 76 del Cuaderno 1

⁹ Folios 70 – 71 del Cuaderno 1

¹⁰ Folio 75 del Cuaderno 1

¹¹ Folio 82 - 83 del Cuaderno 1

¹² Folios 100 - 122 del Cuaderno 1

¹³ Folios 151 – 155 del Cuaderno 1 incluido 1 DVD – R contentivo de la audiencia inicial del 23 de octubre de 2019

¹⁴ Documentos Digitales 13 y 14 de expediente digital

¹⁵ El artículo 90: El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que les sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas. En el evento de ser condenado el Estado a la reparación patrimonial de uno de tales años, que haya sido consecuencia de la conducta dolosa o gravemente culposa de un agente suyo, aquel deberá repetir contra éste"

daño antijurídico; entendiéndolo no como "aquel que es producto de una actividad ilícita del Estado, sino como el perjuicio que es provocado a una persona que no tiene el deber jurídico de soportarlo"¹⁶; siempre y cuando exista título de imputación, por acción u omisión a una autoridad pública¹⁷.

Así, entonces, para declarar la responsabilidad extracontractual del Estado se deben cumplir varios presupuestos a saber, que el daño exista, sea antijurídico e imputable por acción u omisión al Estado. En consecuencia, se procede a realizar el estudio de todos los elementos de la responsabilidad, a fin de fundamentar la decisión a adoptar.

2.4.2. Del daño y sus presupuestos

El daño es entendido como "la lesión del derecho ajeno, consistente en el quebranto económico recibido, en la merma patrimonial sufrida por la víctima, a la vez que en el padecimiento moral que lo acongoja"¹⁸. Este concepto señala dos situaciones, la primera consiste en que el daño es la lesión del derecho ajeno; y la segunda, que el daño conlleva o genera una merma patrimonial, haciendo referencia a sus consecuencias negativas o adversas.

Sobre los elementos del daño, el Consejo de Estado¹⁹ ha indicado que éste existe, en la medida que cumpla varias características; una de ellas es que sea cierto e incuestionable; así mismo debe ser personal, en atención a que el que lo haya sufrido sea el que manifieste interés en su reparación, y subsistente, en tanto no haya sido reparado.

2.4.3. De la imputación fáctica y jurídica del daño

La imputación del daño se predica cuando se encuentra demostrado el nexo de causalidad entre el actuar de la entidad demandada, bien sea por acción u omisión, y el daño sufrido por la víctima, y que en palabras del profesor Juan Carlos Henao es "la atribución jurídica de un daño a una o a varias personas que en principio tienen la obligación de responder".

La imputación fáctica o material del daño se predica cuando se encuentra demostrado el nexo de causalidad entre el actuar de la entidad demandada, bien sea por acción u omisión, y el daño sufrido por la víctima.

En la actualidad, la imputación fáctica del daño se construye habitualmente desde la perspectiva de la identificación de la causa adecuada del mismo; teoría por medio de la cual se establece cuál fue la acción u omisión que concretó el daño por parte de la entidad demandada, o si por el contrario dicha concreción le es atribuible a la víctima, a un tercero o el azar.

Sobre los criterios a tener en cuenta para identificar la causa del daño, el Consejo de Estado ha señalado:

(...) "2. Aunque en el tema de definir si determinado daño puede imputarse a una autoridad pública, estudiado como el elemento "relación de causalidad", cuando el perjuicio ha sido producto de causas concurrentes, no pueden señalarse reglas absolutas, ni desecharse el peso que tiene en el punto la valoración subjetiva del juzgador, sí estima la sala que sobre él pueden establecerse las siguientes pautas generales:

a. No puede determinarse, como única causa de un daño, aquella que corresponde al último suceso ocurrido en el tiempo. Este criterio simple, que opone la causa inmediata a la causa remota, implicaría, en últimas, confundir la causalidad jurídica con la causalidad física y no tomar en cuenta hechos u omisiones que, si bien no son la última causa del daño sí contribuyeron a determinar su producción.

A objeto de diferenciar las causas físicas de las jurídicas, el profesor Soler, enseña:

¹⁶ Corte Constitucional. Sentencia C-333/96. Magistrado Ponente. Alejandro Martínez Caballero.

¹⁷ Ibidem: "Son dos las condiciones indispensables para la procedencia de la declaración de la responsabilidad patrimonial con cargo del Estado y demás personas jurídicas de derecho público, a saber: el daño antijurídico y la imputabilidad del año a alguna de ellas."

¹⁸ Fernando Hiestrosa Forero. Derecho Civil obligaciones. Pág. 538

¹⁹ Entre otras: Sentencia 14 de marzo del 2012. Rad. 21859 C.P. Enrique Gil Botero. Sentencia 1 de julio del 2015. Rad. 30385 C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

"Así, no debe sorprendernos que la solución jurídica concreta de tal cuestión se detenga, a veces, en un punto determinado, situado más acá de donde iría el examen físico de una serie causal, y se desinterese de causas anteriores. Otras veces, en cambio, va más allá de la verdadera causación física y hace surgir responsabilidad de una relación causal hipotética, basada precisamente en la omisión de una causa." (Soler, citado por Ricardo Luis Lorenzetti, en la obra *De la Responsabilidad Civil de los médicos*, Rubinzal, Culzoni, editores, 1.986, pag. 257.)

b. Tampoco puede considerarse que todos los antecedentes del daño son jurídicamente causas del mismo, como se propone en la teoría de la equivalencia de condiciones, o de la causalidad ocasional expuesta por la Corte Suprema de Justicia en sentencia del 17 de septiembre de 1.935, según la cual "en estos casos si la persona culpable se hubiera conducido correctamente, el perjuicio no habría ocurrido", a la cual se refiere también un salvamento de voto del Dr. Antonio J. de Irisarri del 8 de octubre de 1986 (exp. 4587), en el cual se expresa que "con fines simplemente analíticos, para verificar esa relación de causa a efecto, puede examinarse qué ocurriría o habría ocurrido, si el suceso - causa no se hubiera dado. Si la respuesta es en el sentido de que el efecto no habría sucedido, ha de admitirse que aquél sí constituye causa de éste, porque justamente para que el efecto se dé en la realidad, tiene que ocurrir aquél. En la hipótesis contraria no existiría esa relación de causalidad."

Tal posición llevaría a que en el clásico ejemplo citado por José Melich, el sastre que retrasa por negligencia la entrega de un abrigo de viaje, tendría que responder por el accidente ferroviario que sufrió su cliente que debió por tal motivo aplazar su viaje. Como lo señala el doctor Javier Tamayo Jaramillo, "deshumanizaría la responsabilidad civil y permitiría absurdamente, buscar responsables hasta el infinito." Lorenzetti puntualiza aquí:

"No basta, según esta idea, la mera supresión mental hipotética, esto es borrar mentalmente la causa para ver si el resultado se produce o no sin ella. Es necesario emitir un juicio acerca de la regularidad con que se producen los fenómenos (constancia posible) lo que nos proporciona la noción de "causa adecuada". (ob. citada p. 261).

c. Tal concepción debe entonces complementarse en el sentido de considerar como causas jurídicas del daño, sólo aquellas que normalmente contribuyen a su producción, desechando las que simplemente pueden considerarse como condiciones." (...).²⁰ (Se subraya)

Ahora bien, el criterio jurídico de la imputación es sin lugar a dudas indispensable para la determinación de la responsabilidad, dado que no basta con establecer la relación fáctica entre el daño y la acción u omisión del demandado, sino que además es necesario identificar el régimen jurídico aplicable, es decir, realizar la atribución jurídica a quien en principio tiene la obligación de responder.

2.4.4. Responsabilidad del Estado por falla en la prestación del servicio médico

En cuanto a la responsabilidad del Estado por la prestación del servicio médico, el máximo Tribunal de lo Contencioso Administrativo ha señalado que para comprometer la responsabilidad patrimonial del Estado por el servicio médico debe demostrarse la existencia del daño ocasionado por el hecho de no prestarse la atención médica con los estándares de calidad exigidos por la *lex artis* médica, bajo el título de imputación aplicable que es el de la falla del servicio.

Es del caso precisar que el tema relacionado con la responsabilidad médica ha sido dinámico; sin embargo, luego de un largo trasegar con diferentes criterios, se ha vuelto a la dirección clásica de falla probada, lo que implica que, para poder declarar la responsabilidad de la Administración, la parte actora tiene el deber de acreditar, además del daño, la falla en el acto médico y el nexa causal. Así lo ha sostenido el Consejo de Estado:

"Al margen de las discusiones que se presentan en la jurisprudencia y en la doctrina en relación con el régimen probatorio de los elementos de la responsabilidad patrimonial por los daños que se deriven de la actuación médica del Estado, lo cierto es que existe consenso en cuanto a que la sola intervención - actuación u omisión- de la prestación médica no es suficiente para imputar al Estado los daños que sufran quienes requieran esa prestación, sino que es necesario que se encuentre acreditado que la misma fue constitutiva de una falla del servicios y que dicha falla fue causa eficiente del daño"²¹.

²⁰ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de septiembre once de mil novecientos noventa y siete; Consejero ponente: Carlos Betancur Jaramillo; Radicación número: 11764; Actor: Olimpo Arias Cedeño y otros; Demandado: La Nación- Ministerio de Obras, Intra y Distrito Especial de Bogotá.

²¹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 23 de junio de 2010, exp. 19.101.

2.5. CASO CONCRETO

Tomando en cuenta el marco normativo y jurisprudencial reseñado, que señala que la responsabilidad médica, en casos como el que nos ocupa, debe analizarse bajo el régimen de la falla probada, procede el Despacho a verificar si se encuentra acreditada la existencia del daño alegado, la falla por el acto médico y el nexo causal entre esta y el daño, de tal modo que resulte atribuible a la entidad demandada.

2.5.1. Hechos probados

De acuerdo con las pruebas allegadas al proceso, resultan probados los siguientes hechos relevantes²² relacionados con la atención médica brindada al paciente:

Fecha	Descripción Evento
09-02-2016	<p>A las 5:59:05 p.m. la menor ingresó por el servicio de urgencias, siendo valorada por la especialidad de pediatría, Luis Enrique Muñoz Manotas. Motivo de la consulta: <i>"hace 3 días dolor en muslo derecho "como en el hueso", no apoya, y camina coja, no fiebre ni más síntomas ni equimosis ni edemas tuvo un trauma hace 4 días al estar jugando cae sobre la cadera derecha "no se pudo levantar como en media hora".</i> Sobresale nota médica de <i>"TTO negativo"</i> descartándose lesión ósea según radiografía²³.</p> <p>Como antecedentes clínicos obra registro de obesidad, peso de 59 Kg, signos vitales de FC 110, FR 28, T 36.5^{aa}C SAT 93% al medio.</p> <p>Examen físico que da cuenta del estado de la menor <i>"beg afebril alerta activo rosado sin signos de dificultad respiratoria, hidratado mucosas húmedas orofaringe normal otoscopia normal rscrs sin soplos , sin hiperdinamia, campos limpios abdomen sin distención sin masas ni megalias ni dolor ni defensa adecuada perfusión distal hay marcha con cojera, con dolor en muslo sin lesiones externas ni equimosis ni escoriaciones, pero hay importante limitación para flexo extensión, rotación adecuada snc normal"</i>.</p> <p>Nota médica: "SE DESCARTARA (sic) LESION OSEA" y por ello fue ordenada radiografía de fémur AP y Lateral.</p>
09-02-2016	<p>A las 6:36:58 p.m. nuevamente por la especialidad de pediatría, Fray Raúl Manrique Pérez, reiteró orden médica de radiografía de fémur AP y Lateral con prioridad urgente²⁴.</p>
09-02-2016	<p>A las 9:35:31 p.m. la médica general Andrea Castillo Niuman con ocasión de los reportes de radiografía de fémur AP y Lateral observó encontrarse dentro de los límites normales. Igualmente, como cuadro clínico sugirió trauma en tejidos blandos descartando lesión ósea²⁵. Como plan de manejo fue ordenada la salida con incapacidad médica de 3 días con medidas locales y reposo en casa y en caso de empeoramiento reconsultar por urgencias.</p>
27-02-2016	<p>A las 2:24 p.m. la menor ingresó nuevamente al servicio de urgencias porque <i>"hace 2 horas sufrió caída sobre su propia altura con dolor e incapacidad funcional de muslo derecho"</i>. Fue valorada por el pediatra Jaime Enrique Herrera Perilla estableciendo como diagnóstico <i>"fractura de la diáfisis del fémur"</i>, ordenándose la práctica de radiografía de fémur AP y lateral²⁶.</p>
27-02-2016	<p>A las 4:11:33 p.m. valorada por el ortopedista Edwarth Dayhan Soler Peña: "paciente 9 años acompañada por su madre enfermera. Refiere hoy presento caída de su propia altura sobre la cadera derecha, desde eso, dolor y limitación funcional". Igualmente, se registró como antecedente trauma hace 15 días sobre cadera derecha. Asimismo, estableció fractura de la diáfisis del fémur y deslizamiento de la epífisis femoral superior (no traumático). Como plan de manejo fue ordenada su hospitalización en la Institución para manejo por servicio de ortopedia; se dio la orden con prioridad urgente de realizar radiografía de cadera comparativa²⁷.</p>

²² Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

²³ Página 86 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

²⁴ Página 87 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

²⁵ Página 88 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

²⁶ Páginas 88 - 90 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

²⁷ Páginas 90 - 91 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

27-02-2016	A las 5:32:25 p.m. el médico pediatra Ricardo Orlando Jaiquel ²⁸ analizó los reportes de la radiografía de cadera confirmando la fractura de diáfisis de fémur derecho, ordenándose una vez más su hospitalización.
27-02-2016	A las 11:48:39 p.m. el pediatra Lino Enrique Peña Alferez ²⁹ consignó como nota médica <i>"paciente escolar (9 años), traída en el día de hoy por presentar caída desde su propia altura (estaba caminado hacia atrás) y posterior limitación funcional del miembro inferior derecho"</i> . A su vez fueron reiterados los diagnósticos de fractura de la diáfisis del fémur y otros tipos de obesidad.
28-02-2016	A las 9:14 a.m. el médico de ortopedia y traumatología, Carlos Alberto Coloma Cordova ³⁰ con ocasión del examen físico dio inicio al procedimiento de tracción cutánea.
28-02-2016	A las 11:22:32 a.m. el médico pediatra Mauricio Gonzalo Massi ³¹ reiteró los diagnósticos mencionados encontrando a la paciente en aceptable estado general con mucosa oral hidratada.
29-02-2016	A las 11:30:11 a.m. el médico de ortopedia y traumatología William Giovanni Sarmiento Velandia ³² observó acortamiento de miembro inferior derecho; asimismo en el análisis sobresale nota médica, <i>"paciente que se ordena dar vía oral se programara CN Dr. Galván procedimiento para próximo jueves se explica a la madre y paciente. Se solicita TAC con reconstrucción de la cadera"</i> .
01-03-2016	A las 8:16 a.m. el médico de ortopedia y traumatología, Marcel Giovany Carreño Otalora ³³ comentó el caso clínico con el Dr. Galván, especialista de Ortopedia Pediátrica, en donde se decidió realizar fijación del lado contralateral para lo cual ordenó cirugía en lado derecho consistente en <i>"REDUCCION ABIERTA MAS FIJACION EN DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DERECHO Y FIJACION REDUCCION CERRADA DE DESLIZAMIENTO PROFILACTICO EN FEMUR IZQUIERDO"</i> y en lado izquierdo <i>"REDUCCION ABIERTA MAS FIJACION EN DESLIZAMIENTO EPIFISIARIO DERECHO Y FIJACION REDUCCION CERRADA DE DESLIZAMIENTO PROFILACTICO EN FEMUR IZQUIERDO"</i> .
03-03-2016	A las 11:10 a.m. obra nota médica ³⁴ <i>"SALAS DE CIRUGIA SE ABRE FOLIO PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO, DR. FERNANDO GALVAN EXPLICA A LOS FAMILIARES PROCEDIMIENTO FIRMAN AUTORIZACION"</i> .
03-03-2016	A las 3:39 p.m. sobresale nota operatoria del médico de ortopedia y traumatología, José Fernando Galván Villamarín, que da cuenta de la realización del procedimiento de fijación de deslizamiento epifisiario femoral derecho y fijación profiláctica de epífisis femoral izquierda ³⁵ .
04-03-2016	A las 8:37 p.m. en valoración de evolución post operatorio realizado por la médica pediatra, Diana María Castillo Jiménez encuentra a la paciente en aceptable estado general: <i>"paciente en 1d post de deslizamiento hipofisiario femoral GII menor permanece estable, heridas sin sangrado buena perfusión distal valorada pro ortopedia quien deja en observación ante no control de dolor ss valoración por psicología menor con pataletas no pautas de crianza"</i> ³⁶
05-03-2016	A las 10:24 a.m. en valoración por especialidad de ortopedia y traumatología, Tito Rene Hernández Melo, observó buena evolución con movilidad, dolor mínimo, actividad miembros inferiores adecuada para el post quirúrgico; adicionalmente, observó eritema mínimo a nivel de herida quirúrgica posiblemente por manipulación ³⁷ .
5-03-2016	A las 11:07 a.m. el médico pediatra, Richard Heberto Cortes Núñez observó buen estado de la paciente, afebril e hidratada, SIN SDR, FC 102, FR 22, T36.1, SAO2 93%, ORL Y C/P normal, abdomen blando, RSIS+, no masas, EXT BPDISTAL, HXQX cadera derecha leve, eritema, no secreción, movilidad normal. Como plan de manejo fue ordenada LACTULOSA 66.7% (10 G/15 ML) y ACETAMINOFEN X 500 MG ³⁸ .
	A las 8:51 a.m. la especialidad de ortopedia y traumatología, Fabio Alberto Bernal Torres ³⁹ , en su análisis encontró herida quirúrgica limpia no infección, no déficit neurovascular distal y mejoría de movimientos de las caderas. CH

²⁸ Página 92 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

²⁹ Página 95 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

³⁰ Páginas 95 – 96 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

³¹ Páginas 96 – 97 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

³² Páginas 102 – 103 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

³³ Páginas 106 - 107 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

³⁴ Páginas 117 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

³⁵ Páginas 120 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

³⁶ Página 124 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

³⁷ Página 124 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

³⁸ Página 133 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

³⁹ Página 134 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

05-03-2016	Blancos 7990 N 63 % L 27%, motivo por el cual, le fue ordenada salida con fórmula y control con el Dr. Galván en una semana. Igualmente fue ordenado el empleo de silla de ruedas.
05-03-2016	A las 12:11 p.m. la especialidad de ortopedia y traumatología, Mauricio Rojas Garzón, suspendió la salida por observar herida hacia anterior cadera derecha leve rubor más calor. Como plan de manejo fue ordenado <i>"ANTIBIOTICO CLINDAMICINA DIA 2 VIGILANCIA CLINICA"</i> ⁴⁰ .
08-03-2016	A las 8:01 a.m. la especialidad de ortopedia y traumatología, Jose Fernando Galván Villamartín, observó mejoría de la paciente por cuanto presentó infección temprana en el sitio operatorio. Indicó continuar manejo con antibiótico clindamicina. A las 8:13 a.m. el mismo médico tratante dio orden de fisioterapia "con restricción completa para el apoyo en M INF DERECHO" ⁴¹ .
08-03-2016	A las 6:07 p.m. la fisioterapeuta, Alma Milena Giraldo Pastrana, realizó valoración con la finalidad de ver opciones de rehabilitación; asimismo, ajustó muletas e indicó a la paciente al día siguiente bajar al gimnasio de fisioterapia entrenamiento. Nota: <i>"paciente en lecho en condición estable en compañía de mamá, obesa, conserva movilidad articular y fuerza muscular en MII, pérdida de movilidad y fuerza muscular en MID, indicación de sedente, no dolor, heridas quirúrgicas sanas"</i> ⁴² .
09-03-2016	A las 5:03 p.m. en sesión de fisioterapia la fisioterapeuta, Alma Milena Giraldo Pastrana, entre otras actividades hizo la recomendación de que las muletas eran muy cortas para la altura de la paciente y sugirió cambio de muletas ⁴³ .
10-03-2016	A las 8:54 a.m. el médico especialista de ortopedia y traumatología, Marcel Giovany Carreño Otalora, decidió dar salida con incapacidad médica escolar ⁴⁴ .
14-03-2016	En consulta externa de la especialidad de ortopedia y traumatología, José Fernando Galván Villamarín ⁴⁵ encontró a la paciente en buen estado general con herida anterior limpia en buen estado sin signos de infección. Como plan de manejo dio órdenes de nutrición, fisioterapia y "restricción completa en el apoyo en M INF DERECHO" . SS SILLA DE RUEDAS POR 15 DIAS POP DE DESLIZAMIENTO EPIFISARIO FEMORAL.
31-03-2016	En consulta externa por la especialidad de ortopedia y traumatología, José Fernando Galván Villamarín ⁴⁶ , encontró a la paciente en buen estado general <i>"Rx de control de hoy muestra caderas reducidas, tornillos In Situ. No desplazamiento de material. No signos de necrosis a evolución favorable. Plan: se continuo manejo instaurado. Restricción completa para el apoyo en M inferior derecho. Fisioterapia en casa. Se explica la madre adecuada evolución hasta el momento, pero necesidad de esperar evolución por riesgo alto de necrosis de la cadera. Se insiste en dieta para disminución del peso. SS paraclínicos y valoración por endocrinología pediátrica"</i> .
04-04-2016	En consulta externa de la especialidad de ortopedia y traumatología, José Fernando Galván Villamarín ⁴⁷ en valoración observó paciente con peso 59 kg y buen estado general, heridas limpias en adecuado proceso de cicatrización, realiza marcha con muletas, permite flexo extensión de cadera hasta 80 grados sin dolor. Como plan de manejo fue ordenada cita para control en 8 días con RX. Con Restricción completa del apoyo en miembro inferior derecho y con la indicación de que debe continuar en manejo con nutrición y endocrinología pediátrica y sicología, siquiatría infantil; y que es muy importante lograr disminución de peso.
21-04-2016	En consulta externa por la especialidad de ortopedia y traumatología, José Fernando Galván Villamarín ⁴⁸ , entre otras observaciones señaló: <i>"la paciente arriba mencionada fue intervenida por presentar deslizamiento epifisario femoral proximal, requiriendo intervención quirúrgica en las dos caderas. Por la severidad de su lesión requiere restricción completa para el apoyo en miembro inferior derecho. Debe usar muletas. Está en estudio adicionalmente por obesidad. Requiere manejo conjunto por ortopedia, endocrinología pediátrica. Sicología"</i> .
	Entre las sesiones de fisioterapia, Amparo Sofia Barrera Borrego registra: "la

⁴⁰ Páginas 138-139 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

⁴¹ Páginas 141-143 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

⁴² Página 146 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

⁴³ Página 153 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

⁴⁴ Páginas 157 -158 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

⁴⁵ Páginas 162 -163 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

⁴⁶ Páginas 163 -165 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

⁴⁷ Páginas 171 - 172 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

⁴⁸ Páginas 173 - 174 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

12-05-2016	familiar manifiesta que la paciente el día martes se cayó andando en muletas en compañía de su hermana, y que desde entonces nota a la paciente adinámica y rechaza el uso de la muletas, se le solicita visitar al médico tratante o visitar el servicio de urgencias para valoración médica, ya que la paciente es de pop bilateral de caderas y no tenía permiso de apoyo en MI derecho. En caso de tener que continuar terapias solicita nueva orden ya que finalizo el primer ciclo ⁴⁹ .
12-05-2016	A las 12:01:26 p.m. ingresó por urgencias con motivo de consulta "SE CAE DE MULETAS, AYER EN LA TARDE" siendo valorada por la especialidad de pediatría, Aura Milena Baquero Nieto estableciendo "Idx pop de deslizamiento epifisario femoral + fijación bilateral. Trauma de cadera. Obesidad" . A su vez, ordenó valoración inmediata por ortopedia y Rx. caderas comparativas ⁵⁰ con prioridad urgente.
12-05-2016	A las 5:52 p.m., valoración por la especialidad de ortopedia y traumatología, José Fernando Galván Villamarín, porque "presentó caída de su altura al tropezar con las muletas el día de ayer con posterior dolor a nivel de cadera" . Realizó examen físico a la paciente evidenciando movilidad en flexión de caderas hasta 100 grados, permite abducción y ADD. Rx. Sin aparente desplazamiento del tornillo, "no se evidencia desplazamiento de la epífisis adicional al ya observado previamente" ⁵¹ . Se le dio salida con restricción de apoyo y cita de control para el otro jueves.
19-05-2016	En consulta externa por la especialidad de ortopedia y traumatología, José Fernando Galván Villamarín ⁵² encontró a la paciente en buen estado general, con mejoría en la movilidad, permite flexo extensión. Se continuó con las recomendaciones, restricción para el apoyo en M Inf. Se continua silla de ruedas y control en 1 mes encontrándose pendiente de radiometría para determinar posible "epifisiodesis para genu valgo" (sic).
10-06-2016	En consulta externa por la especialidad de psiquiatría, Esther Rodríguez Sandoval, en la cual sobresale nota médica "madre refiere "el ortopedista me dijo que la trajera por la ansiedad porque ella así esté llena me gana a comer, quisiera que ella entendiera que debe cumplir" alude la señora a indicaciones medicas que refiere la niña no acata" . Como diagnóstico se determinó trastorno mixto de ansiedad y depresión para lo cual la médica le señaló a la madre la importancia de hábitos adecuados de alimentación y de supervisión en cuanto a cumplimiento de indicaciones de dieta. También recomendó organizar plan de actividades que permita manejo constructivo del tiempo ⁵³ .
23-06-2016	En consulta externa por la especialidad de ortopedia y traumatología, José Fernando Galván Villamarín ⁵⁴ nuevamente hizo la recomendación a la madre, "se explica a la madre que el sobre peso que presenta y que continua en aumento puede ser lesivo para el futuro de la cadera en especial de la cabeza femoral lesionada" .
24-06-2016	A las 10:02 p.m. la menor ingresó por urgencias porque "refiere dolor en las caderas principalmente la derecha" , siendo valorada por la especialidad de ortopedia y traumatología José Fernando Galván Villamarín ⁵⁵ quien decidió hospitalizarla para manejo de dolor ordenándose TAC de miembros inferiores y articulaciones y radiografía de cadera y articulación.
25-06-2016	A las 9:17 am el médico de la especialidad de ortopedia y traumatología, Tito Rene Hernández Melo ⁵⁶ con ocasión del análisis del Rx y TAC observó "cambios de colapso de cabeza femoral especialmente en su aspecto posterior e inferior, se considera que no presenta por el momento extrusión (sic) de material de osteosíntesis a la articulación, por dolor se considera dejar hospitalizada para manejo de dolor y de fisioterapia, mejora movilidad manejo de dolor cadera derecha" . Asimismo, estableció como diagnósticos: i) POP O.S. Fémur bilateral marzo 2016; ii) dolor cadera; iii) necrosis avascular de la cabeza del fémur; y iv) obesidad. Como plan de manejo sobresale entre otras indicaciones "requerimiento de abordaje quirúrgico y consideran paciente en curso de necrosis avascular de la cabeza del fémur" ⁵⁷ .

⁴⁹ Páginas 186 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

⁵⁰ Páginas 187 – 188 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

⁵¹ Página 189 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

⁵² Páginas 189 - 190 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

⁵³ Páginas 194 – 195 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

⁵⁴ Páginas 195 - 190 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

⁵⁵ Páginas 198 - 200 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

⁵⁶ Páginas 202-203 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

⁵⁷ Página 204 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

28-06-2016	A las 12:03 p.m. sobresale nota médica de la pediatra, Diana María Castillo Jiménez, que indicó <i>"menor fuera de la Institución desde el día de ayer se cierra historia clínica"</i> . ⁵⁸
01-09-2016	A las 2:04 p.m. la menor fue atendida en el servicio de urgencias por la especialidad de ortopedia y traumatología José Fernando Galván Villamarín ⁵⁹ como cita extra, en la cual observó a la paciente ingresar con muletas y apoyo parcial. Como plan de manejo ordeno Rx de pelvis AP, control con resultados y "se insiste en restricción para el apoyo" .
08-09-2016	En consulta externa del por la especialidad de ortopedia y traumatología José Fernando Galván Villamarín ⁶⁰ , <i>"refiere la madre que se ha caído en tres ocasiones desde la cirugía. En ocasiones ha caminado a pesar de recomendaciones. En tratamiento por endocrinología pediátrica"</i> . Como plan de manejo le ordenó: i) continuar restricción para el apoyo ; ii) ss fisioterapia; iii) control en 20 días con Rx Ap y lateral de caderas; iv) explicó a la madre la severidad de la lesión, los riesgos de necrosis y la importancia de acatar recomendaciones de restricción para el apoyo ; y v) debe continuar con manejo con endocrinología pediátrica.
13-10-2016	En consulta externa del por la especialidad de ortopedia y traumatología José Fernando Galván Villamarín ⁶¹ se registra "deslizamiento epifisario Grado III, necrosis de la cabeza femoral derecha. La madre refiere que fue a endocrino, que aumentó de peso ahora 69 kg" . Como plan de manejo fue ordenado: i) RX de pelvis; ii) de acuerdo evolución se programará para extracción de tornillo en cadera derecha; y iii) se explicó, "a la madre y la paciente la gravedad de la lesión para la cadera y la importancia de controlar el peso y de seguir recomendaciones" .
18-10-2013	Sobresale nota médica de la psiquiatra, Esther Rodríguez Sandoval, que da cuenta "se llama en varias ocasiones durante tiempo asignado para atención y no se hace presente. hay problemas de cumplimiento y adherencia a tratamiento" . ⁶² .
27-10-2013	En consulta externa del por la especialidad de ortopedia y traumatología José Fernando Galván Villamarín ⁶³ , encontró paciente en aceptable estado general, marcado sobrepeso, quien ingresa con muletas y apoyando M inferior derecho. Hay limitación al flexo extensión de la cadera derecha. Hay limitación a las rotaciones por dolor. "Rx muestra colapso de epífisis femoral principalmente en su mitad lateral y se observa tornillo que protruye. Por lo cual se decide retiro del mismo" . Igualmente, obra registro de que "se explica claramente a los padres la necesidad de restricción completa para el apoyo como se ha explicado previamente y la necesidad de bajar de peso y de asistir a las citas de sicología y siquiatria. Se programa para el próximo lunes a las 7 am. Se explica a la madre el procedimiento, los riesgos y posibles complicaciones. Se explica la severidad de la lesión y la necesidad de seguir recomendaciones de forma estricta. Se hace orden de programación y solicitud de material. Se hace nueva orden de silla de ruedas" .
31-10-2016	A las 7:22:56 a.m. obra nota operatoria de la especialidad de ortopedia y traumatología José Fernando Galván Villamarín ⁶⁴ que da cuenta de la realización del procedimiento de extracción de tornillo canulado y de arandela ubicadas en cadera derecha, encontrando como hallazgo necrosis de la epífisis femoral y exposición articular de tornillo por colapso de la epífisis. Como plan de manejo, entre otras indicaciones, insiste el médico tratante en "restricción completa para el apoyo. se explica la madre y a la paciente el procedimiento y la importancia de seguir las instrucciones y la restricción del apoyo" .
01-11-2016	A las 9:04:54 a.m. la especialidad de ortopedia y traumatología José Fernando Galván Villamarín ⁶⁵ dio salida con recomendaciones generales y signos de alarma.
	En consulta externa por la especialidad de psiquiatría, Esther Rodríguez Sandoval, registra que "la joven ingresa deambulando al consultorio en muletas, pregunto a la madre si tratantes han autorizado marcha en muletas y dice que no, que le recomendaron no apoyo, pero que la traen en muletas "porque nos queda más fácil". En cuanto a inasistencia a citas de psicología y

⁵⁸ Página 221 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

⁵⁹ Páginas 238 - 239 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

⁶⁰ Páginas 240 - 241 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

⁶¹ Páginas 244 - 245 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

⁶² Página 245 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

⁶³ Página 245 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

⁶⁴ Página 250 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

⁶⁵ Página 257 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

18-11-2016	<i>psiquiatría la señora las explica por traslado del esposo. Respecto a ingesta y recomendaciones de dieta, la señora afirma que "ella ha asumido más conciencia de lo que debe comer, afirma que actualmente siguen las recomendaciones. reporta que la ha notado motivada, con buen ánimo, que actualmente le obedece sin dificultad. afirma que situación familiar actualmente ha mejorado en cuanto a apoyo"</i> ⁶⁶ .
02-01-2017	Entre las sesiones de fisioterapia, la profesional Alma Milena Giraldo Pastrana indicó que, la paciente ingresa caminando sin apoyo, muletas pequeñas para la paciente, importante atrofia muscular, glúteo medio máximo, tensor de la fascia lata, tendencia a rotación externa y abductores 2/5, limitación en aductor de cadera, flexor de cadera, se realiza valoración, no traen Rx, se dan indicaciones, y recomendaciones, cambio de muletas ⁶⁷ .
11-11-2017	Sobresale nota de la fisioterapeuta Alma Milena Giraldo Pastrana " <i>paciente estable ya tiene muletas adecuadas, a su altura, se realiza sesión calor local, masaje, ejercicios activos con balón fortalecimiento, glúteo medio, balonterapia, estiramientos activos, intenta bicicleta no se logra flexión de cadera, ver conductas procedimientos</i> " ⁶⁸ .
23-11-2017	En consulta externa por la especialidad de psiquiatría, Esther Rodríguez Sandoval, registra incumplimiento de las recomendaciones: " inicialmente se hace revisión de antecedentes, historia y evolución hasta la fecha. Ambos padres mencionaron conductas que se les han señalado como de riesgo: no seguir las indicaciones respecto a dieta, no asistencia a consultas (nutrición, terapias, psicología, psiquiatría, ortopedia), apoyo durante la marcha e inicialmente reportan mejoría respecto a dichas situaciones, pero al transcurrir la consulta los padres y la niña van dando detalles que tienen que ver con incumplimiento al menos parcial de las mismas " ⁶⁹ .
26-01-2017	En consulta externa por la especialidad de especialidad de ortopedia y traumatología José Fernando Galván Villamarín ⁷⁰ analizó los resultados Rx que muestran colapso del pilar lateral de la epífisis. Se observa disminución de la altura general de la epífisis, cadera reducida. Como plan de manejo: i) continua restricción completa para el apoyo; ii) fisioterapia; iii) debe continuar manejo conjunto con endocrinología, con fisioterapia, y psicología y psiquiatría; iv) control en 1 mes con rx; v) se hace nota para el colegio solicitada por los padres; y vi) se explica a los padres la severidad de la enfermedad y la necesidad de seguir las recomendaciones.
02-03-2017	En consulta externa por la especialidad de especialidad de ortopedia y traumatología José Fernando Galván Villamarín ⁷¹ hizo énfasis sobre las secuelas del deslizamiento epifisiario femoral proximal por condiciones asociadas a difícil manejo como la obesidad mórbida.
25-05-2017	En consulta externa por la especialidad de especialidad de ortopedia y traumatología José Fernando Galván Villamarín ⁷² indicó que la paciente tiene 10 y 6 meses de edad, Talla 1.60, Peso 76 Kg, ingresa con muletas. Que " refiere que realiza ocasionalmente actividades de fútbol ". Disminución del dolor. Cadera con flexión de aprox. 40 grados. en actitud en rotación externa. Como plan de manejo se continua fisioterapia con uso de muletas. Restricción completa para el apoyo. Continuar manejo conjunto con endocrinología y con psicología - psiquiatría. Se explica que no debe realizar apoyo y actividad deportiva.
13-10-2017	En consulta externa por la especialidad de especialidad de ortopedia y traumatología José Fernando Galván Villamarín ⁷³ observó paciente de 10 años de edad, talla 1.63, peso 78kg (previo 73kg). Limitación para la flexión de cadera. Llega de 0 a 45 grados. Actitud en Rotación Externa. Rx muestran cadera izquierda con tornillo in situ con adecuada conformación. Cadera derecha con colapso de la lateral de la cabeza femoral. Como plan de manejo se continúan recomendaciones para bajar de peso. Se continua marcha con 2 muletas. Analgésicos. Fisioterapia. Se insiste en mejorar dieta.

- Radiografía de Fémur AP y lateral tomada el 9 de febrero de 2016⁷⁴ y con reporte de resultados referentes a la no identificación de lesiones óseas de naturaleza traumática

⁶⁶ Página 260 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

⁶⁷ Página 265 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

⁶⁸ Página 265 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

⁶⁹ Página 273 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

⁷⁰ Página 275-276 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

⁷¹ Página 283-284 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

⁷² Página 292 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

⁷³ Página 296 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

⁷⁴ Folios 23 – 24 del Cuaderno 1

reciente, ni lítica, ni expansiva, con registro de relaciones articulares preservadas, densidad mineral ósea normal y tejidos blandos sin alteración⁷⁵.

- Radiografía de Pelvis o articulación coxo-femoral (AP, Lateral) del 9 de febrero de 2016⁷⁶ donde no observan lesiones óseas de naturaleza traumática reciente, ni lítica, ni expansiva; relaciones articulares preservadas, densidad mineral ósea normal y tejidos blandos sin alteración⁷⁷.

- Reporte de resultados de radiografía de pelvis (cadera) comparativa del 27 de febrero de 2016 que identifica deslizamiento epifisiario de la cabeza femoral en un 35 por ciento con ascenso del fémur en el lado derecho⁷⁸. A su vez, obra reporte sobre tejidos blandos sin alteraciones, densidad ósea normal y que no se observaron trazos de fractura.

- Reporte de resultados de radiografía de rodilla AP, lateral comparativa⁷⁹ del 21 de abril de 2016, en la cual indica que no se evidencia trazos de fractura reciente; relaciones articulares femorotibiales y patelofemorales conservadas, densidad ósea normal, tejidos blandos conservados sin signos de derrame articular.

- Reporte de resultados de radiografía de pelvis (cadera) comparativa⁸⁰ del 12 de mayo de 2016 contentivo de la evolución de la paciente, evidenciando adecuada densidad ósea, discreta disminución del espacio de las articulaciones sacroilíacas bilateralmente, material de osteosíntesis proyectándose a nivel de las cabezas femorales bilateralmente a correlacionar con antecedente traumático antiguo, tejidos blandos periarticulares sin alteraciones, no hay desplazamiento del material de osteosíntesis sin lesiones líticas o blásticas.

- Reporte de resultados de radiografía de pelvis o articulación coxo – femoral (AP, lateral)⁸¹ del 23 de junio de 2016 que indica presencia de tornillos intramedulares a nivel de los cuellos femorales a correlacionar con antecedentes, disminución leve en la altura del núcleo epifisiario de la cabeza femoral derecha, el cual presenta mayor densidad a correlacionar con los antecedentes de la paciente. Asimismo, obra registro de que las relaciones articulares coxofemorales se preservan y con densidad ósea normal.

- Reporte de resultados de radiografía de pelvis o articulación coxo-femoral (AP, lateral)⁸² del 25 de junio de 2016 que indica que no se observan lesiones óseas traumáticas recientes, las relaciones articulares se encuentra conservadas, leve disminución del tamaño de la fisis en la cabeza femoral del miembro inferior derecho, lo cual puede estar en relación con el deslizamiento epifisiario, material de osteosíntesis, en ambos cuellos femorales manteniendo alienados los cartílagos de crecimiento, no hay lesiones líticas ni blásticas, y sobresale nota *"estudio con limitaciones debido a que no se cuenta con estudios para comparación"*.

- Reporte de radiografía de pelvis o articulación coxo-femoral (AP, lateral) del 21 de julio de 2016⁸³ que da cuenta de la densidad ósea, material de osteosíntesis proyectándose a nivel de la cabeza femorales bilateralmente, espacio de las articulaciones coxofemorales se encuentra preservada, núcleos de crecimiento normales para la edad y tejidos blandos periarticulares sin alteraciones.

- Reporte de radiografía de pelvis o articulación coxo-femoral (AP, lateral) del 8 de septiembre de 2016⁸⁴ indica la presencia de tornillos intramedulares en cuellos femorales

⁷⁵ Folio 25 del Cuaderno 1

⁷⁶ Folios 23 – 24 del Cuaderno 1

⁷⁷ Folio 25 del Cuaderno 1

⁷⁸ Folio 26 del Cuaderno 1

⁷⁹ Folio 27 del Cuaderno 1

⁸⁰ Folio 28 del Cuaderno 1

⁸¹ Folio 29 del Cuaderno 1

⁸² Folio 30 del Cuaderno 1

⁸³ Folio 31 de Cuaderno 1

⁸⁴ Folio 31 de Cuaderno 1

evidenciando disminución en el tamaño y la densidad de la epífisis de la cabeza femoral derecha, la cual presenta contornos regulares en su aspecto lateral, cubrimiento acetabular adecuado y sin trazos de fractura reciente.

- Reporte de radiografía (cadera, rodilla, pie y/o cuello de pie) y resonancia magnética de cadera derecha⁸⁵ del 28 de agosto de 2017, donde se da cuenta de los siguientes hallazgos:

"(...) Información clínica aportada en la solicitud médica: Necrosis: avascular

Hallazgos:

Comparación: Se realiza estudio comparativo con tomografías de febrero y julio de 2016.

Para el presente estudio se ha retirado el tornillo transcervical que se encontraba fijando la epifisiolistesis, hallazgo que era visualizado en tomografía de Junio de 2016, en ese estudio había un fragmento dependiente del aspecto superior, lateral y anterior de la cabeza femoral consistente con necrosis avascular que para el presente estudio se ha colapsado condicionando deformidad de la cabeza femoral con cambios artrósicos coxofemorales, dados por disminución de la amplitud del espacio articular, edema subcondral tanto en la cabeza femoral como en la zona de carga del acetábulo con pérdida del espesor total del cartílago en estas localizaciones.

Aparentemente hay preservación del stock óseo (pared medial del acetábulo).

En la cadera izquierda aún se visualiza tornillo transcervical para fijación profiláctica por antecedente de epifisiolistesis derecha.

Existe disminución del volumen de la musculatura de la cadera derecha especialmente de los músculos glúteos.

El nervio ciático es de morfología e intensidad de señal normales.

OPINIÓN:

Necrosis avascular de la cabeza femoral con coxa vara y avanzados cambio coxoartrosicos para el presente estudio se ha retirado el tornillo transcervical derecho. (...)⁸⁶

- Dictamen de determinación de origen y/o pérdida de la capacidad laboral y ocupacional N° 1043133611-6373 del 12 de octubre de 2018 elaborado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá y Cundinamarca contentiva de las siguientes valoraciones del calificador en los siguientes términos:

"(...)

Fecha: 04/07/2018 Especialidad: JRCIB

La paciente fue evaluada por la Junta Regional de Calificación de Invalidez el 4 de julio de 2018 encontrando paciente diestra en regulares condiciones generales ingresa a valoración apoyada en muletas con cojera derecha con restricción de la movilidad de caderas con dolor a la palpación de caderas.

<i>CADERA</i>	<i>DERECHA</i>	<i>IZQUIERDA</i>
<i>FLEXION</i>	<i>30</i>	<i>60</i>
<i>EXTENSIÓN</i>	<i>20</i>	<i>20</i>
<i>ABDUCCIÓN</i>	<i>20</i>	<i>30</i>
<i>ADUCCIÓN</i>	<i>10</i>	<i>10</i>
<i>ROTACIÓN INT</i>	<i>30</i>	<i>30</i>
<i>ROTACIÓN EXT</i>	<i>30</i>	<i>40</i>

(...)

⁸⁵ Folio 32 del Cuaderno 1

⁸⁶ Folio 32 del Cuaderno 1

Análisis y conclusiones:

Revisados los antecedentes obrantes en el expediente, se encuentra que el presente caso se trata de paciente de 11 años, quien sufrió accidente en su sitio de residencia al caer de para atrás en patines el 09/02/2016 atendida en Clínica de la Policía le tomaron Rx de cadera y fémur, recibió manejo con AINES oral y tópico persistió con dolor en cadera derecha, acudió a Ortopedia el 27/02/2016 en Clínica de la Policía donde evidenciaron fractura de fémur derecho el practicaron manejo quirúrgico con colocación de material de osteosíntesis incapacitada hasta 2017, en la actualidad presenta como secuela dolor y restricción de la movilidad de caderas.

Se solicitó valoración por psiquiatría pediátrica para verificar el diagnóstico de trastorno de ansiedad, el cual no fue reportado por lo que no se asigna puntuación por esta patología.

En relación con las deficiencias se realiza calificación por restricción de la movilidad de caderas y dolor somático de caderas.

(...)

Diagnóstico

M930 Deslizamiento de la epífisis femoral superior (no traumático)

(...)

Valor final de la deficiencia (Ponderado) – Título I	23.39 %
Valor final rol laboral, ocupacional y otras áreas ocupacionales – Título II	25.00 %
Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Título I + Título II)	48.39%

Fecha de estructuración: 04/07/2018 (...)⁸⁷

- Oficio N° S- 2018-094254-DEQUI-HOCEN del 28 de noviembre de 2018⁸⁸ procedente del Ortopedista y traumatólogo del Hospital Central por medio del cual informó que el trauma esquelético pediátrico no se encuentra dentro de las primeras diez (10) causas de mortalidad de ingresos en el Servicio de Urgencias y por tal motivo la Institución no cuenta con un documento de protocolo o guías de atención en niños y niñas lesionados por distintos traumas.

2.5.2. Del daño en el caso concreto

Como se indicó ut supra, el daño se ha entendido como "la lesión del derecho ajeno, consistente en el quebranto económico recibido, en la merma patrimonial sufrida por la víctima, a la vez que en el padecimiento moral que lo acongoja"⁸⁹. Así mismo, el Consejo de Estado ha referido que el daño es "la afectación, vulneración o lesión a un interés legítimo y lícito"⁹⁰.

En el caso *sub judice*, el daño consiste en las secuelas que le quedaron a la menor VMS y que le restringen la movilidad, a raíz de la fractura de la cadera por las caídas de su propia altura que sufrió en el año 2016, tal como se infiere de las pruebas allegadas al proceso. En esa medida, se encuentra acreditado el carácter cierto y personal del daño.

Pero si bien se estableció lo anterior, la comprobación de la existencia de daño no genera *per se* la responsabilidad del Estado, pues, además, debe estar suficientemente acreditado el nexo de causalidad respecto de la acción u omisión de la entidad demandada y que el daño le sea jurídicamente imputable.

2.5.3. Atribución o imputación del daño

⁸⁷ Folios 137 – 139 del Cuaderno 1

⁸⁸ Documento Digital N° 9 del Expediente Digital

⁸⁹ Derecho Civil obligaciones. Pág. 538

⁹⁰ Sentencia 14 de marzo de 2019 Exp 39325 Consejera Ponente María Adriana Marín.

La imputación del daño se predica cuando se encuentra demostrado el nexo de causalidad entre el actuar de la entidad demandada, bien sea por acción u omisión, y el daño sufrido por la víctima. A su vez, debe tenerse en cuenta que la imputación del daño debe ser analizada desde un doble aspecto: la imputación fáctica o material y la imputación jurídica.

La imputación fáctica se construye desde la perspectiva de la identificación de la causa adecuada¹ del daño, teoría por la cual se establece cuál fue la acción u omisión que concretó el daño por parte de la entidad demandada; o si, por el contrario, dicha concreción le es atribuible a la víctima, a un tercero o al azar. Por su parte, la imputación jurídica tiene relación con la identificación del régimen jurídico aplicable; esto es, si el daño demostrado tuvo como causa un daño especial sufrido por la víctima, el riesgo excepcional al que se le sometió, o la falla del servicio.

Al respecto, es pertinente señalar que, de acuerdo con la reiterada jurisprudencia del Consejo de Estado, el caso, dado que se trata de un asunto de responsabilidad médica, se analizará bajo el régimen de responsabilidad subjetiva.

En el sub lite, la parte accionante le atribuye responsabilidad a la entidad demandada por la falla en que habría incurrido en la prestación del servicio médico por error de diagnóstico en valoración efectuada en la atención brindada el 9 de febrero de 2016 en el servicio de urgencias del Hospital Central de la Policía Nacional. En esa medida, para establecer si el daño alegado en la demanda le es atribuible a la entidad demandada, es pertinente analizar, a partir de las pruebas allegadas al proceso, la atención médica brindada al paciente.

En el presente caso, la parte actora alegó que el factor que contribuyó a la producción de daño, fue la omisión, por parte de la médica general Andrea Castillo Niuman por descartar lesión ósea y en su lugar erró en el diagnóstico al considerar que se trataba de un desgarró muscular y no de una fractura de la diáfisis del fémur; lo que conllevó a la omisión de remitir a la paciente al especialista de ortopedia para que este le brindara la atención idónea.

Sobre los presupuestos para la ocurrencia del error en el diagnóstico, el Consejo de Estado ha señalado:

"10. Uno de los momentos de mayor relevancia en la prestación del servicio médico es el diagnóstico, pues sus resultados permiten elaborar toda la actividad que corresponde al tratamiento médico. El error de diagnóstico, que implica un error en el tratamiento, ocurre (i) por indebida interpretación de los síntomas del paciente; (ii) por la omisión de practicar los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto; (iii) cuando no se agotan los recursos científicos y técnicos al alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente, y (iv) por no hacer el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, bien para modificar el diagnóstico o el tratamiento."⁹¹

En el sub lite, se tiene que el 9 de febrero de 2016 la menor acudió al servicio de urgencias porque desde *"hace 3 días (presenta) dolor en muslo derecho "* como en el *"hueso", no apoya, y camina coja"*; asimismo, en el examen físico, el médico pediatra Luis Enrique Muñoz Manotas advirtió marcha con cojera y dolor en el muslo sin lesiones, ni equimosis, ni escoriaciones con rotación adecuada. No obstante, para descartar algún tipo de fractura, se ordenó realizar dos Radiografías: una de femur AP y lateral y otra, de cadera o articulación coxo-femoral (AP, lateral). En ninguna de tales imágenes diagnósticas se observó fractura traumática alguna reciente ni lítica ni expansiva, las relaciones articulares se evidenciaban preservadas, densidad mineral ósea normal y tejidos blandos sin alteración⁹². En esa medida, se descartó lesión ósea, con fundamento en lo siguiente:

⁹¹ Sentencia 26 de febrero de 2021. Consejo de Estado. Sala de Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección C. Radicación número: 08001-23-31-000-2002-01887-01(36562)

⁹² Folio 25 del Cuaderno 1

"(...) Trauma hace 4 días caída de su propia altura sobre pierna derecha con posterior dolor persistente que impide la marcha niega fiebre u otros síntomas , se recibe reporte de Rx de fémur y cadera dentro de límites normales, al examen físico afebril hidratada mucosa oral húmeda oral normal cardiopulmonar sin agregados FC 80 XM,afebril se palpa dolor en región muscular de muslo derecho desde trocánter mayor no edemas no equimosis no hematomas , limitación para la marcha por dolor , cuadro clínico sugiere trauma de tejidos blandos se descarta lesión ósea en Rx , paciente hemodinámicamente estable se da salida con formula por analgésico oral y tópico, medidas locales reposo en casa recomendaciones signos de alarma de empeoramiento para reconsultar por urgencias. (...)"⁹³

Luego de dicha atención, la paciente ingresó nuevamente el 27 de febrero de 2016 por el servicio de urgencias, porque *"hace 2 horas sufrió caída sobre su propia altura con dolor e incapacidad funcional de muslo derecho"*. En esa ocasión, luego de la toma de radiografías, el médico pediatra Jaime Enrique Herrera Perilla estableció *"fractura de la diáfisis del fémur"* y *"deslizamiento de la epífisis femoral superior"*. Ante tal evidencia, se ordenó interconsulta por ortopedia y traumatología y se dispuso el plan de manejo para tal eventualidad consistente en procedimiento quirúrgico para corregir la lesión, el cual salió exitosamente, sin complicaciones.

De esta manera, se puede evidenciar que entre los dos ingresos por el servicio de urgencias al Hospital Central de la Policía Nacional los días 9 y 27 de febrero de 2016, el motivo de la consulta fue por eventos de caídas diferentes. Para la primera caída no se encontró lesión alguna, en tanto que en la segunda sí se encontró fractura de la diáfisis del fémur y deslizamiento de la epífisis femoral superior. Pero, pese a la fractura encontrada el 27 de febrero, no es posible afirmar que para el 9 de febrero de 2016 la paciente padecía de la fractura de la diáfisis, pues en la radiografía efectuada ese mismo día no se observaron lesiones óseas. Efectivamente, se observa en la historia clínica nota médica del pediatra Lino Enrique Peña Alférez⁹⁴ sobre el motivo de la consulta durante el segundo ingreso al servicio de urgencias (27 febrero) en los siguientes términos: *"paciente escolar (9 años), traída en el día de hoy por presentar caída desde su propia altura (estaba caminado hacia atrás) y posterior limitación funcional del miembro inferior derecho"*.

Obsérvese que las caídas, además, de ser dos eventos distintos, también tienen una importante distancia en el tiempo. De modo que si hipotéticamente se aceptara que hubiera habido fractura en la primera caída, lo más probable es que no hubiera podido seguir caminando para cuando ocurrió la segunda caída, pues precisamente el efecto de la fractura de pelvis es la imposibilidad para caminar. Además, téngase en cuenta que en la segunda radiografía se hizo una comparación entre las radiografías tomadas el 9 de febrero y las tomadas el 27 de febrero. Así que se trató del mismo tipo de imagen diagnóstica, donde se evidenció que en la primera no hubo fractura y en la segunda sí.

Luego, con ocasión de la cirugía y posterior a ella, y dada la severidad de la lesión, en las diferentes valoraciones efectuadas por las especialidades de ortopedia, psiquiatría, nutrición, psicología y fisioterapia, se les explicó a los padres de la menor sobre los riesgos de necrosis; y por ello, la importancia de acatar recomendaciones de restricción para el apoyo como la disminución de peso. Pero tales recomendaciones no fueron cumplidas, tal como se registró en la atención del 25 de junio de 2016 con ocasión de la valoración del médico de la especialidad de ortopedia y traumatología, Tito Rene Hernández Melo, pues tras realizar el análisis del Rx y TAC observó *"cambios de colapso de cabeza femoral especialmente en su aspecto posterior e inferior, se considera que no presenta por el momento extrusión (sic) de material de osteosíntesis a la articulación, por dolor se considera dejar hospitalizada para manejo de dolor y de fisioterapia, mejora movilidad manejo de dolor cadera derecha"*. Asimismo, se estableció, entre diagnósticos, necrosis avascular de la cabeza del fémur y como plan de manejo se dispuso *"requerimiento de abordaje quirúrgico y consideran paciente en curso de necrosis avascular de la cabeza del fémur"*.

⁹³ Página 88 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

⁹⁴ Página 95 de la Historia Clínica contenida en el CD-R obrante a folio 67 del Cuaderno 1

Esto demuestra que la reintervención quirúrgica que tuvo que hacerse a la menor para corregir la necrosis avascular de la cabeza del fémur, tuvo como causa la no adherencia al tratamiento y a las recomendaciones médicas para la adecuada recuperación. En efecto, las recomendaciones consistían en: i) restricción completa para el apoyo en miembro inferior derecho por el alto riesgo de presentar necrosis en la cadera; ii) empleo de sillas de ruedas después de la primera intervención quirúrgica; iii) disminución de peso; iv) asistir a las citas de psicología y psiquiatría; v) acompañamiento de los padres en el manejo de los hábitos adecuados de alimentación y de supervisión en cuanto a cumplimiento de indicaciones de dieta; vi) no realizar actividad deportiva; vii) dar continuidad a los ejercicios de fisioterapia en casa; y viii) organizar plan de actividades que permita manejo constructivo del tiempo.

En esa medida, no le asiste razón al perito Rubén Darío Ángulo González al señalar que el error de diagnóstico en la atención del 9 de febrero de 2016 había llevado a la paciente a intervenciones quirúrgicas y múltiples complicaciones. Ello, no es así, porque, como aparece acreditado, en la caída de tal fecha no hubo fractura y porque, como se indicó, las complicaciones posquirúrgicas obedecieron particularmente a la paciente por la no adherencia al tratamiento, consistente en la restricción en la movilidad (silla de ruedas) y bajar de peso. Nótese que para el 9 de febrero la menor tenía 9 años pesaba 59 kg y para septiembre de 2016, pesaba 78 kg.

Según lo anterior, se infiere que las complicaciones presentadas no tuvieron como causa el error en el diagnóstico del 9 de febrero, como se alegó en la demanda, sino a circunstancias ajenas a la entidad demandada. Esto demuestra que no hay relación causal entre el daño alegado y la atención médica brindada a la menor. Por el contrario, aparece acreditado que la atención médico asistencial brindada a la paciente, antes, durante y después de los procedimientos quirúrgicos estuvo acorde con lo exigido en la *lex artis*, y pese a ello tuvo complicaciones con posterioridad al procedimiento de osteosíntesis con colocación de tornillo y arandela en la cadera. Pero, ello no significa que sea atribuible a una falla médica, puesto que la necrosis desarrollada con posterioridad, si bien es frecuente ese tipo de riesgo en dicho procedimiento quirúrgico, el mismo fue informado a los padres de la menor; además, los médicos tratantes insistentemente orientaron a la menor y a sus padres sobre la necesidad de disminuir de peso y la restricción de apoyo del miembro inferior derecho; recomendaciones que no fueron acatadas conllevando a que su evolución no fuera satisfactoria.

En ese orden de ideas, es preciso reiterar, como lo ha dicho la jurisprudencia del Consejo de Estado, en temas de responsabilidad médica la obligación que se asume es de medios y no de resultado. Es decir, la institución hospitalaria y los profesionales médicos solo están obligados a poner al servicio del paciente todos los medios de los que disponen para procurar la recuperación de su salud, pero en manera alguna se les obliga a que el paciente efectivamente se recupere, pues ello depende de múltiples factores ajenos a ellos, entre otros, la manera como responda el cuerpo del paciente al tratamiento.

En conclusión, como el daño, consistente en las complicaciones que se presentaron con ocasión de la cirugía realizada a la menor no tuvo como causa la falla médica alegada en la demanda, no le resulta atribuible jurídicamente a la entidad demandada. Por consiguiente, se denegarán las pretensiones de la demanda porque la parte accionante no cumplió con la carga afirmativa de la prueba, señalada en el artículo 167⁹⁵ del Código General del Proceso, tendiente a acreditar la falla del servicio.

2.6. COSTAS

En cuanto a la condena en costas, en aplicación del criterio objetivo valorativo señalado por el artículo 188 de la ley 1437 de 2011, en concordancia con el artículo 365 del Código General del Proceso, debe verificarse si hay lugar a condena en costas a la parte vencida.

⁹⁵ Artículo 167. Carga de la prueba. Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.

Se habla de un criterio «*objetivo*» porque en toda sentencia se «dispondrá» sobre costas, es decir, se decidirá, bien sea para condenar total o parcialmente, o bien para abstenerse. Y es «*valorativo*» porque se requiere que en el expediente el juez revise si las mismas se causaron y en la medida de su comprobación, tal y como lo ordena el CGP. En consideración a lo anterior, dado que no aparece acreditado, el Despacho se abstendrá de condenar en costas a la parte vencida.

En mérito de lo expuesto, el **Juzgado Treinta y Cinco (35) Administrativo del Circuito de Bogotá - Sección Tercera**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

PRIMERO: NEGAR las pretensiones de la demanda, por las razones expuestas en la parte motiva.

SEGUNDO: NO CONDENAR en costas, conforme a lo indicado.

TERCERO: Por Secretaría del Juzgado, procédase a la notificación de la sentencia en la forma dispuesta en el artículo 203 de la Ley 1437 de 2011.

CUARTO: De no ser apelada esta providencia y ejecutoriada la misma, por Secretaría, **liquídense** los gastos del proceso y en caso de existir remanentes, entréguese a la parte interesada. **Archívese** el expediente, haciéndose las anotaciones del caso.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

JOSÉ IGNACIO MANRIQUE NIÑO
JUEZ

dmap

Firmado Por:
Jose Ignacio Manrique Niño
Juez
Juzgado Administrativo
035
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **f6053c284756326f88ca373fc972f0ede9c5140afa08d075f9fb152a9f9cf2d9**

Documento generado en 31/10/2022 12:23:09 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>