



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

Villavicencio, treinta (30) de septiembre dos mil diecinueve (2019)

RADICACIÓN : 50001 33 31 002 2011 00315 00
DEMANDANTE : ENRIQUE GONZALEZ DELGADO Y OTROS
DEMANDADO : E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE
VILLAVICENCIO Y OTRO
ACCIÓN : REPARACIÓN DIRECTA

ANTECEDENTES

A través de apoderado, los señores ENRIQUE GONZALEZ DELGADO, EDDY ENRIQUE GONZALEZ MARIN, MATIAS ENRIQUE GONZALEZ ROMERO, JOHAN ALBEIRO GONZALEZ ROMERO y LUZ MARINA APONTE ACERO instauraron demanda de Reparación Directa en contra del HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO y CAJACOPI E.P.S.S., con el fin de obtener la reparación de los perjuicios causados como consecuencia de la falla del servicio médico, representada en la inadecuada, deficiente y tardía atención médica, así como por los indebidos tratamientos y procedimientos realizados a la menor MARIA CHAVELY GONZALEZ MARIN, lo que conllevó a su muerte el 23 de septiembre de 2009, para lo cual solicitaron se despachen favorablemente las siguientes pretensiones:

"PRIMERO. Se declare que **EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO, E.S.E. y CAJACOPI E.P.S.S.**, son administrativamente responsables de la totalidad de perjuicios morales y materiales causados a los demandantes con la injusta muerte de la menor MARIA CHAVELY GONZALEZ MARIN, ocurrida el 23 de septiembre de 2009 como consecuencia de la inadecuada, deficiente y tardía atención e indebidos tratamientos y procedimientos a cargo de las Entidades demandadas; y demás circunstancias que se relacionaran en el capítulo de los hechos que fundamentan la presente demanda.

SEGUNDO. Como consecuencia de la anterior declaración, se condene al HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO, E.S.E. y CAJACOPI E.P.S.S.; a pagar a cada uno de los demandantes los perjuicios que a continuación se solicitan:

2.1. PERJUICIOS MORALES:

Por concepto de perjuicios morales, ENRIQUE GONZALEZ DELGADO, EDDY ENRIQUE GONZALEZ MARÍN, MATIAS ENRIQUE GONZALEZ ROMERO, JOHAN ALBEIRO GONZALEZ ROMERO y LUZ MARINA APONTE ACERO deberán recibir, cada uno de ellos, por lo menos, el equivalente en pesos de 200 salarios mínimos, mensuales, legales vigentes a la fecha del pago efectivo de la Sentencia que ponga fin al presente proceso o Conciliación debidamente aprobada.

Subsidiariamente deberán recibir cada uno de los actores mencionados, el equivalente en pesos a, por lo menos, 2.000 gramos de oro fino, al precio de



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

venta más alto de este mental a la fecha en que se verifique el pago, según certificación del Banco de la República.

En cualquier caso se solicita adoptar la forma que sea más favorable para mis representados al momento de la Sentencia que ponga fin al presente proceso o Conciliación debidamente aprobada.

2.2. PERJUICIOS MATERIALES:

A la fecha de la presentación de este escrito, se estiman los perjuicios materiales causados a los padres de la menor MARIA CHAVELY, fallecida, y/o a quien demuestre igual o mejor derechos, en una suma superior a sesenta y un millones de pesos moneda corriente, así:

- 1. Edad de la víctima al momento de los hechos.*
- 2. Variación mensual y anual del índice de precios al consumidor entre el mes de Septiembre de 2009 y la fecha de la Sentencia o conciliación, según certificación expedida por el DANE.*
- 3. La fórmula de matemáticas financieras aceptada por el H. Consejo de Estado para la liquidación de los perjuicios materiales, consolidados y futuros.*

TERCERO. EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO, E.S.E. y CAJACOPI E.P.S.S., o la entidad obligada al pago, o la entidad obligada al pago (sic), dará estricto cumplimiento a la sentencia o conciliación en los términos de los artículos 176, 177 y 178 del Código Contencioso Administrativo, cancelando a cada uno de los actores los intereses comerciales o moratorios a que haya lugar.”

I. HECHOS

Para fundamentar las pretensiones, la parte actora en resumen, narró la siguiente situación fáctica:

- Indicaron, que el señor Enrique González Delgado, procreó a Ángela Milena González Marín, Eddy Enrique González Marín, Matías Enrique González Romero, Johan Albeiro González Romero y María Chavely González Marín.
- Señalaron, que María Chavely González Marín, nació el 18 de marzo de 1997 y que pese a sus limitaciones fue una niña que siempre despertaba un especial sentimiento de cariño y afecto dentro de las personas que tuvieron la fortuna de conocerla.
- Manifestaron, que María Chavely González Marín vivía con su padre y con la señora Luz Marina Aponte Acero, compañera permanente del señor Enrique González, quien la cuidaba, constituyéndose en una madre de crianza para María Chavely.
- Que en medio de las grandes limitaciones económicas, la familia se fundaba en principios morales y éticos; agregaron que el hogar del citado demandante siempre



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

se ha caracterizado por su solidaridad y afecto, sentimientos que les han permitido continuar unidos, compartiendo triunfos y alegrías, apoyándose en la adversidad cuando la vida los enfrenta a graves situaciones.

5. Expresaron, que para el momento de los hechos María Chavely González Marín, contaba con 13 años de edad y gozaba de un buen estado de salud, gran vitalidad y la mejor disposición tanto mental como física para superar sus condiciones personales.

6. Adujeron que la vida de la menor concluyó el 23 de septiembre de 2009, debido a una sistemática cadena de errores, retardos, omisiones e indebidas acciones en el servicio médico asistencial a cargo de las entidades demandadas.

7. Contaron que el 27 de agosto de 2009, la niña ingresó al Hospital Departamental de Villavicencio con tos y fiebre, en donde debieron esperar un largo tiempo para que fuera atendida, indicando que ante el clamor de sus familiares fue atendida y seguidamente hospitalizada; adujeron que ante el deterioro permanente en la salud de la menor se ordenó el traslado a la unidad de cuidados intensivos pediátrica y que pese a que en ese centro médico había dicha unidad no fue posible internarla en dicha área, ya que la EPS a la cual se encontraba afiliada la niña no tenía convenio con este servicio.

8. Mencionaron que a continuación se ordenó la remisión de la menor al Hospital Simón Bolívar de Bogotá, pero que ante la falta de una ambulancia medicalizada TAM no fue posible su traslado. Contaron que días después la menor fue trasladada a la ciudad de Bogotá, pero que ya había sido tarde, pues pese a los esfuerzos realizados por la institución hospitalaria, la niña falleció.

9. Afirmaron, que el fallecimiento de María Chavely entristeció a su padre, hermanos y madre de crianza, quienes no la olvidan y recuerdan con mucha nostalgia, pues para ellos fue un suceso que generó dolor el haber perdido a su familiar en medio de los trámites y requisitos que impidieron brindar oportunamente la remisión ordenada a una unidad pediátrica.

10. Señalaron que la responsabilidad de las entidades demandadas era evidente, en la medida en que luego de que la menor ingresara al Hospital Departamental de Villavicencio, no le practicaron los exámenes necesarios y suficientes para diagnosticar adecuadamente su estado de salud, pues de esa manera, le hubieran prescrito un tratamiento correcto, así como no se le efectuó los cultivos necesarios para determinar el medicamento adecuado para atacar los microorganismos que atacaron sus sistema respiratorio; insistieron en que a la menor se le trató de forma inadecuada ya que la dolencia terminó con el fallecimiento.

11. Puntualizaron que la cadena de fallas en la prestación del servicio médico y hospitalario que partió de un diagnóstico errado, tratamiento inadecuado, ausencia



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

de equipos, falta de especialistas y laboratorios adecuados para el diagnóstico, deficiencia en el número y especialidad del personal médico y asistencial y la omisión de la remisión, generó un perjuicio antijurídico, el cual consideran debe ser reparado de manera integral por parte del HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO y CAJACOPI E.P.S.S., por configurarse una falla en el servicio.

12. Por último dijeron que para la época de los hechos se presentaron en los citados centros hospitalarios, graves circunstancias que determinaron las deficiencias en los servicios de salud, conforme a la ley y los reglamentos que exigían concretas condiciones relacionadas con los servicios de salud; esto es, que no cumplieran con los estándares de habilitación, acreditación y certificación, los cuales de haberse cumplido por parte de las demandadas, hubieran permitido con toda seguridad que la menor hubiese superado la afección respiratoria.

II. FUNDAMENTOS DE DERECHO.

El apoderado de la parte actora invocó, como fundamento de las pretensiones elevadas en la demanda, las siguientes normas: Constitución Nacional: Artículos 2, 5, 6, 11, 42, 44, 90, 94 y 311; Código Contencioso Administrativo: Artículos 86 y 206; y, Código Civil: Artículos 1613 a 1617, 2341 y ss.

Del acápite de los hechos de la demanda y de los fundamentos invocados se infiere que la parte actora invoca la responsabilidad de las entidades accionadas, argumentando la existencia de una cadena de errores, consistentes en la falta de práctica de exámenes necesarios y suficientes para diagnosticarle adecuadamente su estado de salud, como también un tratamiento correcto, ausencia de equipos, falta de especialistas, deficiencia en el número y especialidad del personal médico y asistencial y la omisión de la remisión de la infante hacia una unidad de cuidados intensivos pediátrica.

Enunció que a la paciente luego de practicársele una serie de actuaciones médicas, no resultaron adecuadas, ni tampoco suficientes para mejorar su estado de salud, aunado a que pese a que se le había ordenado la remisión a una unidad de cuidados intensivos pediátrica, la misma se omitió, razón por la que considera que la menor no tuvo un tratamiento adecuado, conforme a los principios establecidos en la ley 100 de 1993.

III. ACTUACIÓN PROCESAL

La demanda fue presentada en la Oficina Judicial de Villavicencio el día 16 de junio de 2011 (fl. 43 C.1), la cual le fue repartida al Tribunal Administrativo del Meta, corporación que mediante auto del 02 de septiembre de 2011 ordenó la remisión del expediente a oficina judicial para que fuera repartido ante los Juzgados



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

Administrativos de Villavicencio, en tanto, carecía de competencia por factor cuantía (fls. 44 al 47); correspondiéndole conocer del asunto en esta oportunidad al Juzgado Segundo Administrativo del Circuito, autoridad que mediante auto del 25 de octubre de 2011 la admitió (fls. 52 y 53); siendo notificado personalmente el Ministerio Público el día 15 de febrero de 2012 (fl. 53 C.1) y a las demandadas por aviso, así: al Representante Legal de Cajacopi EPS. S el día 14 de febrero de 2012 (fl. 57 C.1) y al Gerente del Hospital Departamental de Villavicencio el mismo día (fls. 58).

Posteriormente, se fijó el asunto en lista por el término legal de 10 días, desde el día 8 de marzo de 2012 (fl. 59 C.1). Seguidamente, en auto del 24 de abril de 2012 se dispuso abrir a pruebas el proceso, providencia en la que se tuvo por no contestada la demanda por parte del Hospital Departamental de Villavicencio (fls. 423 y 424).

Estando el proceso en etapa probatoria, el proceso fue repartido al Juzgado Primero Administrativo de Descongestión de Villavicencio el día 04 de julio de 2012 (fl. 461) en cumplimiento del Acuerdo PSAA12-9445; quien avocó conocimiento en auto del 10 de julio del mismo año (fls. 462); posteriormente, en atención a lo dispuesto en el Acuerdo No. PSAA14-10282, el asunto fue redistribuido una vez más, el 12 de enero de 2015 (fls. 492) correspondiéndole al Juzgado Tercero Administrativo de Descongestión, el cual mediante proveído del 23 de enero de 2015 asumió conocimiento del proceso (fl. 493).

Seguidamente, en virtud al Acuerdo No. CSJMA15-398, el proceso fue remitido a este Juzgado; en auto del 18 de agosto de 2016 se asumió la instrucción (fls. 517) y mediante proveído del 12 de julio de 2019 se ordenó correr traslado para alegar de conclusión (fls. 635). Finalmente, el 2 de agosto del mismo año ingresó al despacho para proferir sentencia.

IV. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

El Hospital Departamental de Villavicencio ESE y Cajacopi EPS.S no contestaron la demanda.

V. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

1. Parte demandada CAJACOPI EPS.S (fls 636 al 640): Indicó que de acuerdo a las pruebas obrantes en el plenario, se evidenció que la atención brindada por parte de la EPS a la menor María Chavely Gonzales Marín fue la indicada, oportuna y adecuada de acuerdo con las guías clínicas establecidas por la Organización Mundial de la Salud y las guías del Ministerio de Salud. Agregó que la paciente consigo ya tenía un factor de riesgo de neumonía adquirida en comunidad, problemas neurológicos y el estado inmunológico por desnutrición, lo que hizo más



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

gravosa su situación de salud.

Adicionó que a la paciente se le puso a disposición todos los equipos tecnológicos en pro de lograr su recuperación, incluso se logró la remisión a la UCI pediátrica, razón por la que considera que no se configuró una falta de oportunidad, ni tampoco se configuran los elementos de la responsabilidad que endilga la parte actora.

2. Parte demandante (fls. 641-653): Luego de hacer un recuento de las pruebas recaudadas dentro del proceso, indicó que aunque en el Hospital Departamental de Villavicencio se le practicaron a la menor una serie de actuaciones médicas, estas, no fueron adecuadas, ni suficientes para mejorar su estado de salud y que pese a que se le había ordenado su traslado a una unidad de cuidados intensivos pediátrica, la misma se omitió; considerando que de esta manera no se brindó un tratamiento adecuado, transgrediendo los principios de oportunidad y eficiencia contenidos en la ley 100 de 1993.

Adicionó que la cadena de fallas, relacionadas con el diagnóstico errado, tratamiento inadecuado, ausencia de equipos, falta de especialistas y laboratorio adecuado para el diagnóstico, deficiencia en el número y especialidad del personal médico y asistencia, así como, la omisión en la remisión a la ciudad de Bogotá, generó un perjuicio antijurídico a los demandantes, el cual aduce debe ser reparado de manera integral por parte de las entidades demandadas.

Resalta que fue determinante para el resultado fatal, la sistemática omisión por parte de Cajacopi, toda vez que al autorizarse el traslado de la menor a la UCI Pediátrica que se le había prescrito por parte de los médicos tratantes, de forma tardía, aunado a la patología que presentaba la víctima, fue concluyente para el fallecimiento de la niña, extinguiéndose toda posibilidad de sobrevivir a los quebrantos de salud que estaba presentando la menor.

3. El Ministerio Público no se pronunció al respecto.

CONSIDERACIONES

Siendo competente este Despacho para conocer en virtud de lo dispuesto en el numeral 6º del artículo 134 B del C.C.A., adicionado por el artículo 42 de la Ley 446 de 1998, y no encontrando causal de nulidad que invalide lo actuado, procede a fallar el asunto objeto de controversia, precisando que la misma, será proferida de conformidad con lo previsto en el artículo 308 del C.P.A.C.A.

I. De la fijación del litigio y de los problemas jurídicos a resolver

En el asunto de la referencia, se pretende por la parte demandante, se declare la responsabilidad administrativa de las entidades demandadas por la falla en la



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

prestación del servicio médico requerido por la menor MARIA CHAVELY GONZALEZ MARIN, derivada de una cadena de errores, consistente en la falta de practica de exámenes necesarios y suficientes para diagnosticarle adecuadamente su estado de salud, como también un tratamiento correcto, ausencia de equipos, falta de especialistas, deficiencia en el número y especialidad del personal médico y asistencial y la omisión de la remisión de la infante hacia una unidad de cuidados intensivos pediátrica, lo que conllevó a que se causara su muerte el día 23 de septiembre de 2009.

Para ello, el Despacho procederá al planteamiento de los problemas jurídicos, tal y como se enuncian a continuación:

1. ¿Son las entidades demandadas, administrativamente responsables por los daños causados a la parte demandante, a título de falla en el servicio, por la muerte de la menor MARIA CHAVELY GONZALEZ MARIN, como consecuencia de los inadecuados, deficientes y tardíos tratamientos y procedimientos médicos y de la falla institucional derivada de la ausencia de equipos y de personal necesario para la atención de la paciente?

En el evento que el problema jurídico anteriormente planteado, tenga respuesta positiva, el Despacho entrará a estudiar lo siguiente:

2. ¿Están obligadas las entidades demandadas a reparar los perjuicios reclamados por los demandantes, conforme a lo pretendido en la demanda?

II. Hechos probados:

Para desatar los planteamientos esbozados en los interrogantes anteriormente formulados, se tendrán en cuenta la siguiente situación fáctica:

1. Se encuentra probado que el señor Enrique González Delgado es el padre de Eddy Enrique González Marín, Matías Enrique González Romero, Johan Albeiro González Romero y María Chavely González Marín tal como consta en los registros civiles de nacimiento visibles a folios 22 al 25 del C.1.

2. Se evidencia que María Chavely González Marín falleció el día 23 de septiembre de 2009, tal como se avizora en el registro civil de defunción a folio 26 del C.1.

3. Está acreditado que la menor ingresó al servicio de urgencias del Hospital Departamental de Villavicencio, el 27 de agosto de 2009, a las 11:42 a.m. (fls. 70); se anotó como motivo de consulta: fiebre, tos y emesis, enfermedad actual: "... PACIENTE DE 12 AÑOS CON SECUELAS DE MENINGITIS QUE CONSULTA POR CUADRO 10 HORAS DE EVOLUCIÓN DE TOS SEVERA DE INICIO SUBITO EMETIZANTE QUEJIDOS ASOCIADO A FIEBRE DE 8 DIAS DE EVOLUCIÓN LA CUAL



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

SE EXACERVO HACE 10 HORAS ASOCIADA A CONVULSION MADRASTRA ADMINISTRO ACIDO VALPROICO Y CEDIO POSTEIOR (sic) A "20 MINUTOS" SI (sic) NUEVOS EPISODIOS... ACUDIENTE REFIERE QUE NO ADMINISTRO DOSIS DE LA NOCHE EL 18/08/09 CONSULTO A IPS SAN FELIPE A CITA DE CONTROL PRESENTANDO ESE DIA EDEMAS DE PIES. ORDENARON CEFALOXINA CAPSULA C/6H. CON MEJORIA... **ANTECEDENTES DEL PACIENTE.** SECUELAS DE MENINGITIS A LOS 3 MESES DE EDAD. EPILEPSIA FOCAL SINTOMATICA MANEJADA CON ACIDO VALPROICO. NEFROPATIA? HACE 18 MESES CON 8 DIAS DE ESTANCIA EN EL RECREO. "NO ORINABA SE LE HINCHARON LOS OJOS Y LOS PIES" OTITIS MEDIA SUPURATIVA BILATERAL HACE 2 MESES MANEJA CON AMPICILINA. MICOSIS ORAL HACE 2 MESES MANEJADA CON NISTATINA. RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO SEVERO... **Estado General** REGULAR ESTADO GENERAL, CON TOS SEVERA CAINOZANTE (sic), SO2 88% AL AIRE AMBIENTE. NO UTILIZACION DE MUSCUOS ACCESORIOS... **PLAN DE TRATAMIENTO** IDX - EPILEPSIA FOCAL SINTOMATICA EN TRATAMIENTO. - SINDROME FEBRIL- NEFROPATIA? -NEUMONIA Vs CUERPO EXTRAÑO -DIFICULTAD RESPIRATORIA SECUNDARIO -TOS... OM -OBSERVACION - NVO. - O2 POR CN PARA SO2 MAYOR DE 90%- DAD 5% 500 CC+12.5CC DE NATROL+5CC DE KATROL A 60CC/H - DIPIRONA 500mg IV AHORA CONTINUAR CADA 8 HORAS SI T MAYOR DE 38 GRADOS. -ACIDO VALPROICO 8CC CADA 8 HORAS S/S CH.VDG. PCR. PO CON Sonda, RAYOS X TORAX PA Y LAT, ELECTROLITROS Na K CL Ca-VALORACION PEDIATRIA... **DIAGNOSTICO** EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS IDIOPATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES FOCALES. TOS DE INICIO SUBITO DE INTENSIDAD SEVERA EMETIZANTE. FIEBRE NO ESPECIFICADA..." (fls. 81 al 83); a las 16:46: "...INGRESO OBSERVACION PEDIATRIA

PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 8 DIAS DE EVOLUCION DE TOS Y FIEBRE NO CUANTIFICADA REFIERE CONVULSION HOY EN LA MADRUGADA QUE CEDE LUEGO DE 20 MINUTOS, LA ACUDIENTE REFIERE QUE NO LE ADMINISTRO LA DOSIS DE LA NOCHE. ANTECEDENTES: ... FRUTO DE PRIMERA GESTACION A TERMINO PARTO EUTOSICO SIN COMPLICACIONES, CON DEPENDENCIA FUNCIONAL, EN EL MOMENTO SE SIENTA Y PRODUCE BALBUSEOS. ES CUIDADA POR MADRASTRA Y EL PADRE. EXAMEN FISICO: PACIENTE EN REGULAR ESTADO GENERAL ALERTABLE CON TOS SV: FC 158 FR 30 T 37.2 SAT 93% CON O2 POR CANULA MUCOSA SEMISECAS ROSADAS. NO ADENOAPTAS (sic) CERVICALES, ESCLERAS ANICTERICAS, NO SDR RSCS RITMICOS SIN SOPLOS RSRs SIN AGREGADOS, AMBOS CAMPOS BIEN VENTILADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, EXTREMIDADES HIPOTROFICAS, BIEN PERFUNDIDAS SIN EDEMAS, NO SIGNOS DE FOCALIZACION MOVILIZA 4 EXTREMIDADES. NO SIGNOS MENINGEOS. VALORADO POR PEDIATRA DE TURNO DR HARRY SANCHEZ QUIEN INDICA IGUAL MANEJO Y PENDIENTE REPORTE DE PARACLINICOS..." (fls. 84); se tiene que la paciente fue valorada en horas de la noche por el pediatra, quien anotó: "...llega rx torax con neumonía amplia de pulmón derecho y folor difusos en pulmon izquierdo. IDX NAC. Síndrome aspirativo... plan: penicilina cristalina... sambutramol 2 puff cada 4 horas. Bromuro ipatropio 2 puff c-6h, terapia respiratoria c/6h, midasolan 2 mg si convulsiona. Resto igual" (85 revés)

4. El 28 de agosto a las 8:40 se observa registro de la evolución por parte del pediatra: "...Paciente 12a 5 meses en su 2 día de hospitalización con Dx 1) NAC 2) Retardo severo global del desarrollo 3) Madrastra refiere mejoría de los síntomas afebril, sin episodios convulsivos... Análisis: Ptce en evolución satisfactoria, sin cuadros febriles... Plan...6.Terapia Respiratoria... 10. Valoración Trabajo Social y ICBF. 11) Hospitalizar en pediatría..." (fls. 85-86)



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

Así mismo, se tiene que la menor fue valorada por la terapeuta respiratoria, quien consignó: "...Paciente en regular condición, sin dificultad respiratoria al momento con o2 x canula nasal..."; se observa anotación de la Dra. María del Rosario: "...Pcte con neumonía multilobar al parecer con mejoría de dificultad respiratoria con respecto al día anterior, continua igual manejo..." (fls. 86); **a las 5:45 pm** se registró por parte de la trabajadora Social, lo siguiente: "... Paciente de 13 años de edad, con tarjeta de identidad, cajacopi No.1, paciente con un retraso global del desarrollo psicomotor, menor que vive actualmente junto a su progenitor Enrique Gonzales Delgado y la sra Luz Marina Aponte Acero, informa no ser la madre biológica pero desde la edad de 4 años, ella la cuida, refiere que el progenitor de la menor estuvo 6 años preso, durante ese tiempo Bienestar Familiar le dio la custodia mientras el progenitor salía libre, me presenta certificación de dicha institución, refiere que el núcleo familiar depende actualmente del progenitor quien se desempeña como ayudante de conducción, vive en el Brr San Carlos... informa que la progenitora de la menor vive en porfía y a la fecha no ha hecho presencia en el centro hospitalario. Médico pediatra solicita valoración por ICBF pendiente oficio. Continua seguimiento x t. social..." (fls. 86 revés)

A las 23:55, se anotó: "...PCTE DE 12 AÑOS 5 MESES CON DX 1. NEUMONIA MULTILOBAR. 2. SINDROME FEBRIL. 3. RETARDO GLOBAL DEL DESARROLLO. PCTE MEJORIA DE CUADRO RESPIRATORIO CON TOLERANCIA DE LA VIA ORAL DIURESIS + DEPOSICIONES. PACIENTE EN RELATIVO BUEN ESTADO GENERAL ALERTABLE CON TOS OCASIONAL CON SV... SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIO,,, VALORADO POR PEDIATRA DE TURNO QUIEN INDICA CONTINUAR IGUAL MANEJO POR MEJORIA DEL CUADRO RESPIRATORIO..." (fls. 87)

5. El 29 de agosto de 2009, a las 8:20 se registró evolución medica: "...paciente de 12 años con IDX 1. Neumonía multilobar. 2. Sx febril. 3. Retardo Global del desarrollo... S. Madre la ve mejor, come y duerme bien, pico febril limitada... A. pcte estable, en la noche pico febril en el momento manejo con ampicilina sulbactam. P. realizar Bic de jugo gástrico..."; a las 10:20 nota por terapeuta respiratoria: "...paciente con oxígeno por cánula nasal... afebril sin signos de dificultad respiratorio, se realiza mnb con bromuro de ipatropio + vibración + aceleración de flujo..." (fls. 88); **a la 1:37** obra registro por parte de la trabajadora social: "... Paciente quien se encuentra en compañía de su progenitora la Sra. Luz María Marín Urrego, refiere que paso toda la noche con ella, informa no tener buenas relaciones con el padre de su hija, informa que vivieron juntos durante 15 años tuvieron 3 hijos, actualmente 1 de 25 años, 20 años y la paciente de 12 años, se separaron hace 10 años debido al trato, la maltrataba tanto físico como psicológico, informa que él estuvo 9 años en la cárcel por homicidio, durante este tiempo ella vio por sus hijos, refiere que cuando salió de la cárcel la menor tenía 5 meses, refiere que la tiene amenazada actualmente informa que la paciente vive con el progenitor ya que él le quitó la menor y le dieron la custodia, refiere que en ese momento no tenía como cuidarla y alimentarla por ello en su momento se la dejó, informa que se encuentra preocupada ya que el padre golpea a la menor y está muy descuidada, informa que a pesar de que ella ha buscado ayuda al ICBF y la Fiscalía no le han querido dar la niña, informa que él es alcohólico y se consume las ayudas que recibió la menor, tanto de ella como de bienestar, manifiesta que no recibe ayudas. Continua seguimiento x T. Social P. Oficiar caso al ICBF..."(fls. 89).

6. A las 15:38 el médico general suscribió: "...PACIENTE CON SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SIN BRONCOESPASMO, HOY 2 DIA DE AMPICILINA/SULBACTAM, SIN NUEVOS PICOS FEBRILES NI EPISODIOS



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

CONVULSIVOS. PENDIENTE HOSPITALIZAR PEDIATRIA, CONTINUAR IGUAL MANEJO, OXIMETRIA CADA 6 HORAS...DIAGNOSTICO NEUMONIA BACTERIANA NO ESPECIFICADA..." (fls. 90); **a las 17:00** se observa registro de la terapeuta respiratoria, quien consignó: "... Paciente en Regular Estado General, con 02 x canula nasal a 2H, sin SDR, realizo MNB con bromuro de ipratropio + SSN aceleración de flujo hidratación +lavado nasal..." (fls. 89); **a las 20:13** se tiene que la niña fue valorada por el servicio de pediatría, en la nota de evolución se consignó: "PACIENTE CON DX DE NEUMONIA MULTILOBAR RETRASO DESARROLLO PSICOMOTOR EPILEPSIA. MEJORIA CLINICA, TOLERA LA VIA ORAL ADECUADAMENTE DIURESIS POSITIVO, DEPOSICION POSITIVO, CON LEVES SDR AFEBRIL... SE ENCUENTRA EN TTO CON AMPICILINA SULBACTAM, SE CONTINUA MANEJO INSTAURADO HOSPITALIZAR EN PISO..." (fls. 91)

7. El **30 de agosto de 2009**, a la 1:00 am se tiene que la menor fue trasladada al servicio de hospitalización de pediatría, mismo día que fue valorada por el especialista, quien anoto que la paciente se encontraba estable, sin SDR, con igual manejo (fls. 111-112 revés); la terapeuta respiratoria registró que la paciente se encontraba en regulares condiciones generales y sin signos de dificultad respiratoria (fls. 112).

8. El **31 de agosto de 2009**, la terapeuta anotó que la infante seguía en las mismas condiciones generales; luego, fue valorada por el médico pediatra sin indicar cambios en el tratamiento; a las 16:45 pasó revista el médico general quien consignó que la niña presentaba mejoría clínica; a la tarde noche recibió nuevamente terapia respiratoria, se consignó en el historial médico: "... Pte regular estado general, sin SDR, oxigeno por cánula nasal... lavado nasal y estímulos de tos y secreciones mucoides moderadas, sin complicaciones..." (fls. 113-114)

9. El **1 de septiembre de 2009**, se observa valoración por el especialista en pediatría, quien anotó: "... Refiere madre que pte ha estado bien, paso buena noche, presentó picos febriles, acepta y tolera vía oral..." (fls. 115); **a las 7:00 am** la auxiliar de enfermería consignó que la paciente presentaba palidez generalizada; en la nota de enfermería registrada **a las 4:00 p.m** se evidencia que la paciente fue valorada por el neuropediatra quien ordenó manejo por consulta externa (fls. 116 revés)

10. El **2 de septiembre** fue auscultada por el pediatra, quien consignó: "...Pte que pasa buena noche según la madre...Plan:...11. Eco abdominal. 12 eco pleural... Reevaluacion Pte en revista médica quien venía presentando picos febriles en las próximas 36 horas, por lo que se decidió realizar nuevo control RX observándose un aumento en la opacidad casi en la totalidad del hemotorax derecho aumento del cuadro con respecto al cuadro inicial desde el punto de vista clínico persiste hipoventilación del hemitórax comprometido no signos de dificultad respiratoria. Continua con oxígeno por...y en el aspecto infeccioso con picos febriles en las últimas horas y ante deterioro radiológico se decide cambiar esquema ATB con oxacilina ... ss eco pleural para descartar derrame pleural..." (fls. 118-119); la terapeuta respiratoria anotó que la niña se encontraba en regular estado general y leve esfuerzo respiratorio (fls. 119 revés); **a las 13:50** se reportó evolución médica en la que se indicó: "...Reporte. Ecografía pleural: sin evidencia derrame pleural. Ecografía abdomen total: dentro límites normales. A: pte con cuadro clínico... continua en manejo antibiótico, no ha presentado nuevos picos febriles. P:



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

continuar igual manejo... Reporte Rx de tórax extensa consolidación neumonía del pulmón derecho y..." (199 revés).

11. El 3 de septiembre, la paciente fue tratada por la terapeuta respiratoria en 3 oportunidades en donde se evidencia que la menor seguía en condiciones regulares generales; a las 7:20 fue valorada por el pediatra quien consignó: "...Pte en regular estado general quien presenta picos febriles durante la noche...Pte con regular evolución clínica de cuadro bronconeumonía 1er día esquema terapéutico clínicamente estable, persiste febril... reevaluar esquema ATB en la próximas 40 horas..." (fls. 121 revés)

12. El 4 de septiembre, se anotó por parte del pediatra, que la menor continuaba en regular estado general, con pico febril el día anterior en la mañana; seguidamente se evidencia anotación a las 7:00 am, en la que se lee lo siguiente: "...Pte en la unidad despierta pálida, febril, con esfuerzo respiratorio, pte en regular estado general, pte con edema generalizado especialmente extremidades superiores o inferiores... en revista pedt ordena Rx tórax..." (fls, 122 revés y 123); **a las 14:00** se registró evolución medica general, en la que se consignó: "...ext: edemas en manos y pie izquierdo (sitio en los cuales no ha tenido venocat) no signos de infección local... Reportes... Jugo Gástrico: Negativo Para BAAR. Rx tórax: Tendencia consolidación pulmonar derecho... paciente que presentó nuevo episodio febril en horas de la mañana que mejoró con antipiretico... aún está pendiente reporte de hisopado. Pendiente reporte de Rx tórax..." (fls. 124); **a las 15:20**: "...se recibe reporte hemograma en el cual plaquetas 15.000 las cuales han disminuido con respecto a las de ingreso que eran 319,000 por tal razón se solicita Hemoparasitos, FSP para tomar hoy hemograma tomar mañana (5-09-09) se hace reserva de plaquetas..." **nota de pediatría a las 16:50**: "considero la posibilidad DX de... dengue ya que los índices de infección han mejorado excepto la tromboalopenia se decide continuar igual esquema antibiótico, mañana RTO PLT si mañana persiste febril considerar 3ra línea de AB... transfundir GRE 340 cc..." (fls, 124 revés y 125)

13. El 05 de septiembre, se evidencia que la paciente recibió en 3 oportunidades las terapias respiratorias ordenadas, encontrándose en regulares condiciones generales, en la evolución pediátrica se anotó: "...Dx...4 Dengue.... s/ madre refiere que la niña paso buena noche pero que la observa más decaída no picos febriles... Rx torax con infiltrados en evolución...trombocitopenia severa en 7000 se piensa en CIP x sepsis, se evidencia convulsión TSG..." (fls. 126 revés); **a las 10:30 am**: "...paciente valorado por pediatra de turno ordena tomar laboratorios... da orden de suspensión de vía oral y no transfundir plaquetas por ahora suspender la vía oral hasta en horas de la tarde cuando este mas despierta..." (fls, 127)

14. El 6 de septiembre, se observa que se le realizó terapia respiratoria, en el historial médico se consignó que la paciente continuaba en las mismas condiciones, sin dificultad respiratoria; **a las 7:00**, se realizó valoración por el pediatra, quien anotó: "... Paciente en regular estado general, con deterioro de su cuadro clínico, presentó picos febriles...plaquetas..."(fls. 142); se observa que en dos oportunidades más recibió terapia respiratoria en donde se evidenció a la paciente en regular estado general y sin dificultad respiratoria (fls. 141); **a las 10:30**, es valorada por la hematóloga - oncóloga pediatra, quien reportó: "... Se solicita valoración del pte por persistencia de trombocitopenia actualmente con tto ATB vancomicina - cetepime de amplio espectro con datos clínicos de sepsis... Rx de tórax compatible con neumonía



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

multilobar... Plan: ... Mielograma... y biopsia de medula ósea. Valoración x anestesia. ROM...”(fls. 139).

15. El 7 de septiembre, la niña fue valorada por el servicio de pediatría, en el historial médico se anotó: “...A. pte con evolución tórpida, la cual llegó reporte recuento de plaquetas 4.000 por tal razón se reservan plaquetas para ser transfundidas... P:... 13. P. hemocultivo, urocultivo, antibiograma e hisopoas. 14. Ss ch. frotis de sangre periférico...” (fls. 138 y 136 revés); “...pte con dx anotados neumonía de tórpida evolución, sepsis de origen pulmonar, trombocitopenia marcada. Pte en 12º día hx tórpida cuadro por persistencia fiebre y aumento compromiso infeccioso, con determinante patrón radiológico; requiriendo 3º esquema antibiótico... en el momento afebril, sin estigmas de sangrado con trombocitopenia extrema con alto riesgo de sangrado catastrófico, x tal razón se transfundirán 3 U de plaquetas cada 12 horas. Se toma hemograma y frotis sangre periférica... se solicita nueva valoración hematológicos para descartar otras patologías concomitantes sin signos de dificultad respiratoria broncotonía e hipoventilación base derecho...se considera que trombositopenia asociada pobre control de infección” (fls. 136)

16. El 08 de septiembre, se tiene que la paciente fue examinada por el pediatra, quien consignó: “...pte refiere que no presento picos febriles... sangrado escaso en mucosa... plaquetas 19.000...” (fls. 132 revés) se lee que la niña ingresó a sala de cirugía para aspirado de medula ósea, más biopsia **a las 11:25 a.m** termina el procedimiento sin complicaciones (fls. 134); **a las 15:15**, se observa evolución medica: “...A/ paciente hemodinamicamente estable, no fiebre se le realizo en hora de la mañana PNC QX...” se anotó **a las 19:00** que la paciente presentaba edema en miembros superiores e inferiores; la terapeuta respiratoria registró que la paciente se encontraba en regular estado general, sin signos de dificultad respiratoria (fls 133 y revés).

17. El 09 de septiembre fue revisada por el servicio de pediatría, quien consignó: “se ha venido anotando en la evolución se aprecia un deterioro progresivo de su estado... dado por la persistencia de picos febriles deterioro radiológico compromiso hematológico... dado el compromiso multisistémico condición debe ser trasladado a UCIP para manejo intensivo ...” (fls. 130 revés); **a las 14:00** evolución medica: “...A/ paciente con evolución tórpida con deterioro progresivo con trombocitopenia severa q ha requerido transfusión de... PLT a pesar persiste trombocitopenia; con pico febril persistente” (fls. 129 revés); **a las 22:14** el pediatra registró el reporte de laboratorios: “... plaq 19 IV...Plan: Ig IV livinrbio SDF: administración según oncohematologica.... Se llama telefónicamente con Dra Plata quien confirma dosis de 2000 Gr IV mañana control plaquetario posterior...” (fls. 128 revés).

18. El 10 de septiembre, se registró en la historia clínica lo siguiente: “... Evolución pediatría... Paciente iguales condiciones generales, no mejoría de cuadro clínico, no picos febriles en día de ayer, acepta y tolera vía oral... fue valorada por pediatría de turno anoche, quien inicia inmunoglobulina 2000 VII VL DIA x 2 dosis...plaquetas 16.000... sangrado escaso... abundante movilización de secreciones... 10. Remisión a UCIP...” (fls. 143); “... Oncología pediátrica... se revisa mielograma en el cual se observa leupoplasia celular... en mal edo general con datos sistémicos de sepsis, cubierta con A/B evolución tórpida (fls. 146 revés)... Reporte mielograma... IDX: Medula ósea con hipoplasia celular, negativa a infiltración tumoral (fls. 147)...”.



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

19. El 11 de septiembre: "... evolución pediatra...paciente en igual tto con mejora del cuadro clínico no ha presentado picos febriles, acepta y tolera vía oral... plaquetas 26... plan..." (fls, 144 revers-149); "... pte en la unidad dormida afebril, hidratada esfuerzo respiratorio moderado ha disminuido el edema en cara y extremidades superiores ... valorada por pediatra continua igual manejo..." se observa valoración por la terapeuta respiratorio, quien consignó: "... Pte en mejores condiciones generales, sin signo de dificultad respiratoria oxígeno por cánula nasal...se continua con MNB... sin complicaciones..." (fls. 149 revés)

20. El 12 de septiembre a las 5:50 es atendida por el médico cirujano: "...soy llamado porque desde a las 5+13 dice la jefe que empezó a presentar dificultad respiratoria por taquipnea y uso de músculos ... comenta telefónicamente Dr. Forero ordena... Forosemida..." (fls. 151); a las 10:40: "... en revista Dr. Forero, indica intubación orotraqueal, pte con trabajo respiratorio severo, con trastorno de oxigenación severo, equilibrio ácido base, con oxigenación 100% por cámara de hunt... pte se pasa a salas de reanimación, se realiza sedación analgesia y... PEDIATRA - PRCEDIMIENTO ESQUEMA DE INTUBACION RAPIDA... O. medicas. 1. Trasladas UCIP (se hace tramite)..." (fls. 152)

21. Está probado que la menor ingresó al servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Departamental de Villavicencio el 12 de septiembre de 2009, a las 15:47, en el historial médico se anotó: "...ANALISIS: TIENDE A LA HIPOTENSION POR ASINCRONISMO CON VMEC PASAMOS A MODO AC PREVIA SEDDACIÓN (sic) RELAJACIÓN INICIAMOS INOTROPIA.

DIAGNOSTICOS: 1. FALLA RESPIRATORIA GUDA (sic). 2. SDRA. 3. NEUMONIA MULTIFOCAL (sic)- SEPSIS SECUNDARIA. 4. EPILEPSIA SINTOMATICA RDSM 6. TRASTORNO HIDROELECTROLITICO. 7. DNT CRONICA SEVERA. 8. SINDROME ANEMICO EN CORRECCION. 9. SINDROME HIPOONCOTICO... PLAN DE MANEJO: 1. CUIDADO INTENSIVO, 2. NVO - SOG ABIERTA, 3. CUIDADOS TOT, SOG, SONDA VESICAL..." (fls, 255).

22. El 13 de septiembre se consignó: "... A: PESIMO ESTADO GENERAL, SEVERO COMPROMISO PULMONAR, SE ORDENA VALORACION CON CIRUGIA PEDIATRICA CON REPORTE DE ECOGRAFIA TORAXICA, ADEMAS DE VALORACION POR HEMATOLOGIA YA QUE NO HAY CLARIDAD SOBRE LA TROMBOCITOPENIA PODRIA SER 2RIA A LOS ANTICONVULSIONANTE (ACIDO VALPROICO), ESTA PTE, ESTA REMITIDA A UCIP PERO CAJA COPI NO TIENE CONVENIO EN EL DPTO CON UCIP, ESTA BAJO SU RESPOSABILIDAD, SE COMENTARA CON LOS FAMILIARES ESTA SITUACION ADEMAS SE ENCUETRA EN UCI DE ADULTOS TEMPORALMENTE HASTA QUE LA ARS RESUELVA SU REMISION..." (fls. 258); a las 12:53 se anotó los resultados de la ecografía toraxica (sic) en la que reportó "...DESCARTA DESARRE (sic) INFORME VERBAL DE SOLO CONSOLIDACION, SE INFORMA AL CIRUJANO PARA PASAR CATETER CENTRAL YA QUE LA MENOR SE ENCUENTRA DESCOMPENSADA ELECTROLITICAMENTE Y NUTRICIONALMENTE. SE PLANTEO NUTRICION NETERAL (sic) O PARAENTERAL, ADEMAS CORRECCION DE LA HIPOKALEMIA...5:02: PACIENTE CON SOLICITUD DE REMISION A UCI PEDIATRICA CON CAMA CONFIRMADA EN HOSPITAL SIMON BOLIVAR BOGOTA CUYO TRASLADO NO SE HA LOGRADO REALIZAR DEBIDO A LA FALTA DE VENTILADOR DE TRANSPORTE CON LA CAPACIDAD SUFICIENTE PARA LOS REQUERIMIENTOS DE LA PACIENTE, SE INSISTE A LA ARS CORRESPONDIENTE CAJACOPI, EN LA NECESIDAD DE REMISION URGENTE A UCI PEDIATRICA EN LA NECESIDAD DE



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

CONSECUSION DE AMBULANCIA MEDICALIZADA CON VENTILADOR DE TRANSPORTE ADECUADO PARA EL TRASLADO DE LA PACIENTE POR AHORA SE CONTINUA MANEJO EN ESTA INSTITUCION..." (fls. 258 revés).

23. El 14 de septiembre: "...A: CONTINUA EN ESTADO CRITICO, MEJORIA EN INDICES DE INFECCION, SE SOLICITA RX DE TORAX, ESTA PTE REMISION A UCIP PERO CAJACOPI, ENVIO AYER AMBULANCIA MEDICALIZADA CON VENTILADOR QUE NO PUDO AJUSTARSE A LOS PARAMETROS QUE NECESITA LA MENOR, HAY DISCRETA MEJORIA, LOS GASES ART REPORTAN AICOSIS (SIC) RESP, SE HICIERON LOS AJUSTES VENTILATORIOS..." (fls. 259)

24. El 15 de septiembre, a las 10:58: "...ASPECTO GENERAL: PACIENTE CRITICO EN MUY MAL ESTADO. DISFUNCION ORGANICA MÚLTIPLE... RX TORAX: SIGNOS DE SDRA COMPROMISO EXTENSO Y SEVERO... NO SE DESCARTA NEUMONIA ASOCIADA AL VMEC... 3:48: PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS CON SOPORTE VENTILATORIO INTERMITENTEMENTE HIPOTENSA QUE REQUIRIO INOTROPICOS ACTUALMENTE DOPAMINA....SE COMENTA CASO DIRECTAMENTE CON BOGOTA 7 PM TRASLADO EN AMBULANCIA MEDICALIZADA CON VENTILADOR PEDIATRICO..." (fls. 259 y revés)

25. El 16 de septiembre a las 9:01: "... ASPECTO: CRITICO ALTO RIESGO DE MUERTE EN LAS SIGUIENTES HORAS... ANALISIS/ PACIENTE EN DOM CHOQUE COMPENSADO EN EL MOMENTO MIXTO CON ENFERMEDAD NEUROLOGICA Y DESNUTRICION CRONICA DE BASE, EXACERBADO ESTO POR ANEMIZACION AGUDA, RESTRINGIREMOS APOORTE HIDRICO, FORZAREMOS AUN MAS LA DIURESIS Y A LA ESPERA DE TIPIFICACION DE GERMEN PARA DEFINIR CONDUCTA DEFINTIVA AB. POR LO PRONTO ASOCIO ANTIANAEROBIOS...4:29... PACIENTE CON FALLA ORGANICA MULTISISTEMICA INSTABLE DESDE EL PUNTO DE VISTA HEMODINAMICO CON APOORTE HIDRICOELEVADO PARA PATOLOGIA DE BASE POR LO CUAL SE AJUSTA LIQUIDOS..." (fls. 259 revés -260 y revés)

26. El 17 de septiembre la menor es trasladada a la unidad de cuidado intensivo pediátrico, clínica Monterrey en la ciudad de Bogotá, salió con los siguientes diagnósticos anotados: "...DIANNOST PPAL OTRAS SEPTICEMIAS ESPECIFICADAS. DIAGNOSTICO 2 NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA. DIAGNOSTICO 3. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA..." (fls. 260 revés)

27. El 17 de septiembre de 2009, la menor ingresó a la Unidad de Cuidados intensivos Pediátrico de la Clínica Monterrey en la ciudad de Bogotá, se consignó en el historial médico: "...MOTIVO DE CONSULTA: Paciente remitida del Hospital Departamental de Villavicencio. Paciente con cuadro respiratorio que ingresa en la UCI de adultos por falla ventilatoria, sepsis y neumonía multilobar el 12-09-2009, describen paciente con inestabilidad hemodinámica que ha requerido manejo con inotropia inicialmente con dopamina y posteriormente con noradrenalina por hipotensión regfractaria (sic). Refieren neumonía multilobar en tratamiento como neumonía nosocomial con vancomisina + cefepime el 12-09, posteriormente retiran cefepime e inician meropenen el 15-09- y desde el día de hoy adicionaron metronidazol durante su hx en UCI, realizan 1 transfusión de GRE. Refieren en la historia clínica reporte de 1 hemocultivo con crecimiento de Burkholderia cepacia (pseudomona sp) rx de torax del 14-09: infiltrados en parénquima pulmonar bilaterales, con compromiso casi total del pulmón derecho y la base pulmonar



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

izquierda por hipoalbuminemia, estuvo (sic) con infusión de albumina... ENFERMEDAD ACTUAL: paciente que es cuidada por la madrastra quien refiere que la niña presentó un cuadro clínico de inicio hace aprox 25 días, con tos y fiebre, consulta a hospital de Villavicencio en donde hospitalizan, ha estado en total 22 días hospitalizada, según lo narrado por la madrastra, la niña a (sic) tenido (sic) evolución tórpida con empeoramiento de su condición general desde hace aprox 8 días. Paciente con PC, retardo mental y epilepsia focal sintomática, por secuelas de meningoencefalitis a los 3 años de edad. Paciente que ingresa en ambulancia medicalizada, en malas condiciones generales, mala perfusión distal, frialdad en extremidades..." (fls. 534 C. 2)

28. El 18 de septiembre, se le practicó terapia respiratoria; **a las 5.10** el médico cirujano la valoró y anotó en el historial médico: "...ANALISIS: paciente en estado crítico, con sepsis pulmonar, en malas condiciones generales, continua con igual tto antibiótico, se suspende noradrenalina ya que desde su ingreso las TA han sido adecuadas, en caso de presentar nuevamente hipotensión o alteración de la perfusión se iniciará goteo de dobutamina. Paciente bajo efectos de sedación y relajación..." a las 8:46 el pediatra consignó: "...ANALISIS: DX ANOTADOS, SEPTICEMIA, SDRA, FALLA VENTILATORIA, VENTILACION MECANICA, SIGNOS CLINICA DE HIPERTENSION PULMONAR, ANASARCA, RDSM, DNT CRONICA, EN MANEJO. GASES CON ACIDEMIA RESPIRATORIA Y TRASTORNO DE LA OXIGENACION GRAVE...HOY ULTIMO DIA DEOSELTAMIVIR Y SE ESPERAN RESULTADOS DE ESTUDIOS DE INFLUENZA A (H1N1) DEL HOSPITAL DE VILLAVICENCIO. SE SOLICITA VALORACION POR INFECTOLOGIA. PACIENTE CRITICAMENTE ENFERMA..."; **a las 22:35** el cirujano general consignó: "...ANALISIS: CRITICAMENTE ENFERMA, SEPTICEMIA, SDRA, FALLA VENTILATORIA, VENTILACION MECANICA, SIGNOS X CLINICA DE HIPERTENSION PULMONAR, ANASARCA, RDSM, DNT CRONICA EN MANEJO. PERSISTE CON TENDENCIA A LA HIPOTENSION, PACIENTE INESTABLE TANTO NIVEL HEMODINAMICO COMO RESPIRATORIO. PENDIENTE MAÑANA TOMA DE ECO DE TORAX PARA EVALUAR DERRAME PLEURAL CON POSIBLE TABICACION..." (fls. 548 revés al 552)

29. El 19 de septiembre, a las 6:32 el médico general anotó: "... ANALISIS: PACIENTE EN MUY MALAS CONDICIONES, EN MANEJO DE SHOQUE SEPTICO REFRACTARIO, CONTINUA REQUERIMIENTO GOTEO CONTINUO DE NORADRENALINA PARA LOGRAR MANTENER TENSIONES ARTERIALES. SEGÚN EVOLUCION DE TENSIONES CONTINUA CON BOLOS DE FUROZEMIDA, PENDIENTE HOY TOMA DE ECO TORAXICO PARA EVALUAR DERRAME PLEURAL..."; **a las 7:30** el médico general anotó: "... ANALISIS: PACIENTE EN MUY GRAVE ESTADO GENERAL, MAL PRONOSTICO CON SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR, SEGÚN LO DOCUMENTADO AL INGRESO SE IDENTIFICO PSEUDOMONA SENSIBLE A MEROPENEM, SE ORDENA TRASLADO A AISLAMIENTO ESTRICTO, SE MODIFICAN PARAMETROS DE VENTILADOR...22:00:... ANALISIS: PACIENTE EN MUY MAL ESTADO GENERAL, SE CONSIDERA EN MANEJO DE SHOCK SEPTICO, SIN MEJORIA FRANCA OXIGENA PESIMO A PESAR DE TENER PARAMETROS VENTILATORIOS TAN ALTOS, FIO2 AL 100%, PATRON ALTAMENTE RESTRICTIVO, SE MANTIENE MANEJO... SE HA BAJADO PARAMETROS DE SOPORTE INOTROPICO, SIN EMBARGO SIGUE CON ALTO COMPROMISO Y RIESGO DE MUERTE..." (fls. 553-554)

30. El 20 de septiembre, a las 8:59 anotó el pediatra: "...ANALISIS: PACIENTE EN MUY MAL ESTADO GENERAL, EN MANEJO DE SHOCK SEPTICO CON LEVE MEJORIA



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

PERSISTE SEVERO TRASTORNO DE LA OXIGENACION A PESAR DE ALTOS PARAMETROS VENTILATORIOS DIURESIS INDUCIDA CON FUROSEMIDA PARA MANEJO DE EDEMAS. SIGUE ALTO RIESGO DE MUERTE..."; En cinco oportunidades fue valorada por el médico pediatra, evidenciándose que no hubo cambios en el estado de salud. (fls. 554 revés y 555)

31. El 21 de septiembre, a las 9:16 consignó el pediatra: "...ANALISIS: DX ANOTADOS, CRITICAMENTE ENFERMA, PRONOSTICO RESERVADO, GASES CON ACIDEMIA RESPIRATORIA METABOLICAMENTE COMPENSADA CON FRANCO TRASTORNO DE LA OXIGENACION. HIPOKALEMIA QUE SE INDICO CORRECCION. SIGUE CONTROLES, PADRE ME REFIRIO TELEFONICAMENTE QUE ESTUDIO DE A H1 N1 LE HABIA SIDO INFORMADO NEGATIVO. NO SE TIENE REPORTE ESCRITO POR LO QUE SE INDICO A REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SOLICITARLO A HOSPITAL DPTAL DE VILLAVICENCIO. SE HA INFORMADO A MADRE PERSONALMENTE Y A PADRE TELEFONICAMENTE EL ESTADO DE LA NIÑA. PLAN: INDICACIONES ACTUALES. MANEJO DINAMICO DEL VENTILADOR, SE ESPERA REPORTE DE A H1 N1... 15:50... ANALISIS: DX ANOTADOS, CRITICAMENTE ENFERMA PRONOSTICO RESERVADO, GASES CON ACIDEMIA RESPIRATORIA PARCIALMENTE METABOLICAMENTE COMPENSADA CON FRANCO TRASTORNO DE LA OXIGENACION. HIPOKALEMIA. INDICO CORRECCION. SIGUE CONTROLES. PADRE ME REFIRIO TELEFONICAMENTE QUE ESTUDIO DE A H1 N1 LE HABIA SIDO INFORMADO NEGATIVO. NO SE TIENE REPORTE ESCRITO POR LO QUE INSISTO A REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SOLICITARLO A HOSPITAL DPTAL DE VILLAVICENCIO...23:48 SERVICIO: UNIDAD CUIDADO INTENSIVO... ANALISIS: PACIENTE EN MUY MALAS CONDICIONES GENERALES EN ESTADO SEPTICO CON HIPERTENSION ARTERIAL PERSISTENTE POR LO CUAL SE INDICA CAPTOPRIL, Y SE CONTINUA CON FUROSEMIDA POR HORARIO, CON TRATAMIENTO CON ANTIBIOTICOS MEROPENEM, VANCOMICINA Y FLUCONAZOL, CON ANASARCA, TRASTORNO SEVERO DE LA OXIGENACION CON SATURACION HASTA 76 CON FIO2 AL 100%, CON GASES DE CONTROL ACIDOSIS RESPIRATORIA POR LO CUAL SE MODIFICAN PARAMETROS VENTILATORIOS MENCIONADOS, SE LE DISMINUYE A 50CC LA NTP, DIURESIS CONSERVADA..." (fls. 556 revés y 557)

32. El 22 de septiembre se observa que a las 8:40 y a las 10:59 fue valorada por el médico pediatra sin cambios. No presentó cambios importantes. (fls. 557 revés y 558)

33. El 23 de septiembre a las 8:53 el médico pediatra anotó: "...ANALISIS: DX ANOTADOS, SHOCK SEPTICO DE ORIGEN PULMONAR, CON FALLA VENTILATORIA EN VENTILACION MECANICA, CON REQUERIMIENTO MULTIPLE DE INOTROPIA, CON GASES CON ACIDEMIA RESPIRATORIA GRAVE Y FRANQUISIMO TRASTORNO DE LA OXIGENACION PESE A LOS ALTOS PARAMETROS DEL VENTILADOR....PACIENTE EN TURNO PASADO PRESENTO BRADICARDIAS EXTREMAS QUE REQUIRIO REANIMACION CARDIOPULMONAR CON ADRENALINA..."; **a las 13:01** se anota que la paciente fallece: "FALLO MULTIPLE ORGANOS, SHOCK SEPTICO REFRACTARIO DE ORIGEN PULMONAR, SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL ADULTO, NEUMONIA MULTIFOCAL, SOSPECHA DE AH1 N1 EN ESTUDIO. OTRAS: RETARDO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR. DNT CRONICA MODERADA.." (fls. 560 al 561)



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

34. Rindieron declaración las señoras Linora Sánchez Cárdenas y Gladys Parra, el 08 de octubre de 2012, quienes coincidieron en indicar que fueron vecinas del señor Enrique González, la señora Luz Marina Aponte y de la menor María Chevely desde hace 12 años y 4 años, respectivamente; adujeron que el núcleo de la menor se componía por su padre y madrastra; así mismo manifestaron que los hermanos de María Chavely iban a visitarla seguido a la casa, razón por la que los conocen; sostuvo que la señora Luz Marina era quien cuidaba a la menor mientras el señor Enrique trabajaba y que la que estaba pendiente de la niña y que cuando se enfermaba la señora la llevaba al médico; de otra parte, indicaron que la muerte de la menor causó gran dolor y desconsuelo a su padre a su madrastra y hermanos. (fls. 468-469 y del 470 al 471)

35. Del informe pericial rendido por la Universidad Nacional se extrae: "...1. Posibles causas de la muerte de la menor MARIA CHEVELY GONZALEZ MARIN ocurrida el día 23 de septiembre de 2009.

RESPUESTA: No se puede determinar la causa de muerte por no tener la historia clínica completa. Solo se exponen los riesgos objetivos de posible mortalidad según alteraciones fisiológicas presentes durante su hospitalización en UCIADultos del Hospital de Villavicencio. Los datos se toman de la historia clínica hasta el día 17 de septiembre, día en que se remite a UCIPediatría Clínica Monterrey en Bogotá. No se cuentan con los datos entre ese día y el día de muerte que según la demanda ocurrió (sic) el día 23 de septiembre (6 días sin datos anexados).

Al evaluar la historia clínica se consideran los siguientes eventos fisiopatológicos durante su hospitalización en el Hospital de Villavicencio: Es una paciente que ingresa por un cuadro clínico de Neumonía Adquirida en comunidad, con factores de riesgo neurológicas y de estado inmunológico por desnutrición crónica severa (peso 17 Kg lo que corresponde a percentil menor 3 para la edad)

CURVAS DE CRECIMIENTO OMS 2009 AEPap

Presenta deterioro respiratorio hasta la falla respiratoria, secundaria a SDRA (síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda) de origen pulmonar, choque séptico refractario de origen pulmonar y Falla Orgánica Múltiple con compromiso de 4 sistemas (Respiratorio, Cardiovascular, renal y hematológico). Al aplicar los índices de severidad al ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Villavicencio el riesgo predictivo de mortalidad era alta. PRISM (Pediatric Risk Mortality) 35% de mortalidad predicha. PELOD (Pediatric Logistic Organ Dysfunction) la mortalidad predicha era del 21%.

...
La paciente cursaba según criterios con SDRA de origen pulmonar severo y esta entidad clínica no es sino la manifestación clínica de la falla orgánica de origen pulmonar. La mortalidad por esta entidad tiene una tasa media de 53% +/- 22% sin cambios significativos a lo largo del tiempo...

2. *Explicar si la atención médica proporcionada a MARIA CHAVELY GONZALEZ MARIN, hasta el día 23 septiembre 2009 por parte del personal médico del Hospital departamental de Villavicencio fue oportuna y adecuada para la sintomatología que presentaba el paciente. Indicar si los equipos, exámenes, medicamentos y especialistas proporcionados fueron adecuados o existían otros de mayor especificación o nivel que hubieran permitido una*



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

mejor expectativa de vida para la criatura. Explicará si se le proporciono (sic) atención de alta complejidad pediátrica y de neumología e igualmente si se tomaron todas las precauciones y medidas para evitar consecuencias fatales. Indicara si se le adelantaron exámenes y se le proporcionaron medicamentos relacionados con la gripa AH1N1. Igualmente señalara si se le practicaron exámenes de cultivo para determinar los patógenos que afectaban a la menor.

RESPUESTA

Datos desde fecha de ingreso 27 de agosto 2009 11:42 hasta la salida con remisión a UCIPediatrica Bogotá clínica Monterrey. No hay datos de 17 al 23 de septiembre 2009.

La atención fue adecuada y oportuna siguiendo las guías establecidas para tal fin (ver respuesta y bibliografía referenciada al respecto) recibió manejo y atención por pediatría durante los días de Hospitalización en el Hospital de Villavicencio. Fue valorado según interconsultas por Neurología pediátrica y Hematología Pediátrica, y se le brindo (sic) atención por terapia física y respiratoria de manera integral, de acuerdo a la patología y comorbilidades presentadas por la paciente. No hay datos de valoración por Neumología pediátrica. El 12 de septiembre presenta cuadro de falla respiratoria con necesidad de ventilación mecánica, estado de choque requiere reanimación hídrica y soporte vasoactivo. En estas condiciones el paciente es ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos (no pediátrica) para ofrecerle el manejo cardiorespiratorio que requería dada su grave condición. Según notas de la historia hasta ese momento no había sido posible la remisión solicitada el 9 de septiembre.

A pesar de no existir Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico en sitio primario de Hospitalización se ofrecio (sic) integralidad en la atención, al permitir el acceso y continuidad del manejo clínico en un sitio de alta tecnología (como una UCI Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos) para el manejo cada vez más complejo del paciente con falla cardiorespiratoria. De esta manera se permitio (sic) la valoración continua, monitorización compleja ofrecida en UCI, la observación y estabilización del niño previa a su traslado a UCI pediátrica.

El manejo según notas de evolución se hizo en conjunto con Especialista de cuidado intensivo Adultos y el servicio de Pediatría, desde el 12 al 17 de septiembre en que se logro (sic) remisión a Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de acuerdo al proceso administrative (sic) de la EPS de la paciente.

Se tomaron las medidas necesarias con respecta al Virus de Influenza A(H1N1). Puesto que una gran variedad de patógenos pueden causar enfermedades semejantes a la producida por el virus de la influenza, el diagnóstico debe hacerse de acuerdo a la presentación clínica y en los datos epidemiológicos y no debe retardarse el tratamiento aunque no hay confirmación de laboratorio. Según las guías WHO (organización mundial de la Salud) del 2009 el cuadro clínico de la paciente podría ser de influenza severa, por los signos de dificultad respiratoria y por la necesidad de hospitalización para manejo clínico (que incluyen la neumonía bacteriana con influenza).

Además la paciente se encontraba según la WHO dentro del grupo de factores de riesgo para enfermedad progresiva o severa: Lactantes menores de 2 años, y personas con condiciones neurológicas (neuroconductuales y síndrome convulsivo)...



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

El tratamiento se dio de manera oportuna según las guías establecidas por la Organización Mundial de la Salud y las Guías del Ministerio. Se inicio (sic) OSELTAMIVIR tan pronto existió (sic) la sospecha de H1N1 a una dosis de 45 mg vo cada 12 horas (3 mg/kg dosis según recomendaciones) y se administró por 5 días según protocolo. De hecho el 13 de septiembre reinician segundo ciclo de tratamiento con oseltamivir al ingresar a la Unidad de Cuidados Intensivos, siguiendo las normativas establecidas para tal fin.

Se le practicaron cultivos requeridos según la patología evolutiva del paciente. Al ingreso de la paciente se inicio (sic) esquema antibiótico para tratar el cuadro de Neumonía Adquirida en Comunidad, sin que según muestran las guías fuese necesario la práctica de algún tipo de cultivos. No deben practicarse hemocultivos de rutina en los pacientes sin criterios de gravedad para Neumonía (No tenía choque, no requería ventilación mecánica y con fracciones bajas de oxígeno cánula nasal mantenía buenas saturaciones de oxígeno), con esquema de vacunación completa y que hayan adquirido neumonía en comunidad...

El 1 de septiembre se practicaron hemocultivos siguiendo los lineamientos de las guías (Reportados como negativos a los 5 días de incubación). Debe obtenerse hemocultivos en los pacientes pediátricos que no mejoran clínicamente y en aquellos que progresan a la gravedad de los síntomas a pesar del tratamiento antibiótico indicado. (Recomendación fuerte, moderada calidad de evidencia)...

Se practico (sic) cultivo traqueal. Se obtuvo el 12 de septiembre cultivo de secreción traqueal al momento de intubarse. El personal clínico debe obtener cultivo de aspirado traqueal al momento de la intubación para ventilación mecánica. (Recomendación fuerte, baja calidad de evidencia)

Ante la severidad de los síntomas y el curso de neumonía complicada con falla respiratoria y choque séptico, se establecieron las modalidades necesarias para tratar de identificar el germen, con miras a facilitar la toma de decisiones desde el punto de vista infeccioso. Además de hemocultivos se practicó de manera adicional mileocultivo investigando la posible etiología (este fue negativo)

Además el día de ingreso a UCI (12 de septiembre) se practicaron Hemocultivos que a las 24 horas mostraron crecimiento de gérmenes gram negativos, razón por la cual cambiaron el esquema antibiótico según las guías de manejo a esquema antibiótico de tercera línea (nota no se encuentra reporte definitivo del germen en la historia clínica)...

3. Explicará si los exámenes de diagnóstico y la medicación adelantada a la menor MARIA CHAVELY GONZALEZ MARIN fueron las adecuadas y si fue oportuna o tardía su remisión por parte del Hospital de Villavicencio. Señalara (sic) si la razón de remisión a Bogotá representa mayor riesgo para la salud de la menor.

RESPUESTA

La respuesta con respecto a las medidas diagnósticas y terapéuticas brindadas a la paciente están consignadas en la pregunta anterior, pero se reitera que fueron adecuadas de acuerdo a las guías establecidas para tal fin.

El 9 de septiembre hay nota que inician trámites de remisión a Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (llevada a oficina de radio a las 11:00 am según nota en historia clínica). El estado clínico del paciente mostraba un mayor compromiso y deterioro respiratorio e infeccioso. En este momento según el sistema de puntuación pediátrico



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

PEWS... tenía (sic) un puntaje de 4 que permite observar un grave riesgo de complicaciones, además signos de neumonía grave. Según las guías de Neumonía Adquirida en comunidad un paciente requiere manejo y monitorización en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos si presenta compromiso respiratorio progresivo, presenta alteración de oxigenación (la paciente requería FIO2 de oxígeno mayor de 50% para mantener saturaciones mayores de 90%) y tiene alteraciones de la perfusión. (Recomendación fuerte, alto nivel de evidencia). Se considera oportuno la remisión a un nivel de mayor complejidad pediátrica para resolver de manera temprana y oportuna la necesidad de la paciente.

El 12 de septiembre presenta cuadro de falla respiratoria con necesidad de ventilación mecánica, estado de choque que requiere reanimación hídrica y soporte vasoactivo. En estas condiciones el paciente es ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos (no pediátrica) para ofrecerle el manejo cardiorrespiratorio que requería (sic) dada su grave condición. Según notas de la historia clínica hasta ese momento no había sido posible la remisión solicitada el 9 de septiembre.

A pesar de no existir Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico en sitio primario de Hospitalización se ofreció (sic) integralidad en la atención, al permitir el acceso y continuidad del manejo clínico en un sitio de alta tecnología (como una UCI Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos) para el manejo cada vez más complejo del paciente con falla cardiorrespiratoria. De esta manera se permitió la valoración continua, monitorización compleja ofrecida en UCI, la observación y estabilización del niño previa a su traslado a UCI Pediátrica.

El manejo según notas de evolución se hizo en conjunto con Especialista de Cuidado Intensivos Adultos y el servicio de Pediatría, desde el 12 al 17 de septiembre en que se logró (sic) remisión a Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de acuerdo al proceso administrativo de la EPS a la cual se encontraba afiliada la paciente.

La principal función de la UCIAdultos en los casos de pacientes pediátricos críticos, será tratar de estabilizar al niño para su traslado a una UCIPediátrica, asegurando la mejor atención posible. Los niños, se caracterizan por ser anatómicamente y fisiológicamente diferentes de los adultos y no deben ser considerados adultos pequeños. Todo ello condiciona en el personal de salud la necesidad de tener unos conocimientos pediátricos profundos, dominar tecnologías para los procedimientos específicos pediátricos y por tanto priorizar su atención en UCIPediátricas. La decisión de traslado deberá tomarse con toda la información disponible que incluye el nivel de gravedad, la necesidad de tratamiento especializado, y las respectivas consideraciones de riesgo y beneficio. Los niños críticos deben ser atendidos en una UCIPediátrica y la situación clínica de la paciente hacia necesaria el manejo en un centro especializado...

4. Indicará si en el evento que el paciente se le hubiese prestado atención médica con otro medicamento se habría logrado preservar su salud o si por lo menos las probabilidades de vida de la bebé se hubiesen incrementado de haber recibido otro medicamento adecuado o específico.

RESPUESTA

A la paciente según respuestas previas se le brindó (sic) la medicación, atención especializada y monitorización que la condición clínica evolutiva fue requiriendo (sic) según la historia clínica..." (fls. 501-508)



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

III. Del fondo del asunto – Del régimen de responsabilidad aplicable

Para dirimir el asunto objeto de litigio, el Despacho partirá del análisis de la existencia del **daño**, el cual ha sido considerado jurisprudencial y doctrinariamente, como el primer elemento estructural y punto de partida de los procesos de responsabilidad, pues es ante la existencia de éste que se pone en marcha el aparato social y jurisdiccional con miras a buscar la reparación de la víctima, siendo definido el daño como aquella afrenta, lesión o alteración del goce pacífico de los intereses lícitos de una persona, trátase de derechos pecuniarios o no pecuniarios, individuales o colectivos¹.

El segundo elemento de la responsabilidad a estudiar, es el denominado **“imputación”** que corresponde a la identificación del hecho que ocasionó el daño sufrido por la víctima y por consiguiente del sujeto, suceso o cosa que lo produjo, al respecto se precisa que si bien en la teoría tradicional de la responsabilidad, al hacer referencia al elemento imputación, se hablaba de Nexo Causal, entendido como la relación necesaria y eficiente entre el daño provocado y el hecho dañino; sin embargo, en la actualidad dicho concepto ha sido ampliado jurisprudencialmente, entendiéndose que, al ser un criterio naturalístico de relación causa-efecto, el mismo puede quedarse corto a la hora de englobar la totalidad de consideraciones que implica un proceso de imputación, por lo que se hace necesario, analizar el contenido de dicho nexo causal con un componente fáctico y un componente jurídico, los cuales deben ser satisfechos en la construcción del juicio de responsabilidad.

Luego se pasa a analizar el tercer elemento del juicio de responsabilidad, consistente en el **fundamento del deber de reparar**, en cuyo estudio debe determinarse si en la entidad demandada se encuentra el deber de reparar el daño que le fue imputado y de resultar ello cierto, bajo qué fundamento o régimen de responsabilidad ha de ser declarada administrativamente responsable.

Lo anterior, partiendo de lo dispuesto en el artículo 90 de la Constitución Política de Colombia, disposición que regula, dentro de nuestro ordenamiento jurídico, de manera general, la responsabilidad extracontractual del Estado, en los siguientes términos:

“Art. 90. El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le 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 daños, que haya sido consecuencia de la conducta dolosa o gravemente culposa de un agente suyo, aquél deberá repetir contra éste”.

En este sentido, el Consejo de Estado ha señalado que los elementos que sirven de fundamento a la responsabilidad son esencialmente el daño antijurídico y su imputación a la administración entendiendo por tal, el componente que *“permite*

¹ Por el tratadista Dr. JUAN CARLOS HENAO.



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

atribuir jurídicamente un daño a un sujeto determinado. En la responsabilidad del Estado, la imputación no se identifica con la causalidad material, pues la atribución de la responsabilidad puede darse también en razón de criterios normativos o jurídicos. Una vez se define que se está frente a una obligación que incumbe al Estado, se determina el título en razón del cual se atribuye el daño causado por el agente a la entidad a la cual pertenece, esto es, se define el factor de atribución (la falla del servicio, el riesgo creado, la igualdad de las personas frente a las cargas públicas). Atribuir el daño causado por un agente al servicio del Estado significa que éste se hace responsable de su reparación, pero esta atribución sólo es posible cuando el daño ha tenido vínculo con el servicio. Es decir, que las actuaciones de los funcionarios sólo comprometen el patrimonio de las entidades públicas cuando las mismas tienen algún nexo o vínculo con el servicio público”²

En consecuencia, respecto de las situaciones enunciadas en el acápite jurisprudencial transcrito, se tiene que el régimen bajo el cual se analizará la responsabilidad del Estado, en el caso concreto, será bajo el régimen de imputación de la falla del servicio.

Sobre la falla del servicio en la prestación del servicio médico, el Honorable Consejo de Estado, ha precisado que:

“...la responsabilidad por la deficiente o nula prestación del servicio médico también puede generar responsabilidad patrimonial al Estado, aunque no se cause un daño a la salud de los pacientes, cuando tales fallas constituyan en sí mismas la vulneración de otros de sus derechos o intereses jurídicos, como el de la prestación eficiente del servicio. La Sala, en jurisprudencia que se reitera, ha considerado que son imputables al Estado los daños sufridos por los pacientes a quienes no se brinde un servicio médico eficiente y oportuno, aunque no se acredite que esas fallas hubieran generado la agravación de las condiciones de su salud, es decir, que la falla en la prestación del servicio se confunde con el daño mismo (...). En síntesis, el Estado es patrimonialmente responsable de los daños que se deriven de la omisión en la prestación del servicio médico o de su prestación deficiente, cuando tales daños se producen como consecuencia de esa omisión o deficiencia, pero también es responsable del daño aún en eventos en los que no se demuestra esa relación causal, pero queda acreditado que la prestación asistencial no le fue brindada al paciente de manera diligente, utilizando todos los medios técnicos y científicos de los que deben disponer las entidades médicas estatales, de acuerdo a su nivel de complejidad, o no se remite oportunamente al paciente, a un centro de mayor nivel, porque esas fallas vulneran su derecho a la asistencia en salud.”³

Ahora, también la Alta Corporación de lo Contencioso Administrativo ha señalado la pérdida de oportunidad como una de las modalidades del daño a reparar⁴:

2.- La “pérdida de oportunidad” o “pérdida de chance” como modalidad del daño a reparar.

² Consejo de Estado; Sección Tercera; sentencia del 16 de septiembre de 1999; Exp.10922 C.P. Ricardo Hoyos Duque.

³ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de octubre 7 de 2000, exp. 35656.

⁴ Consejo de Estado Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de fecha 11 de agosto de 2010, Consejero ponente: MAURICIO FAJARDO GOMEZ, Radicación: 05001-23-26-000-1995-00082-01(18593)



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

(...)

En ese orden ideas, la pérdida de oportunidad o pérdida de chance alude a todos aquellos eventos en los cuales una persona se encontraba en situación de poder conseguir un provecho, de obtener una ganancia o beneficio o de evitar una pérdida, pero ello fue definitivamente impedido por el hecho de otro sujeto, acontecer o conducta éste que genera, por consiguiente, la incertidumbre de saber si el efecto beneficioso se habría producido, o no, pero que al mismo tiempo da lugar a la certeza consistente en que se ha cercenado de modo irreversible una expectativa o una probabilidad de ventaja patrimonial; dicha oportunidad perdida constituía, en sí misma, un interés jurídico que si bien no cabría catalogar como un auténtico derecho subjetivo, sin duda facultaba a quien lo ha visto salir de su patrimonio —material o inmaterial— para actuar en procura de o para esperar el acaecimiento del resultado que deseaba, razón por la cual la antijurídica frustración de esa probabilidad debe generar para el afectado el derecho a alcanzar el correspondiente resarcimiento.

La pérdida de oportunidad constituye, entonces, una particular modalidad de daño caracterizada porque en ella coexisten un elemento de certeza y otro de incertidumbre: la certeza de que en caso de no haber mediado el hecho dañino el damnificado habría conservado la esperanza de obtener en el futuro una ganancia o de evitar una pérdida para su patrimonio y la incertidumbre, definitiva ya, en torno de si habiéndose mantenido la situación fáctica y/o jurídica que constituía presupuesto de la oportunidad, realmente la ganancia se habría obtenido o la pérdida se hubiere evitado; expuesto de otro modo, a pesar de la situación de incertidumbre, hay en este tipo de daño algo actual, cierto e indiscutible consistente en la efectiva pérdida de la probabilidad de lograr un beneficio o de evitar un detrimento; no ofrece lugar a la menor hesitación que “esa oportunidad está definitivamente perdida, la situación es irreversible y la ‘carrera’ de concatenación causal y temporal hacia la ventaja se ha detenido de manera inmodificable. Hay un daño cierto sólo desde el punto de vista de la certeza de la probabilidad irremediablemente truncada. Esa probabilidad tenía un determinado valor, aunque difícil de justipreciar, que debe ser reparado.”

De manera reciente la enunciada Corporación⁵ precisó cuáles son los elementos que determinan la falla del servicio por pérdida de oportunidad:

“15.3. Falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado. En primer lugar, para determinar si se está en presencia de un daño de pérdida de oportunidad, es necesario establecer que, en efecto, el titular de la expectativa legítima se encontraba, para el momento en que ocurre el hecho dañino, en una situación de incertidumbre de recibir un beneficio o una ventaja esperada, o de evitar un perjuicio indeseado. La oportunidad debe encontrarse en un espacio caracterizado por no existir certeza de que su resultado habría beneficiado a su titular, pero tampoco en el que sólo exista la conjetura de una mera expectativa de realización o evitación. Si se tiene certeza sobre la materialización del resultado final, no es posible hablar del daño consistente en la pérdida de oportunidad sino de la privación de un beneficio cierto, o si se trata de una mera conjetura o ilusión, tampoco habría lugar a la configuración de una oportunidad por no tener la intensidad suficiente para convertirse en una probabilidad razonable de alcanzarse o evitarse. Así, el

⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección “B”, sentencia de 5 de abril de 2017, exp. 25.706, C.P. Ramiro Pazos Guerrero.



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

requisito de la “aleatoriedad” del resultado esperado tiene enormes incidencias en el plano de la indemnización, ya que si se trata de la infracción a un derecho cierto que iba a ingresar al patrimonio de la víctima o frente al cual se debía evitar un menoscabo, su indemnización sería total, mientras que si el truncamiento es solo respecto de la expectativa cierta y razonable de alcanzar o evitar un resultado final, la posibilidad truncada sería indemnizada en menor proporción⁶.

15.3.1. En ese orden de cosas, la falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado consistente en la obtención de un beneficio o la evitación de un perjuicio que se busca evitar es el primer elemento para proceder a estudiar los otros que se exigen para la configuración de la pérdida de oportunidad

15.4. **Certeza de la existencia de una oportunidad.** En segundo lugar se debe constatar que, en efecto, existía una oportunidad que se perdió. La expectativa legítima debe acreditar inequívocamente la existencia de “una esperanza en grado de probabilidad con certeza suficiente”⁷ de que de no haber ocurrido el evento dañoso, la víctima habría mantenido incólume la expectativa de obtener el beneficio o de evitar el detrimento correspondiente⁸.

IV. Análisis del caso concreto:

1. A la luz de los hechos debidamente probados, los fundamentos jurídicos enunciados y las argumentaciones de las partes, encuentra el Despacho que en el caso de autos, está debidamente acreditado el daño alegado por los demandantes,

⁶ [70] A propósito de la pertinencia de este elemento, la doctrina nacional ha señalado: “El requisito de la “aleatoriedad” del resultado esperado es el primer elemento que debe establecerse cuando se estudia un evento de pérdida de la oportunidad. Este requisito constituye un elemento *sine qua non* frente a este tipo de eventos, lo que explica que sea, tal vez, la única característica estudiada con cierta profundidad por la doctrina. // Para comenzar el estudio de este requisito es prudente comprender el significado del concepto “aleatorio”, el cual, según la definición dada en el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, se utiliza para referirse a algo que depende de un evento fortuito (...) Esta condición de la ocurrencia de eventos futuros es trasladada al campo de la pérdida de la oportunidad, campo en el que, como se ha indicado, la materialización del beneficio esperado es siempre incierta debido a que la misma pende para su configuración del acaecimiento de situaciones fortuitas, de un alea, que, como tal, no permite saber si lo esperado se va a producir o no. Es por ello que la persona efectivamente sólo tiene una esperanza en que dicha situación se produzca, para obtener así ese beneficio o evitar la pérdida. Incluso, para algunos autores, el alea es una característica de hecho de la noción de la pérdida de la oportunidad, de tal manera que la víctima debe estar en una posición donde sólo tiene unas esperanzas para obtener lo que buscaba. // Ahora bien, ese alea o evento fortuito del cual depende la ventaja esperada está representado en la verificación de múltiples factores que pueden llevar a la realización de esa esperanza. Así sucede en el caso de un enfermo que tiene una mera expectativa de recuperar su salud, lo cual no sólo va a depender de un tratamiento adecuado sino también de su respuesta al mismo, de su idiosincrasia, de un evento de la naturaleza, etc., motivo por el cual, y a pesar de que reciba un tratamiento adecuado, no se podrá afirmar con certeza si el resultado se habría o no conseguido (...). Debe, entonces, verificarse, en todos los eventos que se pretenda estudiar como supuestos de pérdida de pérdida de la oportunidad, si la ventaja esperada dependía de un evento fortuito, esto es, si pendía de un alea, pues en caso contrario no podrá seguirse con el estudio de los otros elementos de la figura, en atención a que no se tratará de un caso de pérdida de la oportunidad”: GIRALDO GÓMEZ, Luis Felipe *La Pérdida de la Oportunidad en la Responsabilidad Civil. Su Aplicación en el Campo de la Responsabilidad Civil Médica*, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 2011, pp. 55 y 60.

⁷ [71] TRIGO REPRESAS, Félix Alberto, *Pérdida de chance. Presupuestos. Determinación. Cuantificación*, Astrea, Buenos Aires, 2008, pp. 38-39. Citado por la sentencia del 11 de agosto de 2010 de la Sección Tercera de esta Corporación, rad. 18593, M.P. Mauricio Fajardo Gómez.

⁸ [72] “[L]a chance u oportunidad, es una posibilidad concreta que existe para obtener un beneficio. El incierto es el beneficio pero la posibilidad de intervenir es concreta, pues existe de forma indiscutible. Por eso sostenemos que existe daño jurídicamente indemnizable cuando se impide esa oportunidad o esa chance: se presenta el daño... Las dificultades pueden presentarse en la evaluación, porque lógicamente ésta no puede ser la del beneficio que posiblemente se habría obtenido sino otra muy distinta”: MARTÍNEZ RAVÉ, Gilberto y MARTÍNEZ TAMAYO, Catalina, *Responsabilidad civil extracontractual*, Temis, Bogotá, 2003, p. 260. Por otra parte Trigo Represas señala que “[E]n efecto, si la chance aparece no sólo como posible, sino como de muy probable y de efectiva ocurrencia, de no darse el hecho dañoso, entonces sí constituye un supuesto de daño resarcible, debiendo ser cuantificada en cuanto a la posibilidad de su realización y no al monto total reclamado. // La pérdida de chance es, pues, un daño cierto en grado de probabilidad; tal probabilidad es cierta y es lo que, por lo tanto, se indemniza (...) cuando implica una probabilidad suficiente de beneficio económico que resulta frustrada por el responsable, pudiendo valorársela en sí misma con prescindencia del resultado final incierto, en su intrínseco valor económico de probabilidad”: TRIGO REPRESAS, Félix Alberto, *Pérdida de chance*, cit., p. 263. Citado por la sentencia del 11 de agosto de 2010 de la Sección Tercera de esta Corporación, rad. 18593, M.P. Mauricio Fajardo Gómez.



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

consistente en la muerte de la niña MARIA CHAVELY GONZALEZ MARIN, ocurrida el día 23 de septiembre de 2009, conforme se desprende del registro civil de defunción y de la lectura de la historia clínica.

Dicho lo anterior, se procede a establecer si le es o no imputable a las entidades demandadas a título de falla en el servicio, el daño sufrido por los demandantes.

En este orden, la parte actora considera que el daño le es atribuible a las demandadas, al considerar que hubo una cadena de errores, configurada por la falta de practica de exámenes necesarios y suficientes para diagnosticar adecuadamente el estado de salud de la menor, como también por la ausencia de un tratamiento correcto, inexistencia de equipos, falta de especialistas, deficiencia en el número y especialidad del personal médico y asistencial y por la omisión de la remisión de la infante hacia una unidad de cuidados intensivos pediátrica.

De acuerdo a lo anterior, y en relación con los hechos que dieron lugar a la demanda, del acervo probatorio se tiene que la menor María Chavely ingresó al servicio de urgencias del Hospital Departamental de Villavicencio, el 27 de agosto de 2009, por presentar síntomas de fiebre, tos y emesis; como antecedentes se registraron, que la infante presentaba secuelas de meningitis que padeció a los 3 años de edad, epilepsia focal, que estaba siendo tratada con ácido valproico y una nefropatía interrogada desde hacía 18 meses, manejada con ampicilina; igualmente se anotó que la paciente se encontraba en regular estado general, se le diagnosticó epilepsia focal sintomática en tratamiento, síndrome febril, nefropatía interrogada y neumonía Vs cuerpo extraño y dificultad respiratoria secundario a tos; por lo que se ordenó se le suministrara ácido valproico y dipirona y a su vez que se le practicara los exámenes de rayos x de tórax, laboratorios y valoración por pediatría; a las 16:46 fue examinada por el pediatra, quien dispuso continuar con el mismo tratamiento médico, mientras se conocía el reporte de paraclínicos; en horas de la noche, anotó el pediatra que los resultados de rayos x reportaron *neumonía amplia en pulmón derecho y folor (sic) difusos en pulmón izquierdo*, por lo que dispuso el suministro de penicilina, salbutamol, terapia respiratoria, entre otros.

Al día siguiente, el pediatra consignó en el historial médico que la paciente presentaba una evolución satisfactoria, sin presencia de cuadro febril, horas más tarde, se consignó que la menor padecía una neumonía multilobar y que presentaba mejoría de la dificultad respiratoria; posteriormente el 29 de agosto continuó con el mismo tratamiento.

El 30 de agosto el médico tratante, escribió que la niña se encontraba estable, mismo día en que la terapeuta respiratoria, registró que estaba en regulares condiciones generales pero sin signos de dificultad respiratoria; luego, al siguiente día, se continuó con el mismo tratamiento.

El 1 de septiembre la infante fue valorada por el neuro pediatra, quien ordenó manejo por consulta externa; así mismo, se mira que la menor fue examinada por



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

el pediatra, quien ordenó continuar con el mismo tratamiento; al siguiente día, el especialista indicó que el examen de rayos x de tórax mostraba opacidad casi en la totalidad del hemotorax derecho, seguidamente consignó que ante la gravedad del cuadro clínico presentado en relación con el inicial, aunado a la persistencia de picos febriles y el deterioro radiológico, se decidió cambiar el esquema de antibiótico por oxacilina, ordenando además, una ecografía pleural a efectos de descartar un derrame pleural; así, se evidencia que ese mismo día a las 13:50 realizados los análisis en mención, los resultados indicaron que no existía derrame pleural, pero que sí había extensa consolidación neumonía del pulmón derecho.

El 3 de septiembre el pediatra apuntó que la paciente presentaba regular evolución clínica del cuadro de bronconeumonía frente al 1er esquema terapéutico practicado, disponiendo que en 40 horas lo reevaluaría; al día siguiente, se registró que la niña continuaba en regular estado general, presentando esfuerzo respiratorio y edema generalizado, por lo que se requirió la práctica del examen de rayos x de tórax de control. En horas de la tarde, el galeno especialista consideró la posibilidad de emitir diagnóstico de dengue, pues aunque los índices de infección habían mejorado, no había respuesta positiva con la tromboalopenia, por lo que se decidió continuar con el esquema antibiótico, indicando que sí al día siguiente continuaba la menor presentando picos febriles, se consideraría iniciar la 3ra línea de antibiótico.

El 5 de septiembre el pediatra registró que la pequeña presentaba una trombocitopenia severa, por lo que consideró su traslado a la unidad de cuidados intensivos pediátricos por presentar sepsis; al día siguiente la niña fue valorada por la especialidad de hematología pediátrica, indicando que se encontraba en tratamiento con antibiótico vancomicina –cetepime de amplio espectro, con datos clínicos de sepsis, mencionando que el examen de rayos x de tórax, mostraba una neumonía multilobar, por lo que ordenó se le practicara examen de mielograma y una biopsia de medula ósea.

El 7 de septiembre, fue examinada por el servicio de pediatría, registrando en el historial médico que esta presentaba una evolución tórpida, con recuento de plaquetas de 4000, razón por la que se ordenó transfusión de las mismas, exámenes de hemocultivo, urocultivo, antibiograma e hisopoas y frotis periférico; seguidamente, el día 8 de ese mes, la paciente fue valorada por el pediatra quien mencionó que no había presentado picos febriles y que las plaquetas habían aumentado a 19.000, sin hallar signos de dificultad respiratoria.

El 9 de septiembre, el médico tratante dispuso el traslado de la menor a la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrica, al observar un deterioro progresivo de su estado de salud, como consecuencia de los picos febriles, del deterioro radiológico y el compromiso hematológico y multisistémico; al día siguiente, estando pendiente aún el traslado de la menor a la UCIP, la hematóloga le diagnosticó, conforme a los resultados del leuco grama, una leuplasia celular y medula ósea con hipoplasia celular negativa a infiltración tumoral, destacando que la paciente se encontraba en mal estado general con síntomas de sepsis, pese a que la infante ya estaba siendo tratada con antibiótico.



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

El 11 de septiembre se evidencia que persistía con el mismo cuadro clínico, sin dificultad respiratoria, por lo que al ser revisada por el pediatra, este mantuvo el manejo indicado para la misma. Al siguiente día la menor presentó dificultad respiratoria severa, con trastorno en la oxigenación severo, razón por la que fue trasladada al área de reanimación, practicándosele una intubación orotraqueal y seguidamente fue llevada a la Unidad de Cuidados Intensivos adultos de la misma entidad hospitalaria.

Al día siguiente se anotó en el historial médico que la paciente fue remitida a la unidad de cuidados intensivos pediátrica, pero que Cajacopi no tenía convenio en el Departamento con UCIP, por lo que se hizo mención expresa por el médico tratante era responsabilidad de Cajacopi, toda vez que era la encargada de resolver la remisión de la niña; a continuación, anotó que la enferma ya tenía cama confirmada en el Hospital Simón Bolívar en la ciudad de Bogotá, pero que el traslado no se había podido efectuar debido a la falta de una ambulancia medicalizada con ventilador de transporte adecuado para su diagnóstico.

El 14 de septiembre de 2009, la afectada continuó en estado crítico, sin embargo se registró que presentaba mejoría respecto de la infección, así mismo que Cajacopi había enviado una ambulancia medicalizada con ventilador, pero que no se pudo ajustar a los parámetros que necesitaba la menor; al siguiente día continuó en iguales condiciones, se le practicó rayos x de tórax, el cual arrojó que la convaleciente presentaba signos de SDRA y compromiso extenso y severo; el 16 de septiembre presentó falla orgánica multisistémica y el 17 del mismo mes fue trasladada a la unidad de cuidados intensivos pediátrica de la clínica Monterrey de la ciudad de Bogotá.

Al momento del ingreso de María Chavely a la UCIP de la Clínica Monterrey, se registró que esta presentaba malas condiciones generales y ventilatoria, sepsis y neumonía multilobar; el 18 de septiembre se enunció en su historia clínica, que estaban pendientes los resultados del estudio de influenza A(H1N1), tomados en el Hospital Departamental de Villavicencio; así mismo, que se encontraba críticamente enferma, con septicemia, SDRA, falla ventilatoria, anasarca e inestable tanto a nivel hemodinámico como respiratorio.

Posteriormente, el 19 de septiembre se mencionó que mostraba sepsis de origen pulmonar; al siguiente día, reveló leve mejoría pero persistencia del trastorno de la oxigenación, con alto riesgo de muerte; luego, el 21 de septiembre, el padre de la menor se comunicó vía telefónica con dicho centro hospitalario, para informar que el estudio de A H1N1 había salido negativo, no obstante, al no tener dicho reporte por escrito, el galeno de la Clínica Monterrey lo solicitó en debida forma al Hospital Departamental de Villavicencio. El 22 de septiembre, la menor no presentó cambios significativos y el 23 de septiembre, falleció como consecuencia de falla múltiple en órganos, shock séptico refractatorio de origen pulmonar, síndrome de dificultad respiratoria, neumonía multifocal y sospecha de AH1N1.



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

Al mismo tenor, con el informe rendido por la Universidad Nacional, se logró establecer que la atención brindada a la menor María Chavely Gonzalez Marin, en el Hospital Departamental fue adecuada y oportuna, siguiendo las guías establecidas para tal fin, es decir, que recibió el manejo y atención por pediatría durante los días que permaneció hospitalizada; agregó que la misma fue valorada por neurología y hematología pediátrica y se le brindó terapia física y respiratoria de manera integral, conforme a la patología presentada por la paciente. Advirtió que pese a que la menor no fue ingresada a la unidad de cuidados intensivos pediátrica, tal y como se ordenó el 9 de septiembre de 2009, se permitió el acceso y seguidamente la continuación del manejo clínico en un sitio de alta tecnología como lo es la unidad de cuidados intensivos de adultos.

Considera que la paciente pudo haber cursado un cuadro clínico de influenza severa, dados los signos de dificultad respiratoria y la neumonía que presentó; al respecto, indicó que se ofreció un tratamiento de forma oportuna según las guías establecidas por la organización mundial de la salud y las del Ministerio de Salud, pues para dicha patología, a la menor se le suministro oseltamivir, tan pronto existió la sospecha de H1N1 por el término de cinco días y luego se inició un segundo ciclo del tratamiento, tal y como el protocolo lo indica.

Añadió que a la paciente se le practicaron los cultivos requeridos según la patología evolutiva de la menor y se le suministraron los esquemas de antibiótico para tratar la neumonía adquirida en comunidad. Por último, sostuvo que a la infante se le realizaron exámenes de hemocultivo, cultivo traqueal y mielocultivo, cuyos resultados fueron negativos.

Así las cosas, se puede establecer con la historia clínica y el dictamen pericial, que desde el ingreso de la menor al servicio de urgencias del Hospital Departamental de Villavicencio y durante su hospitalización, es decir, desde el 27 de agosto hasta el 17 de septiembre de 2009, fecha en la que se logró su traslado a una UCI pediátrica, la atención fue oportuna, adecuada e integral, pues, se observó que se le practicaron los exámenes de laboratorio requeridos por los médicos tratantes, tales como hemocultivos, cuadros hemáticos, entre otros, y así mismo de imágenes diagnósticas a fin de emitir un diagnóstico adecuado para los diversos padecimientos sufridos por la niña María Chavely, no habiéndose acreditado por la parte actora, la falta de exámenes para la definición de su padecimiento o que los practicados no hubiesen sido los requeridos para ello, de lo que se concluye que no tiene vocación de prosperidad el primer argumento invocado en la demanda para atribuirle responsabilidad a las accionadas.

En lo atinente al segundo reparo formulado por los demandantes, referente a la falta de un tratamiento correcto, considera el Despacho que desde el primer momento en que se le diagnosticó a la infante neumonía multilobar adquirida en comunidad, fue tratada con los antibióticos requeridos, incluso con aquellos de tercera generación, los que si bien se suministraron en aras de contrarrestar los efectos de la infección que la aquejaba no surtieron el efecto esperado dada la complejidad del



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

proceso infeccioso que estaba cursando, como también las múltiples afecciones de salud que la aquejaban y que se desarrollaban a la par de la enfermedad principal, lo que hacía aún más difícil lograr su mejoría, de lo que se desprende que no es posible endilgarle responsabilidad a las demandadas en cuanto se advierte que el tratamiento instaurado fue correlativo a los padecimientos sufridos por la menor.

Ahora bien, frente a la acusación de ausencia de equipos y de especialistas, se acreditó dentro del plenario que la menor fue atendida por especialistas en pediatría, neuro pediatría, hematología, terapia respiratoria y física, médicos cirujanos y medicina general, igualmente que para la emisión de los correspondientes dictámenes por estas especialidades se hizo uso de los equipo médicos requeridos para el efectos, por lo que se concluye que el reparo no tienen sustento probatorio. Finalmente, en este punto del análisis, en lo relacionado con la omisión de remisión alegada por la parte actora, es importante precisar, que si bien hubo demora en el traslado de la paciente a una UCI pediatría, dado que esta fue ordenada desde el 9 de septiembre 2009, lográndose solo hasta el 17 del mismo mes y año; no es menos cierto, que durante este mismo periodo, se le brindó la oportunidad de ingresar a la UCI de adultos, lugar donde se continuó con el tratamiento y manejo requerido para su padecimiento, el cual fue adecuado conforme se acreditó con el dictamen pericial, por lo que se concluye que la tardanza en la remisión de la menor, no influyó en la causación del daño.

En consecuencia, al haberse probado que a la niña María Chavely González Marín, se le brindó un tratamiento adecuado y oportuno para las múltiples afecciones que cursó, actuando en ello el personal médico especializado con el que contaba la institución, amén de habersele practicado las pruebas requeridas para consolidar el diagnóstico que aunque fue acertado, el tratamiento establecido no respondió como se esperaba, de lo que se concluye que no hay lugar a declarar la responsabilidad que se endilga a las demandadas CAJACOPI E.P.S.S. y al HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO ESE, por lo que se negarán las pretensiones de la demanda. Así las cosas, la respuesta al primer problema jurídico planteado es negativa, siendo imposible continuar con el estudio de los demás interrogantes jurídicos.

CONDENA EN COSTAS

En consideración a que no se evidenció temeridad, ni mala fe en la actuación procesal de las partes, este Despacho se abstendrá de condenar en costas, de conformidad con lo establecido en el artículo 171 del C.C.A., modificado por el artículo 55, de la Ley 446 de 1998.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Noveno Administrativo del Circuito de Villavicencio, administrando Justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

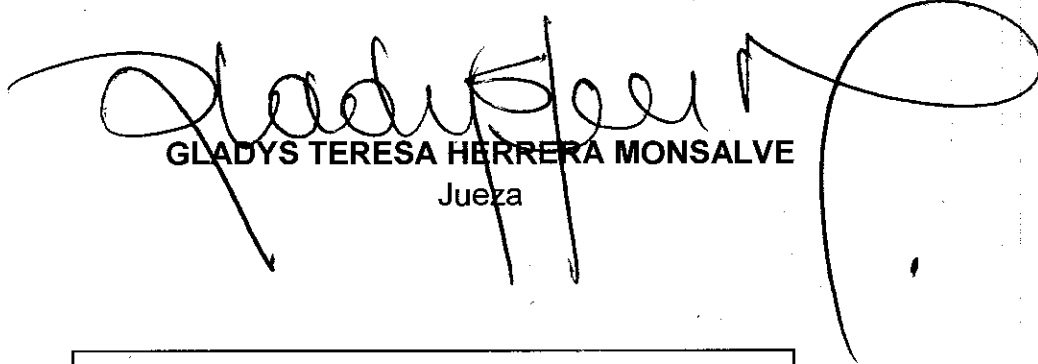
RESUELVE:

PRIMERO. Negar las pretensiones de la demanda, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva del presente proveído

SEGUNDO. No condenar en costas. Por Secretaría, liquidense los gastos del proceso, en caso existir remanentes de lo consignado para gastos del proceso, le serán reembolsados a la parte demandante.

TERCERO. Una vez ejecutoriado este fallo, archivar el expediente, previas las anotaciones de rigor.

NOTIFÍQUESE Y CÚPLASE,



GLADYS TERESA HERRERA MONSALVE
Jueza



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

NOTIFICACIÓN

En Villavicencio, a los _____ se NOTIFICA PERSONALMENTE la providencia de fecha **30 DE SEPTIEMBRE DE 2019** a la Agente del Ministerio Público, Dra. ADRIANA DEL PILAR GUTIERREZ HERNÁNDEZ, en su calidad de Procuradora 94 Delegada Judicial I Administrativa.

ADRIANA DEL PILAR GUTIERREZ HERNÁNDEZ
Procuradora 94 Delegada Judicial I Administrativa

ROSA ELENA VIDAL GONZALEZ
Secretaria



Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO EDICTO.

LA SUSCRITA SECRETARIA DEL JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL
CIRCUITO DE VILLAVICENCIO META.

NOTIFICA A LAS PARTES.

PROCESO NO: 50001 33 31 002 2011 00315 00

JUEZ: GLADYS TERESA HERRERA MONSALVE.

NATURALEZA: REPARACIÓN DIRECTA

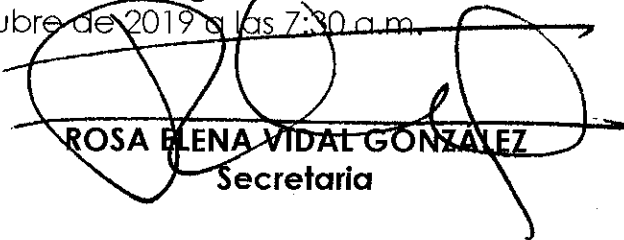
DEMANDANTE: ENRIQUE GONZÁLEZ DELGADO Y OTROS

DEMANDADO: E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO
Y OTROS.

PROVEÍDO: TREINTA (30) DE SEPTIEMBRE DE 2019

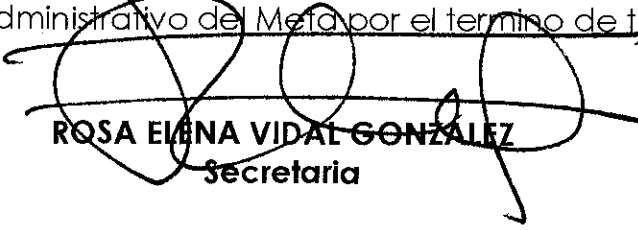
INSTANCIA: PRIMERA INSTANCIA.

Para notificar a las partes la anterior providencia y en cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 323 del C.P.C, se fija el presente edicto en un lugar visible de la Secretaria del Juzgado Noveno Administrativo del Meta, hoy cuatro (04) de octubre de 2019 a las 7:30 a.m.


ROSA ELENA VIDAL GONZALEZ
Secretaria

DESEFIJACION

08/10/2019- siendo las 5:00 P.M, se desfija el presente edicto después de haber permanecido fijado en un lugar visible de la la Secretaria del Juzgado Noveno Administrativo del Meta por el termino de tres días.


ROSA ELENA VIDAL GONZALEZ
Secretaria