



**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD**

Doctora:

OLGA CECILIA HENAO MARÍN

**JUEZA34 ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTÁ
SECCIÓN TERCERA**

E. S. D.

ASUNTO: CONTESTACIÓN DEMANDA

Radicado:	11001333603420220021400
Demandante:	DELIO RICARDO PARDO MEDINA Y OTROS
Demandado:	NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA - POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD
Medio de Control:	REPARACION DIRECTA

ANA PAOLA BARRETO ALFARO, identificada como aparece al pie de mi firma, actuando en calidad de apoderada judicial de la Nación - Ministerio de Defensa - Policía Nacional - Dirección de Sanidad - Hospital Central de la Policía Nacional dentro del proceso de la referencia, según poder adjunto y por el cual solicito me sea reconocida personería jurídica para actuar en el proceso de la referencia, y estando dentro de la oportunidad legal, me permito dar CONTESTACION A LA DEMANDA, en los siguientes términos:

1. PRONUNCIAMIENTO A LAS PRETENSIONES.

La Nación-Policía Nacional- Dirección de Sanidad de la Policía Nacional –Hospital Central de la Policía (en adelante Hocen), se opone expresamente a todas y cada una de las pretensiones, por cuanto se explicará más adelante el presunto daño antijurídico padecido por la parte actora no es imputable a la entidad que represento, *contrario sensu*, por parte del Hocen se presentó un adecuado, oportuno y eficiente servicio médico a la joven LAURA SOFIA PARDO PEÑA (QEPD), conforme se evidencia en la historia clínica, donde consta que el manejo dado por su equipo de salud a la paciente, se ajustó a las exigencias médicas, recomendaciones clínicas, de calidad, accesibilidad, oportunidad y ética, lo que se traduce en el cumplimiento de la *Lex Artis*.

Por tal motivo, me opongo a las peticiones, declaraciones y condenas en la forma en que aparecen formuladas en la demanda, por carecer todas estas, de fundamento fáctico y jurídico, por lo tanto, silicio respetuosamente, al señor juez, se absuelva de ellas a la demandada al La Nación-Policía Nacional- Dirección de Sanidad de la Policía Nacional – Hospital Central de la Policía.

Para ello, manifiesto mi oposición respecto de cada pretensión así:

1: Me opongo a que se declare administrativa y extracontractualmente responsable al Hocen, perjuicios causados a los demandantes con motivo de la muerte de LAURA SOFIA PARDO PEÑA teniendo en cuenta que los registros de la historia clínica de la paciente evidencia que durante la atención prestada el Hospital de la Policía, no incurrió en ninguna omisión o acción o pérdida de oportunidad de vida que pueda demostrar como verdaderas

DEFENSA JUDICIAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD

disan.asjur-judicial@policia.gov.co

Teléfono 5804400 ext. 7422, 7637



**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD**

las afirmaciones de la parte actora, pues la atención en salud prestada al paciente se dio conforme a la *Lex Artis*

2. Me opongo a que se condene a la NACIÓN COLOMBIANA - DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL -HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL-, a pagar a favor de los demandantes, los perjuicios materiales sufridos con motivo de la muerte su hija, hermana, nieta, sobrina, prima, de la niña LAURA SOFIA PARDO PEÑA (QEPD), toda vez que no existe responsabilidad por parte la entidad hospitalaria, quien se limitó a presar los servicios de salud cumpliendo estrictamente los protocolos y guias aplicables al caso y disponiendo del recurso humano, técnico y científico disponible en el momento de la atención

2.a Me opongo al reconocimiento de daño emergente

2b Me opongo al reconocimiento lucro cesante consolidado y futuro

3: Me opongo a que se condene a la NACIÓN COLOMBIANA - DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL -HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL a pagar a los demandantes perjuicios de orden moral.

4. Me opongo a que se condene al NACIÓN COLOMBIANA - DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL -HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL a pagar a los demandantes indemnización por dalos a la salud.

Finalmente al no estimarse las pretensiones de la demanda, carece de materia la pretensión de actualización de condena solicitada.

2. HECHOS Y OMISIONES

PRIMERO: Parcialmente Cierto: Conforme al registro de la historia clínica se anota 14/03/2014 02:07:37.000AM *ingresa menor por cuadro agudo de dolor abdominal asociado a emesis e hiperoxia encontró paciente estable y establece impresión diagnóstica de pródromo de gastroenteritis se indica manejo con metoclopramida e hidratación no se evidencia nota de revaloración en aplicativo.*

SEGUNDO: En la historia clinica se registra valorada en el servicio de urgencias por la ,Md General luz Dary Blanco el 25/03/2014 09:13:23 am con una espera aproximada de 1 hora + 31 minutos reingresa por cuadro de dolor abdominal asociado a fiebre, madre comento que hace 10 días presento dolor abdominal que consulto por urgencias indican manejo sin nuevos episodios eméticos por lo que egresaron de la institución; pero por presencia de síntomas respiratorios altos reaparece dolor abdominal en región periumbilical e hipogástrica episódico, durante dos días presento picos febriles y en Arbeláez sitio donde se encontraban de paseo establecen diagnóstico de otitis media indican manejo, refiere en uroanálisis encontraron hematuria macroscópica inicialmente establecen diagnóstico de pródromo de gastroenteritis e indican paraclínicos radiografía de tórax normal sptepto test negativo uroanálisis con presencia de 25 leu y eritrocitos continúan manejo antibiótico ajustado, ecografía de abdomen reporta cambios en parénquima renal sugiere nefrocalcinosis a considerar posible acidosis tubular renal, hidronefrosis izquierda grado II, se considera continuar estudios, reporte de paraclínicos de control BUN 26 creatinina 1.26

DEFENSA JUDICIAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD

disan.asjur-judicial@policia.gov.co

Teléfono 5804400 ext. 7422, 7637



**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD**

cloro 96 hemograma reportado con neutrofilia y monocitosis, proteína C reactiva: 17, dado su estado general y resultados de paraclínicos se hospitaliza y se solicita valoración por especialidades referidas.

TERCERO: Parcialmente cierto, pues en la HC se registra nota de evolución del 26/03/2014 4:12 pm la Md pediatra Aura milena Baquer reporta cifras tensionales sobre percentil 95 para la edad, madre refiere ausencia de diuresis asociado a hiporexia, se evidenció al examen físico deshidratación grado I, edema palpebral y persistencia de dolor al puño percusión izquierda se valora en conjunto con urología y dado la evidencia de falla renal aguda por elevación de azoados se decide traslado a UCIP para monitoreo.

CUARTO: Parcialmente cierto respecto a lo que se encuentra descrito en la HC, sin embargo referente a la opinión emitida se tiene que la parte no tiene la calidad de médico o de perito para que realice dictamen o emita diagnósticos.

QUINTO: No es cierto, no se acepta el hecho en la forma en la parte actora pretende, resulta necesario aclarar

Acorde a valoración por Md pediatra Henry Reyes registrada en el SISAP, se reporta paraclínicos que evidencian función renal en deterioro BUN de 26 pasa a 41 creatinina 1.3 a 4.6 confirmando falla renal probablemente prerrenal sin respuesta a manejo con líquidos endovenosos.

La Md pediatra Cecilia Álvarez el día 27/03/2014 dado resultados de paraclínicos que evidencia acidosis metabólica pH 7,19 más azoados en aumento, oliguria, hiperfosfatemia e hiperkalemia considera paciente para terapia de remplazo renal; se comunicó telefónicamente con el Md Bruges nefrólogo pediatra se indicó inicio trámites administrativos se explicó al padre el procedimiento.

El día 27/03/2014 es valorado por especialidad nefrología pediátrica quien reporta antecedente familiar no claro del padre de litiasis renal, quien acorde a hallazgos ecográficos renales reportados que evidencian múltiples imágenes litiásicas ureterales izquierda dejó en espera la terapia de remplazo renal y solicito valoración por urología y paraclínicos: citrato, calciuria creatinuria y oxalatos, suspende diuréticos

Medico urólogo mauricio Moreno el día 27/03/2014 realiza nueva ecografía en compañía de Md ecografista; reporta hiperecogenicidad renal, nefrolitiasis e hidroureteronefrosis bilateral de predominio izquierdo con calle litiásica ureteral distal izquierda número tres, sospecha de cálculo ureteral a nivel del cruce de los vasos iliacos; Además radiografía de abdomen confirma diagnóstico; por lo que se solicita nefrostomía percutánea bilateral urgente con guía ecográfica

SEXTO: Parcialmente cierto, me abstengo a lo descrito en la historia clínica para ese día.

SÉPTIMO Y OCTAVO: Paciente quien acorde a evoluciones clínicas de pediatras de turno se encuentra sin deterioro del estado clínico, tolerando vía oral, disminución de edemas, cifras tensionales con tendencia a la hipotensión, trastorno electrolítico en corrección

DEFENSA JUDICIAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD

disan.asjur-judicial@policia.gov.co

Teléfono 5804400 ext. 7422, 7637



**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD**

El día 04/04/2022 en nota de Md pediatra Dána Castillo reporta mejoría de cifras tensionales mejora de función renal con ultima creatinina 0.98 potasio 5, sodio 138, valorada por urología quien autoriza egreso; además nefrólogo pediatra quien suspende furosemida y deja antibiótico oral más recomendaciones verbales a la madre.

NOVENO Y DÉCIMO QUINTO: Verifico en el aplicativo SISAP encontrando los siguientes hallazgos relacionados a la consulta externa.

FECHA	ANOTACIONES	CONDUCTAS	PARACLINICOS	CONTROL
11/04/2014	Acompañante madre, llegada tarde de 30 minutos	ajusto dosis de cefalexina de profilaxis a 7 cc, suspendió amlodipino	Ss / calciuria en orina de 24 horas pendiente reporte de oxalato y citrato en orina de 24 hora	Mayo 2014
07/08/2014	Acompañante madre	Se reviso calciuria de 24 horas 6.5 mg= 0.38 mg/kg es normal creatinina 0.74 mg tfg 83 ml/min	Ss// estudio de citrato y oxalato reinicia cefalexina Pendiente oxalato y citrato en orina de 24 horas.	Agosto 2014
04/09/2014	Acompañante madre	Parcial de orina con hematuria macroscópica, urocultivo (-) creatinina 0.65 tfg EST 89.6 ml/min	Ss// función renal y parcial de orina	Noviembre 2014
17/03/2015	Acompañante abuela no se tomó citraturia.	Creatinina 0.76 TFG 79 ml/min	No se visualiza ordenes generadas.	Junio 2015
18/11/2015	Acompañante madre. Paciente de difícil control por irregularidad en controles, no esta tomando citrato ordenado, llega tarde no acude con paraclínicos.	Se ordena solución de citrato 2 meq/ kg se controlará con citrato en orina de 24 horas.	Ss// citrato en orina de 24 horas, creatinina, oxalato	Diciembre 2015
09/12/2015	Acompañante madre.	Está tomando dosis de citrato ordenada- se deja solución de citrato 2 MQ/KG controlada con citrato en orina de 24 horas.	Pendientes paraclínicos previos. Ss// eco renal, parcial de orina y función renal.	Enero 2016
05/05/2016	Acompañante madre no le han entregado solución de citrato desde 01/2016	Paraclínicos feb 2016 creatinina 0.82 tfg 77 ml/min BUN 84, uroanálisis con micro hematuria y leucocituria urocultivo -	Pendiente reporte de citrato y calciuria de 24 horas	Agosto 2016
07/07/2016	Acompañante padre, pendiente entrega de citrato por trámites administrativos	Ecografía renal junio15/2016 RD 66/35/43 p:10 mm múltiples imágenes hiperecoicas >6 mm ri:52/24/34 p9 múltiples imágenes hipoecoicas coraliformes	Pendientes paraclínicos no se tomaron.	Septiembre 2016

DEFENSA JUDICIAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD

disan.asjur-judicial@policia.gov.co

Teléfono 5804400 ext. 7422, 7637



**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD**

		>8,5 mm se continuo manejo con citratos.		
20/09/2016	No asistió			
14/12/2016	Acompañante madre, pendiente entrega de solución de citrato	Laboratorios agosto/2016 urocultivo – parcial de orina oxalato 2+ se ajusta dosis de citrato 26cc /día se explica la importancia de las citas y el manejo medico dado diagnóstico de la menor.	Ss// ecografía y función renal, urocultivo en orina de 24 horas, citrato, oxalato, calcio y creatinina.	Marzo 2017
30/03/2017	ya entregan citrato	paraclínicos incompletos urocultivo – parcial de orina normal, relación calcio/ creatinina 0.02 normal urocultivo – no reporta citratos en orina/ 24 horas.	Ss// urocultivo, calcio/ creatinina en orina, oxalato y citrato en orina función renal	Junio 2017
17/07/2017	no asistió			
03/08/2017		Paraclínicos creatinina 0,91 (elevada) tfg estimada 73,7 ml/min BUN 25,1 tfg calculada 61 ,3 ml/min calciuria 24,1 mg/kg =0,77 mg/kg , continuar solución de citrato 31cc/día	SS// calcio/ creatinina en orina, parcial de orina y función renal	Noviembre 2017
18/01/2018	Retraso en control de noviembre a enero 2018	ecografía octubre muestra múltiples imágenes en ambos riñones y vejiga calciuria 25mg = 0,78 mg /kg creatinina 0,97 mg tfgt est 72ml/min tfg calc 74,7 ml/min se continua manejo con citrato de k 64 meq/día = 32 cc /día de solución de citrato.	Ss//eco renal, función renal	Abril 2018
31/05/2018	Marzo 2018 estuvo con dolor abdominal se vio en urgencias	Tomaron uro tac urolitiasis bilateral+ nefrocalcinosis bilateral-reporte de laboratorios: creatinina 0,93 mg tfg est 76 ml/min BUN 19,9 mg TFG calculada 52 ml/min se continuo manejo.	pendiente ecografía renal que no se tomó. Ss/ calciuria en orina de 24 horas, función renal y ecografía renal	Agosto 2018
31/03/2019	sin reportes de laboratorios recientes.	Continuar 31 cc/ día pendiente calciuria		Junio 2019
17/07/2019	Irregularidad en controles tenía ordenado control en agosto acudió en marzo 2019	Se revisa calciuria 30.7=1.09 mg/kg esta normal PTH 41.9 normal, creatinina 1.04 tfg 70 mg/dl IRC estadio 2-3 se adiciona al citrato hidroclorotiazida.		Octubre 2019

DEFENSA JUDICIAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD

disan.asjur-judicial@policia.gov.co

Teléfono 5804400 ext. 7422, 7637



**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD**

30/10/2019	Diagnóstico: insuficiencia renal terminal	Paciente con historia de falla renal crónica posiblemente secundaria a hiperoxaluria primaria antecedente de debut de falla renal aguda obstructiva, en agosto de 2019 elevó azoados y en clínica marly iniciaron diálisis peritoneal	No reporte de biopsia, en trámite para estudio genético.	Cita abierta
15/01/2022	Falla renal crónica secundaria a hiperoxaluria.	En manejo de diálisis peritoneal y candidata a trasplante renal se abre evento para formulación		

Decimo, undécimo, duodécimo, décimo tercero y décimo cuarto. Parcialmente cierto, en concordancia con los descritos en la historia clínica tenemos:

FECHA	PROCEDIMIENTO	PROFESIONAL QUE REALIZO	OBSERVACIONES
28/05/2014	Ureterolitotimia endoscópica más colocación de catéter ureteral JJ bilateral sin complicaciones.	Md urologo Pablo Emilio González Rodríguez	El día 28/03/2014 6:25 am se presenta caso en junta de urología ante la no disponibilidad de radiólogo intervencionista y el deterioro progresivo de la paciente se decide pasar a sala de cirugía para realizar cateterismo ureteral con catéter doble JJ bilateral, y ureterolitotomía de ser posible.
27/11/2014	Cambio de catéteres doble JJ con ureterolitotomía endoscópica de cálculos uréter izquierdo	Md Urólogo Pablo Emilio González	Se evidencia gran edema ureteral izquierdo; ureterolitotomía endoscópica izquierda con cálculos de 6 mm aproximadamente no 2. Requirió hospitalización hasta 2014/11/28 y asistió a control por consulta externa
11/06/2015		Md urólogo Pablo González	Retiro de doble JJ BILATREAL + ureterolitotomía izquierda+ colocación de doble JJ bilateral.
23/10/2015	Nefrolitotomía endoscópica + colocación de JJ bilateral por nefrolitiasis bilateral.	Md urólogo Sergio Rubio	

DEFENSA JUDICIAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD

disan.asjur-judicial@policia.gov.co

Teléfono 5804400 ext. 7422, 7637



**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD**

19/11/2015	ureterolitotomía endoscópica izquierda + colocación de catéter JJ izquierdo		
------------	--	--	--

DECIMOSEXTO: NO ES UN HECHO sin una apreciación subjetiva de la parte actora; sin embargo es importante precisar, según la *lex artis*

Teniendo en cuenta la información tomada de revista de nefrología colombiana en donde expresan que *La hiperoxaluria primaria es una enfermedad poco frecuente y de mal pronóstico por la evolución progresiva a insuficiencia renal terminal. Existen factores extrarrenales como la deshidratación o la infección que pueden agravar precozmente la enfermedad. El espectro clínico es muy amplio, y abarca desde la nefrocalcinosis precoz y la insuficiencia renal en el lactante hasta la presentación de urolitiasis en edades más avanzadas de la vida. Las pruebas complementarias más útiles para orientar el diagnóstico son la radiografía simple de abdomen y la ecografía en las que se objetiva litiasis y más específicamente nefrocalcinosis. Ante estos hallazgos es preciso estudiar la función renal, la oxaluria y determinar los ácidos orgánicos en orina En la primera se encuentra un aumento de oxalato y de ácido glicólico y en la segunda el ácido glicérico.*

el diagnóstico de certeza se realiza mediante la cuantificación de la actividad enzimática en los peroxisomas de tejido hepático. La gravedad de la enfermedad y la rapidez en la evolución hacia insuficiencia renal terminal guarda relación con la cantidad de enzima residual.

EL TRATAMIENTO CONSERVADOR SE BASA EN TRES PILARES:

1. *disminución de la ingesta de oxalato,*
2. *disminución de la producción de oxalato endógeno con piridoxina.*
3. *Tratar de evitarla precipitación renal del oxalato mediante la ingesta de abundantes líquidos y la administración de óxido de magnesio o citrato potásico.*
4. *El tratamiento definitivo pasa por un trasplante combinado de riñón e hígado*

Dado que la menor debutó con falla renal aguda de tipo obstructivo secundaria a múltiples cálculos bilaterales a edad temprana, como se evidencia en el aplicativo SISAP con fecha 25/03/2014; donde ingresa al Hospital Central de la Policía Nacional por dolor abdominal asociado a emesis e hiporexia y dado deterioro clínico requirió manejo multidisciplinario además de múltiples procesos quirúrgicos descritos con anterioridad. Como parte del diagnóstico se realizaron múltiples estudios recomendados en la bibliografía de referencia para el manejo para este tipo de patología y se determinó se asociaba a hipocitraturia; se realizó manejo con solución de citrato y seguimiento a través de consultas de control y paraclínicos solicitados por parte de personal de la salud especializado con el fin de disminuir la nueva formación de cálculos y el riesgo de desarrollar falla renal, información que fue explicada la madre durante hospitalización y en consulta externa como se evidenció en evento 123 folio 22 del 13/11/2018.

Por otro lado, el procedimiento para solicitud de medicamentos fuera del acuerdo institucional, se inicia con el diligenciamiento del formato CTC el cual debe ser justificado y firmado por el médico especialista que lo solicita, se debe anexar copia de historia clínica y documento de identidad del menor y entregado por el usuario en la oficina de referencia y contrarreferencia para ser llevado a comité, dicho procedimiento es de conocimiento de los médicos tratantes del paciente.

DEFENSA JUDICIAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD

disan.asjur-judicial@policia.gov.co

Teléfono 5804400 ext. 7422, 7637



**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD**

Respecto a las quejas verbales presentadas no se pueden verificar dicha información dado que no se cuenta con el soporte documental para estas.

DECIMOSÉPTIMO: Parcialmente cierto, en cuento a la continuidad en el suministro del medicamento indicado por el nefrólogo pediatría se solicitó a farmacia a través de comunicación oficial GS-2022-046705-DISAN con fecha 27 de julio de 2022 con respuesta GS 2022-050591 DISAN con fecha 10 de agosto de 2022 en donde se evidencia 9 entregas del medicamento solución citrato frasco magistral de 0 mililitro frasco oral, solución citratos magistral frc x 500 ml frasco fagron S.A. en los años comprendidos entre 2017 y el 3 de abril 2020; se amplió esta información con funcionaria encargada de tramites de medicamentos solicitados por CTC y se verifico en la base de datos que la primera solicitud fue negada y devuelta a la unidad solicitante por documentos ilegibles y reposa con corte 3 con fecha 19-20 de enero de 2016.

DECIMOCTAVO. No es cierto, en la historia clínica se registró que se suministró el medicamento, siempre que fue requerido por los padres de la menor, no existe prueba que la entidad negó el suministro del medicamento denominado citrato, se desconoce lo que pretende ahora el jurista al efectuar esta manifestación.

DECIMONOVENO. Parcialmente cierto, en atención a la historia clínica, se tiene que en el evento 122 del aplicativo SISAP con fecha 10/11/2018 registrada por la Md Pediatra Jennifer Lucia Villar, paciente ingreso por cuadro de un día de dolor lumbar bilateral se solicitaron paraclínicos y se dio manejo farmacológico se establece diagnóstico de ingreso de falla renal aguda, infección de vías urinarias y cálculos coraliformes dado resultados de imágenes diagnósticas se decide pasar a procedimiento quirúrgico posterior al tratamiento de infección urinaria, este se realiza el día 19/11/2018 por el Md urólogo Gonzalo Suarez con nota operatoria ureterolitotomía endoscópica izquierda + colocación de catéter JJ izquierdo y se da egreso el día 21/11/2028.

Cabe resaltar que durante la hospitalización el día 13/11/2018 se registra nota de pediatra quien comento caso con Dr. Brugez nefrólogo pediatra quien indica manejo con alopurinol y solicita paraclínicos además de interconsulta a trabajo social por negligencia con el seguimiento médico de la niña, por inasistencias a nefrología desde mayo y a urología desde febrero. Como se evidencia en el cuadro presentado con anterioridad.

En nota 13 de noviembre de 2018 Trabajo social reportó que la madre refirió estar muy pendiente de su hija especialmente con el seguimiento, en el mes de mayo tuvo el ultimo control y argumento que se cruzó con una cirugía de ella (cirugía estética) la cual se complicó y a pesar que recordaba el control de la niña no tuvo quien la apoyara en ese momento. la madre de la paciente también argumentó que adicional al tratamiento seguido en sanidad policial ella tiene medicina prepagada colmedica y por esa entidad la niña tuvo manejos homeopáticos.

VIGÉSIMO, VIGÉSIMO SEXTO y VIGÉSIMO SÉPTIMO: No le consta a la entidad; se trata de evoluciones clínicas que tuvieron lugar de manera extra hospitalaria, y, por lo tanto, resultan desconocidas para el Hospital

VIGÉSIMO PRIMERO y VIGÉSIMO SEGUNDO No nos costa, dado que la atención se brindó en otra entidad hospitalaria: En evento de transcripción folio 145 con fecha 01/06/2020 generado por la fundación cardio infantil por la Dra. Luz González RM 23552267 nefróloga pediatra; aporta documentos: paciente con ERC secundario a hiperoxaluria tipo I

DEFENSA JUDICIAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD

disan.asjur-judicial@policia.gov.co

Teléfono 5804400 ext. 7422, 7637



**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD**

con estudio genético 28/12/2020 doble portadora heterocigota de las variantes patogénicas comprendidas en la secuencia del gen AGXT en diálisis desde agosto 2019 al momento estable con catéter de diálisis peritoneal sin signos de infección, funcionando previamente se indicó estudio endoscópico alto dado que la paciente no tiene enfermedad hepática que genere hipertensión portal y valoración multidisciplinaria se indica egreso con recomendaciones y signos de alarma.

VEGISIMO TERCERO y CUARTO: No nos costa o no se allega prueba de que dicha documentación haya sido radicada en la entidad que represento.

VEGISIMO QUINTO: No le consta a la entidad; se trata de evoluciones clínicas que tuvieron lugar de manera extra hospitalaria, y, por lo tanto, resultan desconocidas para el Hospital; sin embargo, acorde a información obtenida en los requisitos de planes de medicina prepagada la preexistencia se refiere a las enfermedades o patologías, defecto congénito físico o alguna discapacidad que tenga la persona interesada antes de adquirir el plan de medicina prepagada.

Estas enfermedades preexistencias se debieron haber comprobado mediante diagnósticos médicos anteriores con pruebas de laboratorio, exámenes determinados o historia clínica, que respalden ese padecimiento. Como en el caso de la menor usuaria del subsistema de salud de la Policía Nacional quien desde los 5 años debuto con las patologías previamente descritas.

VIGÉSIMO SEXTO- VEGISIMO SEPTIMO: En evidenciada en historia clínica con fecha 27/08/2019 dado urgencia vital dado por urgencia diálítica y trastorno electrolítico múltiple, acidosis metabólica e hiperazoemia y anemia, y no aceptación inmediata de remisión a ucip, se decide manejo en unidad de cuidado intermedio ante riesgo para su vida.

VIGÉSIMO OCTAVO Y VEGÉSIMO NOVENO: No le costa a la entidad, existe ambigüedad en la narración de los hechos, pese a ello, se considera irrelevante para el caso en concreto.

TRIGÉSIMO, TRIGÉSIMO PRIMERO, TRIGÉSIMO SEGUNDO, TRIGÉSIMO TERCERO, TRIGÉSIMO CUARTO, En nota de transcripción evidenciada en el sistema SISAP, se realiza trasplante hepático y renal el día 22/09/2020, ingresa a unidad de cuidados intensivos con soporte vasoactivo con noradrenalina, milrinone, vasopresina, azul de metileno; ventilación mecánica invasiva; presenta acidosis metabólica. paciente presenta deterioro clínico, taquicardia ventricular que requiere desfibrilación, ausencia de pulso por lo cual realizan reanimación, se declara fallecimiento el día 24/09/2020 a las 02:05 horas, historia clínica firmada por dra Luz Dary Galán Valencia, cuidado intensivo pediátrico.

TRIGÉSIMO QUINTO: No es un hecho; corresponde a afirmaciones subjetivas de la parte demandante, las cuales deben ser demostradas en el decurso procesal. apreciación se realiza partiendo del desenlace del caso, en razón a ello, desconoce groseramente todo el despliegue medico asistencia, que se le brindo, no por nada se dieron los tratamientos requeridos, sino el desenlace que aquí se debate hubiese ocurriendo mucho tiempo atrás.

Para efecto pedagógicos, se tiene que el diagnóstico y manejos propuestos dado que La hiperoxaluria primaria es considerada una enfermedad huérfana; Aunque se desconoce la prevalencia real, la forma más común (tipo 1) tiene una prevalencia estimada de uno a tres casos por millón de personas y una incidencia de aproximadamente un caso por 120 000 nacidos vivos por año en Europa. Así mismo, en los lugares de mayores reportes de la

DEFENSA JUDICIAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD

disan.asjur-judicial@policia.gov.co

Teléfono 5804400 ext. 7422, 7637



**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD**

entidad (Europa, Japón, EE.UU.), se considera que representa entre 1 y 2% de las causas de enfermedad renal crónica terminal en población pediátrica. No hay datos locales en Colombia que permitan una aproximación en términos epidemiológicos

TRIGÉSIMO SEXTO: No es hecho, sino una manifestación subjetiva del demandante.

TRIGÉSIMO SÉPTIMO: No es hecho, sino una manifestación subjetiva del demandante, sin embargo, en la historia clínica verificada no se evidencia solicitud de dicho procedimiento ni notas adicionales generadas por especialista tratante; Cabe resaltar que acorde al artículo 72 de la Resolución Número 5261 de 1994 Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud se incluye la biopsia renal como procedimiento.

TRIGÉSIMO OCTAVO. No es hecho, sino una manifestación subjetiva de la parte demandante.

TRIGÉSIMO NOVENO. No es hecho, sino una manifestación subjetiva de la parte demandante, la cual carece de respaldo probatorio respecto a que si esto hubiese sido así otro sería el desenlace de la paciente.

3. FUNDAMENTOS DE DEFENSA

3.1 Del resumen de la Historia clínica, tenemos

Se evidencia 149 eventos de atención médica, el 14/03/2014 02:07:37.00 AM ingresa menor por cuadro agudo de dolor abdominal asociado a emesis e hiperoxia indican manejo no se registra notas de revaloración. Reconsulta el día 25/03/2014 09:13:23 AM por cuadro de dolor abdominal tipo cólico con diagnóstico previo de síndrome emético y pródromo de gastroenteritis el cual fue tratado con mejoría de síntomas pero dado persistencia de dolor abdominal por 3 días episódico asociado a fiebre y tos seca consulto en hospital de Arbeláez donde establecen diagnóstico de otitis media e indican manejo farmacológico, en uroanálisis presentó hematuria macroscópica.

Al ingreso al hospital central de la Policía Nacional se solicitó paraclínicos, 25/03/2014 12.01:56 Rx de tórax: dentro de límites normales strepto test: negativo, uroanálisis: 25 leucocitos por campos y 10 eritrocitos por campo, bacterias + coloración gram sugiere urocultivo, se indica manejo por posible proceso infeccioso urinario adicional se solicita ecografía abdominal que evidenció cambios en el parénquima renal en forma bilateral que sugieren nefrocalcinosis a considerar posible acidosis tubular renal/hidronefrosis izquierda grado II.

El día 2014/03/26 presenta una disminución de la función renal con un BUN 26, creatinina 1.26, cloro en 96, ch con ligera neutrofilia y con monocitos, proteína C reactiva: 17 al examen físico compromiso del estado general por lo que Dr. Orozco indica hospitalización para valoración por nefrología y urología.

En hospitalización a partir 2014/03/26 se valoró de forma conjunta con pediatría y urología; se comentó caso con el intensivista Dr. Díaz y ante evidencia de falla renal aguda se decide traslado a unidad de cuidado intensivo pediátrico para monitoreo e ingresa con diagnósticos

DEFENSA JUDICIAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD

disan.asjur-judicial@policia.gov.co

Teléfono 5804400 ext. 7422, 7637



**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD**

1.falla renal aguda probablemente prerrenal, 2. Dolor abdominal de 6 días probablemente adenitis mesentérica, 3. Deshidratación secundaria, 4.hidronefrosis izquierda grado II, 5.nefrocalcinosis bilateral, 6.infeccion respiratoria alta viral. Paraclínicos determinan deterioro clínico BUN sube de 26 a 41, creatinina de 1,3 a 4.6 confirmada falla renal.

A partir del 2014/03/27 07:24:29 am registra hipertensión arterial severa, desde el punto de vista infeccioso, datos de sepsis, fiebre, leucopenia, proteína c reactiva positiva, con foco alto riesgo renal. Se indicó manejo; desde el punto de vista renal, acidosis metabólica, mas azoados en aumento, asociado a oligoanuria, hiperfosfatemia e hipercalemia.

Se consideró como candidata para terapia de reemplazo renal en comunicación telefónica Dr.Bruges por lo que se inicia trámite para la diálisis. El día 2014/03/27 se realiza ecografía abdominal y se encuentran múltiples cálculos que obstruyen ambos uréteres asociado hidronefrosis bilateral se indica valoración por urología; se realizó nuevo estudio ecográfico en conjunto Dra. Cruz en compañía de urólogo se reportó hiperecogenicidad renal, nefrolitiasis e hidroureteronefrosis bilateral de predominio izquierdo con calle litiasica ureteral distal izquierda número tres, sospecha de cálculo ureteral a nivel del cruce de los vasos iliacos. Además, radiografía de abdomen simple confirma diagnóstico por lo que se solicitó nefrostomía percutánea bilateral urgente con guía ecográfica

El 2014/03/27 en valoración por nefrología pediátrica, dado hallazgos ecográficos descritos con anterioridad indica valoración por urología decide continuar parte del manejo médico y solicita paraclínicos adicionales.

El día 27/03/2014 discuten caso con servicio de cuidado intensivo dado que requiere derivación del tracto urinario, en el momento sin disponibilidad de radiología intervencionista. Se inicia trámite de remisión, se evidencia en varios folios de la insistencia del trámite de remisión pero por no disposición de unidad de cuidado intensivo en diferentes instituciones se continua en espera de la misma, se presenta caso en junta de urología ante la no disponibilidad de radiólogo intervencionista en el momento y el deterioro progresivo de la paciente, el día 28/03/20214 se decide pasar paciente a salas de cirugía para realización de cateterismo ureteral con catéter JJ bilaterales y ureterolitotomía de ser posible. Se continuo manejo y e día 04/041/2014 se decidió egreso por mejoría de tensiones arterias y función renal con creatinina 0.98 k: 5 sodio 138 valorada por urología quien autoriza egreso con antibiótico oxibutino y continuar con manejo antihipertensivo.

En control por consulta externa asistió a control con nefrología pediátrica 11/04/2014 donde se ajustó dosis de medicamentos, el 21/04/2014 control con pediatría y el 21/04/2014 asistió a control con urología donde se reporta diagnósticos de 1.pop D6 ureterolitotomía endoscópica más colocación de catéter ureteral JJ Bilateral (28 marzo 2014) y solicitó litotripsia extracorpórea bilateral. Con laboratorios y radiografía de abdomen y orden de urgencia vital.

Se continuo control con nefrología pediátrica 04/09/2014 creatinina 0,65 mg tasa de filtración glomerular estimada 89,6 ml/min con disminución de la tasa de filtración glomerular, pero mejoró comparada a la previa creatinina 0,74 tfg 83 ml/min se solicita nuevos paraclínicos.

2014/11/27 urología pediátrica realizó el cambio de catéteres doble j con ureterolitotomía endoscópica de cálculos uréter izquierdo procedimiento bajo anestesia por la Dra. Álvarez;

DEFENSA JUDICIAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD

disan.asjur-judicial@policia.gov.co

Teléfono 5804400 ext. 7422, 7637



**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD**

se evidencia gran edema ureteral izquierdo; ureterolitotomía endoscópica izquierda con cálculos de 6 mm aproximadamente número dos. Requirió hospitalización hasta 2014/11/28 y asistió a control por consulta externa con urología 04/12/2014 pendiente: litotripsia en litomedica. Cita con nefrología y endocrinología estudio fisicoquímico de la litiasis.

17/03/2015 control con nefrología pediátrica sin cambios le realizaron litotripsia en clínica Marly octubre/2015--en nov/2014 cistoscopia en hocen, está controlada por urología continua en control (cronología no clara)

El 19/03/2015 valoración por urología sin cambios pendiente la realización de lec en litomedica; nuevamente valorado por nefrología pediátrica el 20/03/2015 quien solicita estudio metabolismo calcio control con especialidad y 04/05/2015 en valoración por urología se solicitan paraclínicos cita prioritaria Dr. romero para programación de sesión de lec.

Se continúan controles con urología el 11/05/2015 que reporta radiografía de abdomen simple Catéter JJ bilateral bien posicionados riñones derechos lito de aprox. 20 mm renal izquierdo, otros satélites menores de 5 mm, riñón izquierdo lito de aprox. 12 mm uréter distal izquierdo. Otros menores de 7 mm (6). Antes de iniciar litotomía endoscópica percutánea. Por lo que el 11/06/2015 realizan retiro JJ bilateral + ureterolitotomía izquierda + colocación de doble j bilateral procedimiento ambulatorio.

En el control con nefrología pediátrica 04/06/2015 encuentra hipocalciuria cib parathormona en límite superior y calcio hacia límite superior, se solicita nuevamente paraclínicos, eco tiroideo para valorar glándulas paratiroides, pendiente nueva orina de 24 horas.

El día 18/06/2015 03:51:08pm ingresa a nuevamente a urgencias con fiebre alta asociada a dolor abdominal, paraclínicos de ingreso leucocitosis y neutrofilia importante, PCR 84 elevada creatinina 0.76 BUN 19.8 normales, uroanálisis sugestivo de infección de vías urinarias nosocomial a estudio, recibió nitrofurantoina previo a procedimiento y hasta dos días después pero la madre no administró amoxicilina ordenada por urología, se ingresa a hospitalización para manejo de infección de vías urinarias hasta el día 2015/06/25. Con control programado para el día 07/07/2015 al cual no asistió. Acude a revisión por pediatría de urocultivo negativo por urgencias el día 03/10/2015 se modifica esquema antibiótico control.

El día 14/10/2015 por expulsión espontanea de catéter comentado por la madre ingresa a urgencias por indicación de urología y residente de especialidad se indicó manejo médico, en radiografía simple de abdomen muestran catéteres JJ derecho en posición con lito ureteral medio de aprox. 7mm. Catéter JJ izquierdo por fuera del uréter izquierdo con extremo proximal en vejiga. Hemograma normal, creatinina normal de 0.75 mg/dl, pcr negativa. Se indica el retiro de catéter izquierdo y se indica ureterotomía endoscópica. El día 2015/10/16 paciente fue presentado en junta médico quirúrgico dado no realización de lec por trámites administrativos según información de la madre, se considera paciente como candidato para nefrolitotomía percutánea bilateral, sin embargo, se definirá lateralidad inicial según exámenes adicionales, por tanto se considera solicita gammagrafia dmsa, urografia excretora y dado complejidad de caso valoración urgente por nefrología endocrinología pediátrica durante la hospitalización.

El 2015/10/19 fue valorada por nefrología pediátrica quien indica inasistencia a control programado para junio de 2015 con paraclínicos solicitados, indica medición de citrato y oxalato creatinina en orina de 24 horas después del procedimiento quirúrgico.

DEFENSA JUDICIAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD

disan.asjur-judicial@policia.gov.co

Teléfono 5804400 ext. 7422, 7637



**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD**

Endocrinología pediátrica: valoro paciente el 20/10/2015 paraclínicos de 25/06/2015 pth de 10.1, calcio de 9.97, magnesio de 1.69, fósforo de 4.73. Indico realizar seguimiento de metabolismo cálcico posterior a procedimiento quirúrgico.

Nefrología pediátrica el 21/10/2015 acorde a resultados oxalato urinario 8,6 mg/24hs = 11,1 mg/m² /día esta normal hay reporte de citraturia 51,66 mg/24 hs= 117mg/gr/creatinina bajo (vn >180 mg/gr/creatinina) (creatinuria.;441 mg/24 horas) se evidencio hipocitraturia se deja ordenado citrato de potasio 10 m eq /tab iniciar una c /8 horas.

El 23/10/2015 se realiza según reporte nefrolitotomía endoscópica + colocación JJ sin complicaciones, con reporte de radiografía de abdomen control donde se evidenció JJ derecho normoinserito, izquierdo desalojado intravesical. Calle litiasis distal izquierda. Múltiples fragmentos renales, 2015/10/28 se realiza retiro de cateter JJ intravesical sin complicaciones. Persiste con JJ derecho. Se da egreso el día 2015/10/28 con órdenes para control ambulatorio con nefrología, endocrinología, pediatría, continuar citrato k recomendado por nefrólogo.

18/11/2015 fue valorada por nefrología pediátrica donde se reportó como paciente de difícil control por la irregularidad de los mismo, no se está tomado la dosis de citrato ordenada, además de llegada tarde, no dispone de exámenes y decide dejar solución de citrato 2meq/kg solicito control con citrato en orina de 24 horas creatinina , oxalato programa cita para diciembre de 2015; donde realiza control y programa control enero 2016.

El día 05/02/2016 se ingresa nuevamente a urgencias con diagnóstico de 1. Infección de vías urinarias por e coli multisensible 2. Insuficiencia renal crónica agudizada 3. Nefrolitiasis por historia clínica secundaria a hipocitraturia 4. Portadora catéter doble j bilateral. Durante hospitalización se valoró por nefrología pediátrica nuevamente por incremento en creatinina, por hallazgos radiográficos de abdomen 04/02/2016 con evidencia de imagen cálcica en tercio distal de uréter derecho y catéter JJ derecho normo posicionado, solicito valoración por urología; así el 11/02/2016 se retiró de catéter JJ derecho más ureterolitotomía endoscópica ipsilateral. Se dio egreso control por consulta externa con pediatría al cual no asistió, el 05/05/2016 control con nefrología pediátrica quien comento no entrega de citrato de potasio por trámites administrativos programa nuevo control agosto 2016 y el 12/05/2015 control por urología donde se solicitaron paraclínicos de control.

El 11/11/2018 ingresa nuevamente por urgencias por dolor lumbar de 1 día de evolución que se exacerba con la micción se ingresa con diagnósticos de falla renal aguda a estudio, infección de vías urinarias y cálculos coraliformes. Se indicó manejo y seguimiento con paraclínicos; valorado por urología el 12/11/2018 quien considero ureterolitotomía izquierda una vez se encuentre negativizada para infección urinaria, en el 13/11/2018 se registra nota de pediatra quien comento caso con Dr. Bruges nefrólogo pediatra quien indica manejo con alopurinol y solicita paraclínicos además de interconsulta a trabajo social por negligencia con el seguimiento médico de la niña, por inasistencias a nefrología desde mayo y a urología desde febrero.

2018/11/13 Trabajo social reportó que la madre refiere ha estado muy pendiente de su hija especialmente con el seguimiento, en el mes de mayo tuvo el ultimo control y argumento que se cruzó con una cirugía de ella (cirugía estética) la cual se complicó y a pesar que recordaba el control de la niña no tuvo quien la apoyara en ese momento. la madre de la paciente también argumenta que adicional al tratamiento seguido en sanidad policial ella tiene medicina prepagada colmedica y por esa entidad la niña tuvo manejos homeopáticos.

DEFENSA JUDICIAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD

disan.asjur-judicial@policia.gov.co

Teléfono 5804400 ext. 7422, 7637



**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD**

En nueva valoración por nefrología pediátrica el 13/11/2018 se explica nuevamente a la madre que la niña no puede suspender la medicación la solución de citrato por el riesgo de cálculos y falla renal se hace nuevamente fórmula para solución de citratos. Durante hospitalización se establece diagnóstico de 1. ureterolitiasis con efecto obstructivo, infección asociada y lesión renal aguda y el 19/11/2018 realizaron ureterolitotomía endoscópica izquierda + colocación de catéter jj izquierdo con egreso el 21 de noviembre.

Control con urología en consulta externa 29/11/2018 genera órdenes para nefrolitotomía endoscópica con flexible y laser. El día 20/12/2018 en nota de urología paciente expulsa parcialmente catéter JJ se realiza retiro manual.

Nefrología pediátrica en nota del 21/03/2019 comenta tenía ordenado control en agosto 2018 acude en marzo 2019 continuo manejo pendiente paraclínicos y programa cita junio 2019.

El día 06/05/2019 ingresa para hospitalización para procedimiento quirúrgico se observa nota que reporta que fue valorada por pediatría el 22 de abril por parcial orina patológico, se dio manejo con cefuroxime, la madre no tomo parcial de orina ni urocultivo control ordenados, no ha asistido a control con reporte de urocultivo que se tomó en urgencias se solicitaron nuevos paraclínicos, el día 07/05/2019 encuentran bacteriuria asintomática se indica manejo antibiótico prequirúrgico y el día 09/05/2019 se realiza ureterolitotomía endoscópica izquierda + colocación de catéter JJ se da egreso el día 11/05/2019. En control de urología por consulta externa encuentra PTH elevada por lo que solicitan valoración por cirugía de cabeza y cuello por sospecha de hiperparatiroidismo y se solicitó seguimiento por endocrinología pediátrica

Reingreso a urgencias el día 21/05/2019 hasta el 31/05/2019 en valoración urología indico manejo por cuadro de infección urinaria, fue valorada por infectología quien considera infección de vías urinarias complicada. Valorado por nefrología quien continúa manejo conjunto con especialidades el 30/05/2019 se realiza nefrolitotomía endoscópica flexible laser bilateral en riñón izquierdo y se da egreso el día

El 17/07/2019 en control nefrología pediátrica con creatinina 1,04 mg, tfg 70 ml/min se establece una insuficiencia renal crónica estadio 2-3 e indico continuar citrato- adición de hidroclorotiazida más control en 3 meses programado para octubre 2019.

El 16/09/2019 nota de médico general reporta transcripción de evento generado el 06/09/2019 en clínica marly por la Dra. Judy Andrea Castañeda especialista en nefrología pediátrica quien solcito valoración e ingreso al grupo de trasplante renal pediátrico. Paciente con enfermedad renal crónica en estadio V en hemodiálisis.

30/10/2019 registró nota de control con nefrología pediátrica paciente con historia de falla renal crónica, posiblemente secundaria a hiperoxaluria primaria, antecedente de debut con falla renal aguda obstructiva, múltiples cálculos bilaterales, asociado a hipocitraturia quien en agosto/2019 elevo azoados y en clínica marly iniciaron diálisis peritoneal, recibe manejo de soporte pendiente reporte de biopsia y estudio genético.

SE GENERAN LOS SIGUIENTES EVENTOS DE TRANSCRIPCION

- evento transcriptor seccional sanidad Bogotá Cundinamarca generado en fundación cardio infantil por la Dra. Luz González nefrología pediátrica otorga medicamentos aporta documentos: paciente con enfermedad renal crónica secundaria a hiperoxaluria tipo 1

DEFENSA JUDICIAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD

disan.asjur-judicial@policia.gov.co

Teléfono 5804400 ext. 7422, 7637



**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD**

con estudio genético del 28/12/2020 doble portadora heterocigota de las variantes patogénicas comprendidas en la secuencia del gen agxt diálisis desde agosto 2019.

- Evento transcriptor seccional sanidad Bogotá Cundinamarca generado en fundación cardio infantil, por el Dr. Felipe Ordoñez Guerrero con diagnóstico de insuficiencia renal terminal, solicita medicamento y consulta control por hepatología y nefrología.
- Se realiza trasplante hepático y renal el día 22/09/2020, ingresa a unidad de cuidados intensivos con soporte vasoactivo con noradrenalina, milrinone, vasopresina, azul de metileno; ventilación mecánica invasiva; presenta acidosis metabólica. paciente presenta deterioro clínico, taquicardia ventricular que requiere desfibrilación, ausencia de pulso por lo cual realizan reanimación, se declara fallecimiento el día 24/09/2020 a las 02:05 horas, historia clínica firmada por Dra. luz Dary Galán valencia, cuidado intensivo pediátrico.

Por lo anterior mi representada garantizo los servicios requeridos por el paciente teniendo la secuencia de los mismos desde su diagnóstico y tratamiento instaurado por los especialistas tratantes, a través de la vigencia y suficiencia de la red externa contratada como en la propia para la autorización de servicios tal como se evidencia en los registros clínicos, todo ello de conformidad a las características de calidad del servicio exigidas por la ley y jurisprudencia de la siguiente manera:

a. Accesibilidad: Según el proceso de atención del paciente, existe evidencia en los registros que no se le presentaron dificultades o restricciones en el acceso del paciente a los servicios solicitados.

b. Oportunidad: oportunidad: Dentro del marco de la atención brindada en el servicio de consulta externa, y de urgencias, hospitalización y las valoraciones por las especialidades de md general, nutrición, terapia respiratoria, trabajo social especialistas en pediatría, anestesiología sub especialistas en cuidado crítico, nefrología pediátrica, endocrinología pediátrica, neurología pediátrica, cirugía pediatría, urología pediátrica entre otros que junto con el apoyo de laboratorios clínicos e imágenes diagnósticas y lo requerido en el proceso de atención permitieron realizar un manejo acorde a los requerimientos de la paciente en cada evento médico, no se le presentaron dificultades.

c. Pertinencia: Paciente con Diagnósticos relacionados. En cuanto a su manejo de patología y seguimiento clínico se encuentra que son pertinentes en su valoración todas las especialidades tratantes, los diagnósticos principales registrados son sindromáticos sin que a pesar de habersele realizado todos los estudios de acuerdo a las sospechas diagnósticas y a las guías clínicas de manejo recomendado por las comunidades científicas, se dispuso un plan terapéutico pertinente racional y justificado, según patrones normativos explícitos e implícitos acorde al conocimiento técnico científico sobre este evento y a la literatura medico científica actual, según las necesidades y el estado clínico del paciente, sin que a pesar de todo ello, se hubiese evitado su muerte. La atención recibida es pertinente.

d. Seguridad: Revisado los registros clínicos del paciente y el marco que rodeó la atención en la Red Propia, no se encuentran debilidades en la atención del paciente

DEFENSA JUDICIAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD

disan.asjur-judicial@policia.gov.co

Teléfono 5804400 ext. 7422, 7637



e. Continuidad: de igual forma desde las manifestaciones clínicas, se realizaron los diagnósticos, e implementación del tratamiento, se evidencia continuidad en la atención médica

Sobre la presunta falla endilgada por el demandante, es evidente que No existió omisión por la Policía Nacional Dirección de Sanidad-HOSPITAL CENTRAL

3.2 EN CUANTO A LAS ACCIONES U OMISIONES QUE LOS DEMANDANTES ALEGAN COMO CONSTITUTIVAS DE FALLA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO:

Una vez leído y analizado el contenido de la demanda, esta defensa encuentra que la parte actora no realiza una imputación determinada y concreta acerca de cuáles fueron las acciones, omisiones, negligencias o imprudencias en que incurrió el equipo médico del HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA durante la atención dispensada a la menor LAURA SOFIA PARDO PEÑA (QEPD) y que constituyen causa adecuada de su fallecimiento. Debe observarse que desde el momento en que el menor ingresa al servicio Hospital, se le brindo el tratamiento a la patología presentada en cada consulta, pudiendo diagnosticar por los especialistas que la paciente en mención, padecía de falla renal crónica, posiblemente secundaria a hiperoxaluria primaria

Respecto de la primera afección a la salud, me permito citar apartes de la guía-manejo-enfermedad-renal-cronica-2007-pars.pdf¹, la cual en su página 57, señala:

La enfermedad renal crónica se divide en cinco estadios, con el estadio mayor representando la peor función renal. En el estadio 1 están los pacientes que no tienen un claro déficit de filtración y se define como una función renal normal o elevada ($= 90 \text{ mL/min/1.73 m}^2$) en presencia de daño renal evidente, el cual se define ampliamente, pero más frecuentemente se encuentra albuminuria persistente. El estadio 2 ($60 - 89 \text{ mL/min/1.73 m}^2$) es una reducción leve de la función renal en presencia de daño renal. Los estadios 3 y 4 ($30 - 59$ y $15 - 29 \text{ mL/min/1.73 m}^2$) corresponden a reducciones moderada y severa de la función renal. Esta disminución grande de la función renal se clasifica como enfermedad renal sin considerar la evidencia adicional de daño renal. Se escogió el umbral de $60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ porque representa una reducción de 50% de la función renal, comparada con el nivel normal de un adulto joven, y además, porque se aumentan las complicaciones cuando la tasa de filtración glomerular cae por debajo de $60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$. El estadio 5 es la falla renal, definida como $\text{TFG} < 15 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ o la necesidad de terapia de sustitución o remplazo (diálisis o trasplante). Este sistema de clasificación se enfoca en la severidad de la disfunción renal y no en consideraciones diagnósticas y como tal, complementa y no reemplaza en modo alguno los esquemas tradicionales de clasificación basados en la etiología. Es importante distinguir entre enfermedad renal crónica y los marcadores de la etiología y progresión de la enfermedad

¹ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/guia-manejo-enfermedad-renal-cronica-2007-pars.pdf>



renal. En la Tabla 5 se muestra que la estratificación es una buena medida de la severidad y predictor del riesgo de complicaciones y morbilidad. Sin embargo, el diagnóstico de la enfermedad primaria y la presencia de proteinuria son mejores predictores de la velocidad de disminución de la tasa de filtración glomerular.

...

Medición de la función renal Recomendaciones 1. Para reducir la confusión en la comunicación con médicos generales y para promover la referencia a tiempo de los pacientes con enfermedad renal. La función renal debe ser informada como la tasa de filtración glomerular (TFG) en mL/min/1.73 m² de superficie corporal (Nivel de Evidencia III, Grado C). Programa de Apoyo a la Reforma de Salud/PARS • Ministerio de la Protección Social 59 2. La tasa de filtración glomerular debe estimarse con ecuaciones de predicción que contengan las variables: creatinina sérica, edad, sexo, raza y tamaño corporal. Las siguientes ecuaciones son útiles para el cálculo de la TFG: • Ecuación abreviada DMRD TFG: $186 \times (\text{creatinina sérica}^{-1.154}) \times (\text{edad}^{-0.203})$ Para mujeres, multiplique x 0.742 Para personas de raza negra, multiplique x 1.21 • Ecuación de Cockcroft-Gault Depuración de creatinina $(140 - \text{edad}) \times (\text{Peso en kg}) \times \text{creatinina (mg/dL)}$. 72 Para mujeres, multiplique x 0.85 • Depuración de creatinina en orina de 24 horas⁶ Depuración de creatinina= Volumen de orina (ml) X Creatinina orina (mg/dl) 1440 Creatinina plasmática(mg/dl) 3. La función renal no debe medirse solamente con la creatinina o el nitrógeno ureico (NU) 7 . La ecuación de Cockcroft y Gault y el recíproco de la creatinina no se deben usar cuando la TFG es < 30 mL/min ni para determinar la necesidad de diálisis. (Nivel de Evidencia I, Grado A). Sería deseable que el laboratorio clínico informara la TFG usando una ecuación de predicción, además de informar el valor de la creatinina sérica. 4. La medición de la depuración de creatinina usando recolecciones cronometradas de orina no es mejor que el estimado de la 6 La recolección de orina de 24 horas se debe hacer en un recipiente limpio, manteniendo el mismo alrededor de 12 grados centígrados (sin refrigerar) y no se debe recolectar la primera orina de la mañana del día de inicio de la recolección, iniciando la misma desde la segunda orina del día hasta la primera orina del día siguiente, en forma completa sin desechar ninguna toma. 7 Si el laboratorio reporta urea para su cálculo debe dividirse por 2.14. 60 Guía para el manejo de la enfermedad renal crónica - ERC TFG que dan las ecuaciones de predicción. (Nivel de Evidencia II, Grado B)

3Evaluación temprana de la enfermedad renal crónica (ERC)

Recomendaciones

1. La evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica debe incluir:
 - Diagnóstico
 - Enfermedades concomitantes
 - Severidad, evaluada con la medición de la TFG 62 Guía para el manejo de la enfermedad renal crónica - ERC
 - Complicaciones, de acuerdo con el nivel de función renal
 - Riesgo de pérdida de la función renal (progresión)
 - Riesgo de enfermedad cardiovascular
 - Referencia al nefrólogo
2. En relación con el diagnóstico

DEFENSA JUDICIAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD

disan.asjur-judicial@policia.gov.co

Teléfono 5804400 ext. 7422, 7637



**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD**

• Una clasificación simple de la Enfermedad renal crónica por diagnósticos es la siguiente: Nefropatía diabética: – Diabetes tipo 1 y tipo 2 Nefropatía no diabética: – Enfermedad glomerular – Enfermedad vascular – Enfermedad túbulo intersticial – Enfermedad quística • Se debe medir la creatinina sérica para calcular la TFG • Proteinuria y albuminuria El término proteinuria se refiere a la excreción urinaria aumentada de albúmina, otras proteínas específicas, o a proteinuria total. Albuminuria se refiere a la excreción urinaria aumentada específicamente de albúmina. Microalbuminuria se refiere a la excreción urinaria de albúmina, por encima del rango normal pero inferior al nivel de detección del examen habitual de la proteína total. El valor normal de la proteinuria es hasta 150 mg en 24 horas. El valor normal de la microalbuminuria es hasta 30 mg en 24 horas

. La microalbuminuria es un marcador de enfermedad renal mucho más sensible que la proteinuria total; en consecuencia, al tamizar a los pacientes para enfermedad renal se debe usar la medición de microalbuminuria en la muestra simple de orina usando una tirilla específica para albúmina o medir la tasa albúmina/creatinina.

Para la medición se debe usar la primera muestra de la mañana, tomada de la mitad de la micción; se recomienda la primera orina de la mañana porque la postura erecta, el ejercicio y el tabaco pueden aumentar la excreción urinaria de albúmina. El valor para definir la microalbuminuria es de 30 mg de albúmina por cada gramo de creatinina urinaria: 30 mg/g.

Se debe confirmar la microalbuminuria a los tres meses. Un valor positivo y persistente de microalbuminuria con la tirilla o con la tasa albúmina/creatinina, en al menos dos veces en un período de tres meses, indica la presencia de enfermedad renal crónica.

• Uroanálisis El uroanálisis debe ser realizado en todos los pacientes con enfermedad renal crónica y en pacientes con riesgo de desarrollar enfermedad renal. Idealmente la muestra debe ser la primera de la mañana porque los elementos formes (células) se ven más fácilmente en orina concentrada con pH bajo.

• Imágenes y otros métodos diagnósticos En todo paciente con diagnóstico presuntivo de enfermedad renal crónica, el examen inicial no invasivo de elección es la ultrasonografía renal y de vías urinarias. Según la indicación se podrán ordenar otras imágenes o métodos diagnósticos. La ultrasonografía renal puede revelar obstrucción, asimetría en el tamaño, ecogenicidad aumentada, o anomalías en el tamaño renal. También puede dar el diagnóstico definitivo en casos de múltiples quistes en pacientes con historia familiar de enfermedad poliquística, o de hidronefrosis bilateral en pacientes con hipertrofia prostática.

En razón a lo anterior, debe precisar señor juez que la entidad hospitalaria que represento agoto cada uno de los exámenes, diagnostico, consultas médicas especializadas (nefrología); sin embargo la adversa progresión de esta enfermedad es causantes de muchas otras complicaciones, pese a los múltiples esfuerzos realizados por el equipo médico de la institución. La revisión de los registros obrantes en la historia clínica permite

DEFENSA JUDICIAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD

disan.asjur-judicial@policia.gov.co

Teléfono 5804400 ext. 7422, 7637



**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD**

afirmar con respecto al daño, que la muerte de la menor LAURA SOFIA PARDO PEÑA (QEPD) sucedió como consecuencia directa del cuadro de falla renal crónica y de la enfermedad hereditaria hiperoxaluria primaria, sobre la cual es precisó puntualizar, según literatura médica consultada² que señala:

La hiperoxaluria primaria (HOP) se debe a un desorden metabólico hereditario autosómico recesivo, del metabolismo del glioxalato, que causa una producción excesiva de oxalato. El trastorno más frecuente y grave se debe al déficit enzimático de alanin:glioxalato aminotransferasa (HOP tipo I) específico en el peroxisoma hepático. Dado que el oxalato no se metaboliza en los humanos y se elimina por vía renal, el riñón es el primer órgano afectado, dando lugar a la aparición de litiasis de repetición, nefrocalcinosis e insuficiencia renal precoz. Con la progresión de la insuficiencia renal, especialmente en pacientes sometidos a hemodiálisis (HD), el oxalato cálcico se deposita masivamente en los tejidos, denominándose a esto último oxalosis. El diagnóstico se basa en los antecedentes familiares, la presencia de urolitiasis y/o nefrocalcinosis, hiperoxaluria, depósitos tisulares de oxalato formando granulomas en formas avanzadas, análisis molecular de ADN y análisis enzimático si procede. Se requiere una alta sospecha diagnóstica, por lo que, desafortunadamente, en muchos casos se diagnostica tras su recidiva en el trasplante renal. El manejo conservador de la enfermedad (alta ingesta líquida, piridoxina e inhibidores de la cristalización) debe ser precoz, para retrasar el daño renal. El tratamiento con diálisis es inefectivo para depurar el exceso de oxalatos. Tras el trasplante renal suele observarse una rápida aparición de los depósitos de oxalato en el injerto y los resultados de esta técnica, salvo excepciones, son desalentadores. El trasplante hepático anticipado, o simultáneo con el trasplante renal cuando ya existe daño irreversible de este órgano, es la opción terapéutica de elección para corregir la enfermedad de base y suprimir la sobreproducción de oxalatos. Dada la condición de enfermedad rara y su heterogeneidad genética y clínica, no es posible obtener evidencias a través de ensayos clínicos aleatorizados. Por lo tanto, las recomendaciones las establecen grupos de expertos apoyados en publicaciones de acreditado rigor científico. En este sentido, un grupo de expertos europeos (OxalEurope) ha elaborado unas recomendaciones diagnósticas y terapéuticas publicadas en 2012.

Es decir, dicha patología guarda aristas sobre el tratamiento conservador a implementar, sin que ninguno pueda asegurar el 100% de curación o de sobrevida; sin embargo la atención brindada por la entidad demanda, se efectuó con atención personal médico, especializado para prestar el servicio en sus áreas, con la experiencia específica en sus cargos. No se evidencia imprudencia en la atención, la cual se ajusta a los parámetros médico – científicos establecidos para el manejo de este tipo de patologías, aplicadas en la institución. Igualmente, no se evidencia negligencia en el manejo del paciente, se demuestra en los registros clínicos la ejecución de medidas, recomendaciones y toma de conducta frente a la situación clínica planteada por el estado del paciente. Las técnicas tecnológicas utilizadas por los médicos fueron pertinentes y acordes para la atención del

² <https://revistanefrologia.com/es-hiperoxaluria-primaria-articulo-X0211699514054189>

DEFENSA JUDICIAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD

disan.asjur-judicial@policia.gov.co

Teléfono 5804400 ext. 7422, 7637



**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD**

paciente. No hay violación a ninguna norma y la práctica médica observada se ajusta a medicina basada en evidencia, no se observa actuar antiético. El fallecimiento del paciente se debió a las probabilidades de no sobrevivir causada por la enfermedad hereditaria que padecía hiperoxaluria, el Hospital Central de la Policía cumplió con lo dispuesto en los parámetros establecidos por la práctica médica. Se cumplió con las características de la calidad, eficacia, eficiencia con efectividad. Se cumplió con las características de la atención en salud (accesibilidad, oportunidad, continuidad) y no hay evidencia de mala práctica.

4. EXCEPCIONES DE MÉRITO:

a. INEXISTENCIA DE FALLA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO POR PARTE DE LA DIRECCION DE SANIDAD-HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

Para que haya lugar a declarar la responsabilidad consagrada en el artículo 90 de la Constitución Política, la jurisprudencia ha determinado que en cada juicio debe demostrarse la existencia de los elementos que configuran dicha responsabilidad, como lo son: (1) la existencia de un daño antijurídico, (2) que la acción u omisión desplegada sea imputable a las entidades públicas, y (3) que se presente una relación de causalidad material entre el daño antijurídico y el órgano estatal, o en otras palabras el daño, el hecho generador del daño y el nexo de causalidad.

Atendiendo la imperiosidad de que se configuren estos tres elementos para que proceda la declaración de responsabilidad estatal, en el presente caso corresponde a la parte demandante, demostrar que la atención médica prestada por el Hospital Central de la Policía a la menor LAURA SOFIA PARDO PEÑA (QEPD), se erige como causa adecuada de su muerte, ocurrida el 24 de septiembre 2020.

Debe entenderse el nexo causal como aquella condición idónea que produce el resultado dañoso y que origina responsabilidad. Para demostrar su existencia resulta necesario separar cada una de las situaciones que originaron el hecho dañoso, y escoger aquella que haya producido el resultado, o mejor que haya sido determinante para que se hubiera dado. En el presente caso la causa adecuada del fallecimiento a la menor LAURA SOFIA PARDO PEÑA (QEPD) NO corresponde a la atención médica prestada por los profesionales de la salud vinculados al Hospital Central de la Policía.

La anterior afirmación encuentra sustento en los registros obrantes en la historia clínica del paciente y que dan cuenta, en primer lugar, que su muerte se produjo como consecuencia directa e inequívoca del cuadro pulmonar que presentó y no como producto de la atención médica dispensada por el equipo asistencial del Hospital Central de la Policía

Así mismo, la historia clínica evidencia las acertadas atenciones médicas que se le prestaron a la menor por parte de los profesionales de la salud vinculados al Hospital

DEFENSA JUDICIAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD

disan.asjur-judicial@policia.gov.co

Teléfono 5804400 ext. 7422, 7637



**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD**

Central de la Policía., las cuales contrario a las supuestas falencias alegadas por la parte actora y que consideran estructuran falla en la prestación del servicio médico, demuestran que no hay lugar a endilgar responsabilidad alguna al Hospital Central de la Policía, pues se agotaron en debida forma todos los recursos humanos, técnicos y científicos con que contaba la institución sin que fuese posible restablecer la salud de al menor. La atención y manejo médico fue indicado de conformidad con el cuadro clínico que presentó la paciente en cada atención que requirió, se insiste, agotando todos los recursos técnicos, humanos y científicos con que contaba la institución para garantizar la restauración de su salud. No obstante, el cuadro del paciente ya está bastante avanzado y es imposible revertir su estado de salud.

Siempre se garantizó el manejo médico de la menor, para lo cual se agotaron todos los recursos con que se disponía de acuerdo con el nivel de atención y la capacidad instalada. La atención y manejo médico fue indicado de conformidad con el cuadro clínico que presentó la paciente, se insiste, agotando todos los recursos técnicos, humanos y científicos para garantizar la restauración de su salud. No obstante, la patología de base hereditaria de la paciente ya está bastante avanzado y es imposible revertir su estado de salud, pues como se ha indicado en la literatura médica, dicha patología no cuenta con TRATAMIENTO ACERTADO y se encuentra en proceso de investigación.

La paciente fue atendida en todas las oportunidades requeridas por los profesionales del Hospital Central de la Policía sin que pueda aducirse del contenido de la historia clínica que dichas atenciones, diagnósticos fueron la causa de su muerte. Nótese además que aun realizando el trasplante del órgano no puedo garantizarse la sobrevida de la paciente, pues como se ha establecido la enfermedad que contribuyo a la perdida de vida es de carácter genético.

b. INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL.

Revisados los registros obrantes en la historia clínica de la paciente LAURA SOFIA PARDO PEÑA (QEPD), deviene acertado sostener que la muerte del menor se produjo como consecuencia inequívoca de la patología de base genética de complejo deslace en lex artis, guías médicas y demás, pues se garantizó dispensar manejos y tratamientos médicos a la menor en debida forma, también se brindó los recursos técnicos, científicos y humanos. Así mismo, se evidencia que durante la atención prodigada a la menor se cumplieron a cabalidad los protocolos y guías médicas lo que se traduce en cumplimiento a la Lex Artis. Como se demostrará, durante la atención de la menor no se incurrió en error de diagnóstico, impericia, negligencia, imprudencia u omisión alguna que haya contribuido en grado alguno a la muerte de la menor LAURA SOFIA PARDO PEÑA (QEPD). Por lo anterior no puede desde ninguna óptica, entenderse que la atención brindada a la menor por parte del Hospital y de la dirección de Sanidad conllevara a su fatal desenlace así las cosas, se solicita de manera respetuosa al señor juez que declare probada la presente excepción y deniegue las suplicas de la demanda.

DEFENSA JUDICIAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD

disan.asjur-judicial@policia.gov.co

Teléfono 5804400 ext. 7422, 7637



**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD**

c. INNOMINADA O GENÉRICA.

Solicito al Despacho que si durante el transcurso del proceso se llegaré a probar hechos que constituyan excepción o acreditar la configuración de cualquier otro medio exceptivo que haga imprósperas las pretensiones de la demanda y que exoneren de responsabilidad a la parte demandada., se sirva reconocerlas oficiosamente y declararlas probadas al momento de proferir la correspondiente sentencia.

6. FUNDAMENTOS DE DERECHO:

Respecto de la falla en la prestación del servicio que se alega, teniendo como respaldo el artículo 90 de la Constitución Política, ha de señalarse, que deben existir tres elementos para que se declare la responsabilidad del Estado, como lo es que se presente un daño, que ese daño sea imputable al Estado y que exista nexo de causalidad entre el daño y la conducta desarrollada por el agente estatal.

Ahora bien, frente a la falla del servicio médico, ha de tenerse en cuenta las siguientes consideraciones jurisprudenciales, que ha sostenido de manera reiterada la Sección Tercera del Consejo de Estado al señalar³:

“Las fallas que se presentan en el servicio médico que pueden dar lugar a derivar la responsabilidad patrimonial de las entidades obligadas a prestarlo, son todas aquellas que se constituyen en la causa del resultado adverso por el cual se solicita reparación y las que son producto de la falta de previsión de los efectos secundarios de un tratamiento; pero también lo son las omisiones o retardo de las entidades médicas de utilizar los medios diagnósticos o terapéuticos aconsejados por la ciencia y los protocolos correspondientes, o por no hacer el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, bien para modificar el diagnóstico o el tratamiento y, en fin, de todas aquellas actuaciones que demuestren que el servicio fue prestado de manera diferente a como lo aconsejaba la *lex artis ad hoc*.

Dado que con la prestación del servicio médico se busca interrumpir el proceso causal, que por causas naturales o externas, produce o amenaza con producir el deterioro o la pérdida de la integridad corporal de una persona, con el fin de lograr la curación, mejoramiento o, al menos, la sobrevivencia del paciente en condiciones de dignidad humana, dicho servicio debe prestarse de manera diligente y oportuna, de acuerdo con el estado del arte en la materia. Sin embargo, no es posible calificar la actuación médica como indebida a partir, simplemente, de los resultados obtenidos, hecha la salvedad de aquellos casos en los cuales el resultado en sí mismo es demostrativo de la falla o del nexo causal entre la intervención y el daño , porque hay enfermedades incurables, o que, al menos no pueden ser superadas con los conocimientos científicos alcanzados, y hay tratamientos con efectos adversos inevitables, los cuales, sin embargo, deben ser ponderados por el médico en el balance riesgo-beneficio y advertidos al paciente con el fin de que éste decida libremente si se somete o no a ellos.

³ Se ha acudido a reglas como res ipsa loquitur, desarrollada en el derecho anglosajón; o de la culpa virtual elaborada por la doctrina francesa, o la versión alemana e italiana de la prueba prima facie o probabilidad estadística, que tienen como referente común el deducir la relación causal y/o la culpa en la prestación del servicio médico a partir de la verificación del daño y de la aplicación de una regla de experiencia, conforme a la cual se considera que existe falla o nexo causal entre un evento dañoso y una prestación médica cuando, según las reglas de la experiencia (científica, objetiva, estadística), dicho daño, por su anormalidad o excepcionalidad, sólo puede explicarse por la conducta negligente del médico y no cuando dicha negligencia pueda ser una entre varias posibilidades, como la reacción orgánica frente al procedimiento suministrado o, inclusive, el comportamiento culposo de la propia víctima.

DEFENSA JUDICIAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD

disan.asjur-judicial@policia.gov.co

Teléfono 5804400 ext. 7422, 7637



**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD**

La intervención médica es causa del daño cuando las condiciones de salud del paciente se desmejoran o su muerte se acelera como consecuencia del suministro de drogas que les producen una reacción alérgica, o cuando durante una intervención quirúrgica se lesionan otros tejidos, por ejemplo. Pero, hay eventos en los que la imputación de daños que se hace a las entidades prestadoras de tales servicios tiene su fundamento en la omisión o tardanza en la atención, bien porque el procedimiento a pesar de ser conocido se postergue, o bien porque la demora en la práctica de los exámenes impida llegar al diagnóstico cierto de la lesión o enfermedad y, brindarle en consecuencia el tratamiento adecuado. En esos casos, los problemas probatorios resultan relativamente simples en relación con las fallas, pero suelen ser muy complejo tratándose del nexo entre esas omisiones y el resultado final, por cuanto no puede perderse de vista que el paciente ingresa al servicio médico hospitalario estatal con una enfermedad o lesión de base, que es la que finalmente explica el resultado, consistiendo la falla en la prestación del servicio médico, generadora de responsabilidad patrimonial, en la omisión de interrumpir ese proceso causal, susceptible de serlo, de manera cierta o simplemente probable.

Haciendo referencia a los últimos eventos mencionados, es decir, aquellos en los que se pretende la declaratoria de responsabilidad por la omisión o tardanza en la prestación del servicio médico, para que haya lugar a imputar tales daños a la entidad obligada a prestar ese servicio, debe quedar demostrado en el proceso, de una parte, que el paciente demandó la atención médica y que la misma no le fue prestada o que la prestación fue inoportuna y, de otra, que de haberse prestado la atención adecuada el resultado habría sido favorable al paciente, por cuanto puede suceder que a pesar de una atención oportuna y adecuada la lesión o enfermedad que lo aquejaban no hubieran remitido⁴.

En decisión, el Consejo de Estado precisó la necesidad de demostrar que la atención médica no cumplió los estándares de la Lex Artis para declarar la responsabilidad⁵:

“Establecido el daño y para determinar la causa eficiente del mismo se analizará la actuación de la demandada. En este sentido esta Corporación ha indicado que, para determinar la responsabilidad patrimonial del Estado por el servicio médico, entendido este como los procedimientos de diagnóstico, tratamientos, intervenciones y, en general, las conductas del profesional médico orientadas al restablecimiento o recuperación de la salud del paciente; debe demostrarse la existencia del daño, y que este se haya ocasionado por la vulneración de los estándares de calidad exigidos por la lex artis⁶. Es decir, “es necesario que se demuestre que la atención médica no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica,

⁴ CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN TERCERA, SUBSECCIÓN B, Consejero ponente: RAMIRO PAZOS GUERRERO, Bogotá, D.C., catorce (14) de diciembre de dos mil dieciséis (2016), Radicación número: 05001-23-31-000-2007-03117-01(37772) ibídem

⁵C.E., SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN TERCERA, SUBSECCIÓN B, Consejero ponente: ALBERTO MONTAÑA PLATA, Bogotá D.C., cinco (05) de mayo de veinte (2020), Radicación número: 73001-33-31-000- 2006-00114-01(45214), Actor: ADRIANA ÁLVAREZ MARTÍNEZ Y OTRO., Demandado: E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE IBAGUÉ, Referencia: ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA (APELACIÓN SENTENCIA

⁶ Sección Tercera, sentencia de 11 de mayo de 2006, exp. 14400

DEFENSA JUDICIAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD

disan.asjur-judicial@policia.gov.co

Teléfono 5804400 ext. 7422, 7637



**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD**

vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso⁷ o que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente⁸”.

De manera que, para que las pretensiones tengan vocación de prosperidad, se torna indispensable arribar a la conclusión que el servicio no se prestó adecuadamente, bien porque no fue oportuno, porque no cumplió con los protocolos, estándares y recursos humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos de calidad fijados por la ciencia médica al momento de la ocurrencia del hecho dañoso, o se omitió el cumplimiento de deberes por parte del prestador, como los relativos al acto médico documental (por ejemplo: el consentimiento informado y el suministro de la información necesaria para el autocuidado del paciente). Sin que de ello sea posible exigir un resultado exitoso en todos los eventos, pues se trata de una obligación de medio y no de resultado.”

De tal manera que el solo resultado adverso no es suficiente para señalar la existencia de un daño antijurídico, corresponde a la parte actora demostrar que efectivamente, como se advierte en la providencia citada, el servicio médico no se prestó, se prestó mal o no se ajustó a los protocolos de la ciencia médica para el evento tratado.

7. De la condena en costas:

La condena en costas no está llamada a prosperar, en la medida que se debe observarse una serie de factores, tales como la temeridad, la mala fe y la existencia de pruebas en el proceso sobre los gastos y costas en el curso de la actuación, en donde el operador judicial debe ponderar dichas circunstancias y sustentar la decisión. Aunado a lo anterior, el demandante no hizo ninguna petición relacionada con la condena en costas y agencias en derecho.

8. PRUEBAS.

El artículo 175 de la Ley 1437 de 2011 señala: “El demandado deberá aportar con la contestación de la demanda todas la pruebas que tenga en su poder y que pretenda hacer valer en el proceso”.

A. Documental que se aporta.

- Oficio con radicado No GS-2023-048504-DISAN En el cual se hace solicitud copia historia clínica de la menor LAURA SOFIA PARDO PEÑA identificado con Tarjeta de identificada No 1141321874 1, con su respectiva transcripción.

B. TESTIMONIAL :

Me permito de manera respetuosa Señora Juez solicitarle, decretar los testimonios de los siguientes profesionales en la medicina Nefrólogo pediatra Darío Eustacio Brujez Ruiz; Pablo Emilio González (Urólogo) y Laura Yamile Losada Burbano (Endocrinología pediátrica)., para que se pronuncien sobre la patología, hechos de la demanda y la atención prestada al paciente, en calidad de testigos técnicos, quienes pueden ser citados en la

⁷ Sección Tercera, sentencia del 25 de febrero de 2009, radicación No. 52001233100019950793301, expediente No. 17149

⁸ En este sentido puede consultarse de la Sección Tercera, la sentencia del 11 de febrero de 2009, radicación No. 54001- 23-31-000-1993-08025-01(14726).

DEFENSA JUDICIAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD

disan.asjur-judicial@policia.gov.co

Teléfono 5804400 ext. 7422, 7637



**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD**

carrera 59 No 26-21 CAN, Bogotá D.C., hospital Central de la Policía Nacional o a través de la suscrita.

ANEXOS:

- Los oficios relacionados en el acápite de pruebas documentales en 3 folios.
- Poder debidamente conferido junto con sus anexos.

NOTIFICACIONES.

a) El demandado: Recibo notificaciones en la Dirección de Sanidad – Policía Nacional – Calle 44 No. 50-51 CAN, Edificio Seguridad Social piso 5°. Tel. 3135867684 y en los correos electrónicos disan.asjur-judicial@policia.gov.co y anap.barreto@correo.policia.gov.co

b) El demandante: En la dirección que cita en la demanda.

PETICION

Por lo expuesto anteriormente, sírvase señora Jueza, declarar probados los fundamentos jurídicos de la defensa, y como consecuencia de ello, negar las pretensiones de la demanda.

PERSONERÍA

Respetuosamente solicito señora Jueza, reconocermé personería adjetiva en los términos del poder a mi conferido.

b) El demandante: En la dirección que cita en la demanda.

De la Señora Jueza, atentamente,

ANA PAOLA BARRETO ALFARO
C.C. No. 47.440.592 de Yopal
T.P. No. 150.149 del C. S de la Jud.

DEFENSA JUDICIAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD

disan.asjur-judicial@policia.gov.co

Teléfono 5804400 ext. 7422, 7637