Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

**JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO**

Villavicencio, dieciséis (16) de septiembre de dos mil diecinueve (2019)

| | | |
|---|---|---|
| ***RADICACIÓN*** | : | ***50001 33 31 706 2012 00004 00*** |
| ***DEMANDANTE*** | : | ***FLOR ALBA BARRETO DE LEÓN Y OTROS*** |
| ***DEMANDADO*** | : | ***HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E*** |
| ***ACCIÓN*** | : | ***REPARACIÓN DIRECTA*** |

## ANTECEDENTES

A través de apoderado, los señores Flor Alba Barreto de León, José Humberto León Barreto, Ana Lucía León Barreto, Martha León Barreto, María Emma León Barreto, Luis Francisco León Rodríguez, Gilberto León Rodríguez, María Aminta León Rodríguez y Manuel Antonio León Puentes instauraron demanda de reparación directa en contra del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., con el fin de obtener la reparación de los perjuicios causados, como consecuencia de la falla del servicio médico asistencial derivada de la negligente, indebida e inoportuna atención médica dada al señor Belisario León Puentes, desde el mes de octubre de 2009, especialmente el día 09 de diciembre de ese mismo año, situación que le generó la muerte el 15 de julio de 2011, para lo cual solicitaron se despachen favorablemente las siguientes,

### I. Pretensiones.

*«**PRIMERO.** Se declare que **EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.**, es administrativamente responsable de la totalidad de perjuicios materiales e inmateriales causados a los demandantes con las injusta (sic) lesiones con secuelas permanentes ocasionadas al señor BELISARIO LEÓN PUENTES por la negligente, indebida e inoportuna atención desde el mes de octubre de 2009 y especialmente por los hechos ocurridos el día 9 de diciembre de 2009, en las instalaciones del Hospital Departamental de Villavicencio Meta, E.S.E., cuando cursaba proceso de recuperación de una Cirugía y mientras se encontraba al cuidado y vigilancia de servidores del centro Hospitalario, lo dejan caer violentamente al piso, ocasionándole un grave trauma en la cabeza, que lo dejó en estado de inconsciencia irreversible y este hecho le produjo su fallecimiento el día 5 de julio de 2011; y por los demás aspectos y pruebas que se relacionan en esta demanda.*

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

***2.1. PERJUICIOS MATERIALES:** Que deben reconocerse por lo menos en cuantía de seiscientos cincuenta y siete millones de pesos mcte., a favor de la señora FLOR ALBA BARRETO o a quien acredite igual o mejor derecho, por los siguientes conceptos.*

***2.1.1. Lucro cesante.** A la fecha de presentación de este escrito, estimo los perjuicios materiales, en calidad de lucro cesante (por la perdida (sic) del sostenimiento económico) ocasionados a la señora FLOR ALBA BARRETO*

*quien dependía de su cónyuge, injustamente lesionado y ahora fallecido, BELISARIO LEON PUENTES; y/o quien acredite igual o mejor derecho, en una suma superior a $634.275.399, teniendo en cuenta que el señor BELISARIO LEÓN PUENTES era un reconocido agricultor y ganadero quien devengaba en esas actividades ingresos mensuales bastante significativos, que superaban los 10 SMMLV, que dedicaba (bajo las reglas establecidas por el Consejo de Estado), en un 50% a su personal sostenimiento; y el 50% restante lo destinaba a su cónyuge.*

*Para efectos de la liquidación de los perjuicios materiales por lucro cesante derivado de la pérdida de la ayuda económica que recibía de su cónyuge, solicito sean tenidos en cuenta los siguientes elementos:*

1. *Edad de la víctima al momento de los hechos (nacido el 25 de octubre de 1940, lesionado el 9 de diciembre de 2009 y fallecido el 5 de julio de 2011), es decir 69 años. Y para el caso que nos ocupa la edad de la Compañera permanente que era de menor edad de la víctima.*

2. *Término de vida probable de la víctima, y especialmente de su compañera permanente que conforme a las tablas de mortalidad adoptadas legalmente por la Superintendencia Financiera de Colombia, corresponden para una mujer de 59 años de edad una expectativa de vida de 27,9 años.*

3. *Variación mensual y anual del índice de precios al consumidor entre el mes de diciembre de 2.009 y la fecha de la conciliación o su aprobación, según certificación expedida por el DANE.*

4. *Los criterios de distribución del ingreso y la fórmula de matemáticas financieras aceptada por el H. Consejo de Estado para la liquidación de los perjuicios materiales, consolidados y futuros.*

***2.1.2. Daño emergente.***

***2.1.2.1. Daño emergente causado por gastos funerarios.*** *A favor de la señor FLOR ALBA BARRETO, por lo menos la suma de ocho millones de pesos moneda corriente, considerando que ella sufragó los gastos que demandó el servicio funerario de BELISARIO LEÓN PUENTES.*

***2.1.2.2.*** *Por todos los gastos que debió sufragar como consecuencia de las lesiones de su cónyuge que lo dejaron en estado de inconciencia (sic) como son el pago de una enfermera, medicamentos, atenciones, transportes y otros valores relacionados, desde la fecha de los hechos hasta el día de su fallecimiento. Gastos que ascienden, por lo menos, a la suma de quince millones de pesos moneda corriente.*

***2.2. PERJUICIOS INMATERIALES:***

***2.2.1. MORALES:***

*Por concepto de perjuicios morales,* ***FLOR ALBA BARRETO, JOSE HUMBERTO LEON BARRETO, ANA LUCIA LEON BARRETO, MARTHA LEON BARRETO, MARÍA EMMA LEON BARRETO, LUIS FRANCISCO LEON RODRÍGUEZ, GILBERTO LEON RODRIGUEZ, MARÍA AMINTA LEON RODRIGUEZ y MANUEL ANTONIO LEON PUENTES****; 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 proceso o el correspondiente acuerdo conciliatorio, si fuere el caso.*

***Subsidiariamente** deberán recibir de cada uno de los actores mencionados, el equivalente en pesos, a por lo menor, 2.000 gramos de oro fino, al precio de venta más alto de este metal a la fecha en que se verifique el pago de la sentencia o conciliación, según certificación del Banco de la República.*

*En cualquier caso se solicita la forma que sea más favorable para mis representados al momento de la conciliación o sentencia.*

***TERCERO. EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO, E.S.E.,** o la entidad obligada al pago, 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 os actores los intereses comerciales o moratorios a que haya lugar.»*

## II. Hechos.

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

2.1. Indicó que el señor Belisario León Puentes unió su vida con la señora Flor Alba Barreto y procrearon a sus hijos José Humberto León Barreto, María Eulalia León Barreto, Ana Lucía León Barreto, Martha Yaneth León Barreto, María Emma León Barreto y Carmenza León Barreto.

2.2. Señaló que el señor Belisario León Puentes, procreó a Luis Francisco León Rodríguez, Gilberto León Rodríguez, María Aminta León Rodríguez y Álvaro León Rodríguez.

2.3. Expresó que el señor Belisario León Puentes, nació el día 25 de octubre de 1940 y pese a su edad, era una persona trabajadora y activa, dedicado a las labores de la agricultura y ganadería, con buen estado de salud y excelente condición física; el cual devengaba un sueldo de por lo menos $5'000.000, que dedicaba al sostenimiento de su esposa y a la atención de sus propias necesidades.

2.4. Afirmó que el señor Belisario León Puentes, acudió en el mes de octubre de 2009 al Hospital Departamental de Villavicencio, con el fin de que se le diera tratamiento relacionado con un pulmón, el cual se afectó como consecuencia de un golpe, comenzando allí los padecimientos de la familia, puesto que no le proporcionaban una atención oportuna, que posteriormente terminó con la pérdida de dicho órgano en una cirugía.

2.5. Indicó que una vez superada la cirugía, le informaron a la familia que pasaran con todo listo para darle salida el día 9 de diciembre de ese año a las 10:00 a.m. Que ese día la familia a tempranas horas, recibió una llamada del Hospital, informándoles que el paciente había sufrido una caída y que se encontraba inconsciente en la Unidad de cuidados intensivos, debido al golpe que había

recibido en la cabeza y con riesgo de perder la vida, situación que generó una nueva intervención quirúrgicamente, en la que le retiraron parte del cráneo, dejándole sin hueso parte de la cabeza; aludiendo que debido al retardo en la prestación del tratamiento que requería, quedó en estado vegetativo hasta el día de su fallecimiento, el 5 de julio de 2011.

2.6. Apuntó que la responsabilidad de la entidad demandada es evidente, en la medida en que el señor Belisario León Puentes, luego de haber ingresado a la referida institución hospitalaria, no se le practicaron los exámenes necesarios y suficientes para diagnosticar adecuadamente su estado de salud; tampoco se le brindó el cuidado preciso, por parte del personal adscrito a la entidad demandada que lo dejó caer violentamente al piso, causándoles fractura de cráneo, generándole un deterioro irreversible a nivel cerebral, por lo cual fue conducido a la unidad de cuidados intensivos; trasgrediendo así los principios de oportunidad y eficiencia contenidos en la Ley 100 de 1993.

2.7. Anotó que el Hospital demandado, incurrió en un conjunto de fallas que determinaron un inadecuado procedimiento que impidieron atacar en forma eficaz la dolencia del señor León Puentes, tales como no haber efectuado de manera adecuada los procedimientos quirúrgicos, uno para evitar la extracción de parte del pulmón; y el otro, en el cráneo, ésta debido a que lo dejaron caer en varias oportunidades, tal como se registró en la historia clínica: *«sufre caída de una silla»*, *«paciente quien presenta caída de su propia altura»* y *«pte tuvo una caída de la cama»*.

2.8. Dijo que esa cadena de fallas en la prestación del servicio médico, asistencial y hospitalario, que parte de un diagnóstico inadecuado, tratamiento inoportuno y no adecuado, ausencia de equipos y laboratorio suficientes para el diagnóstico, deficiencia en el número y especialidad del personal médico y asistencial, la omisión de remisión a un nivel de mayor complejidad y la deficiente e inexistente supervisión del señor León, durante su recuperación y posterior fallecimiento, produjo un perjuicio antijurídico a los demandantes, el cual considera deber ser reparado de manera integral, al producirse una clara falla del servicio.

2.8. Adicionó que para la época de los hechos, se presentaron graves circunstancias que determinaron deficiencias en los servicios, conforme la ley y los reglamentos, dado que no cumplían con los estándares de habilitación, acreditación y certificación, éstos que si se hubieran cumplido, le hubiesen permitido al señor Belisario León Puentes, con toda seguridad, haber superado su patología sin novedad.

**III. Fundamentos de derecho.**

El apoderado de la parte actora invocó como sustento de las pretensiones, lo normado en los artículos 2, 5, 6, 11, 42, 44, 90, 94 y 311 de la Constitución Nacional; 86 y 206 del C.C.A.; 1613 a 1617, 2341 y siguientes del Código Civil.

Señaló que la entidad accionada incurrió en falla del servicio médico asistencial, pues afirmó que luego de habérsele practicado una serie de actuaciones al señor Belisario León Puentes, éstas no resultaron adecuadas ni suficientes, situación que resultó afectándole parte del pulmón y posteriormente, cuando se encontraba en recuperación, lo dejan caer generándole una lesión cerebral, dejándolo en un estado de inconsciencia permanente e irreversible y posterior muerte.

Por lo anterior, concluyó que la parte demandada, incumplió la obligación legal de prestar un servicio de salud eficiente, oportuno y eficaz, lo que generó las fallas presentadas, determinadas en la falta de tratamiento médico y el descuido del personal adscrito al ente hospitalario.

**IV. Actuación procesal.**

La demanda fue presentada en la Oficina Judicial de Villavicencio el día 19 de diciembre de 2011 (fl. 53 C.1), correspondiéndole al Despacho 001 del Tribunal Administrativo del Meta, éste que mediante proveído del 4 de junio de 2012, dispuso su remisión a la Oficina Judicial de Villavicencio, para que fuera repartida entre los Juzgados Administrativos del Circuito de Villavicencio (fls. 56-57 C.1), siendo asignado su conocimiento al Juzgado Sexto Administrativo de Descongestión del Circuito de Villavicencio, el día 07 de julio de ese año (fl. 59 C.1).

Por auto del 15 de noviembre de 2012 el Juzgado en mención dispuso la admisión de la demanda (fls. 62-63 C.1), decisión que fue notificada personalmente al Ministerio Público el día 30 de abril de 2013 (reverso fl.63 C.1) y al Hospital Departamental de Villavicencio el día 02 de abril del mismo año (fl. 70). Posteriormente, el asunto se fijó en lista por el término de 10 días desde el 28 de mayo al 12 de junio de ese mismo año (fl. 74 C.1), término dentro del cual la accionada contestó la demanda, el día 12 de junio de mencionado año (fls. 75-77 C.)

Seguidamente, en proveído del 27 de junio de 2013 se tuvo por contestada la demanda y se abrió a pruebas el proceso (fls. 134-135 C.1).

En cumplimiento del Acuerdo No. CSJMA15-398 de 2015, el asunto fue distribuido al Juzgado Octavo Administrativo Mixto del Circuito de Villavicencio (fl. 352 C.2), el que mediante proveído del 05 de febrero de 2016, dispuso su instrucción (fl. 359 C.2). Luego mediante Acuerdo CSJMEA 17-883 del 14 de julio de 2017 proferido por la Sala Administrativa del Consejo Seccional de la Judicatura del Meta, el proceso fue redistribuido a este Juzgado, el que mediante auto del 21 de septiembre de 2017 avocó conocimiento y resolvió petición elevada por la parte actora (fl. 379 C.2).

Concluida la etapa de pruebas, mediante auto del 16 de octubre de 2018, se ordenó correr traslado de alegatos de conclusión a las partes y al Ministerio Público por el

término de 10 días (fl. 411 C.2), decisión que fue objeto del recurso de reposición presentado por el apoderado de la parte demandante, el cual mediante proveído de fecha 10 de mayo de 2019, fue rechazado por improcedente (fl. 416 C.2); y finalmente el 29 de mayo de 2019, ingresó para fallo (fl. 420 C.2).

**V. Contestación de la demanda.**

El Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., mediante apoderado contestó la demanda (fls. 75-77 C.1) oponiéndose a sus pretensiones por carecer de fundamentos de hecho y de derecho. Respecto a los hechos, consideró no constarle y atenerse a lo que resultare probado frente a los enunciados en los numerales 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6° y 8°; como enunciados fácticos soportados en suposiciones el 7°; y en relación con los numéricos 9° y 10°, manifestó que no son ciertos.

Interpuso como excepciones: ***i)*** hecho exclusivo de la víctima; comoquiera que según lo prescrito en la historia clínica, la caída de la víctima se produjo de su propia altura; ***ii)*** la genérica.

En lo relacionado con los fundamentos fácticos y jurídicos de defensa, afirmó que el personal asistencial del Hospital Departamental de Villavicencio, cumplió con la diligencia y el cuidado debido en la atención al paciente desde el mismo instante de su ingreso al Hospital, esto es, se practicó el procedimiento médico adecuado.

Indicó que en la demanda se echa de menos el lleno de los requisitos que conforman el título jurídico subjetivo de imputación: i) la conducta activa y omisiva, jurídicamente imputable al Hospital Departamental de Villavicencio; y ii) la relación o nexo causal del daño, el cual no se encuentra probado.

**VI. Alegatos de conclusión.**

6.1. La parte actora, alegó extemporáneamente.
6.2. La entidad demandada, indicó que no se encuentran acreditados los elementos de la falla del servicio y el presunto daño y que por el contrario el dictamen pericial, dejó claro la no existencia de relación de causalidad entre la caída del paciente y su deceso.
6.3. El Ministerio Público, no rindió concepto.

## CONSIDERACIONES

Siendo competente este Despacho para conocer en virtud de lo dispuesto en el numeral 6° 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 de fondo el asunto objeto de controversia, en consideración a que la excepción propuesta guarda relación con el mismo.

## JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

### 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 del Hospital demandado por la falla del servicio médico y médico asistencial, derivada de: i) Error en el diagnóstico por falta de la práctica de exámenes necesarios para establecer el tratamiento a seguir; ii) Retardo, omisión e indebida actuación médico asistencial, tanto en el padecimiento inicial, como en el cuidado posterior a la cirugía de pulmón. Lo anterior en relación con el paciente Belisario León Puentes, en hechos acaecidos desde el mes de octubre de 2009, especialmente el día 9 de diciembre de ese mismo año, que se aduce condujeron a su deceso el 5 de julio de 2011.

En tanto, que el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., en su condición de demandado, argumentó que no se probó la existencia de una falla del servicio, en razón a que se le suministró al señor Belisario León Puentes, la atención y el cuidado necesario desde el instante en que ingresó al Hospital, considerando que se configura la causal de culpa exclusiva de la víctima.

En este orden de ideas, el Despacho procederá al planteamiento de los problemas jurídicos, tal y como se enuncian a continuación:

1. Es el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., administrativamente responsable por los daños reclamados por la parte demandante, como consecuencia de la falla del servicio en la prestación del servicio médico y asistencial, representada en el error en el diagnóstico, la negligencia, indebida e inoportuna atención médica, y la falta de cuidado y vigilancia, desde el mes de octubre de 2009, especialmente por los hechos ocurridos el 9 de diciembre de ese año, que condujeron a la muerte del señor Belisario León Puentes?

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

2. ¿Está obligada la entidad demandada a reparar los perjuicios reclamados por los accionantes, conforme a lo pretendido en la demanda?

### II. Hechos probados.

Para desatar los planteamientos esbozados en los problemas jurídicos planteados, se tendrán en cuenta la siguiente situación fáctica:

2.1. Se encuentra acreditado en el plenario, que la señora Flor Alba Barreto de León era la esposa de la víctima directa Belisario León Puentes, tal como consta en el registro civil de matrimonio visible a folio 34 C.1.

2.2. Está probado que José Humberto León Barreto, Ana Lucía León Barreto, Martha Yaneht León Barreto, María Emma León Barreto, Luis Francisco León Rodríguez, Gilberto León Rodríguez y María Aminta León Rodríguez son hijos de la víctima, tal como consta en los registros civiles de nacimiento visibles a folios 24 al 30; 205 al 209 y 221 al 222 del expediente.

2.3. Igualmente, se evidencia que el señor Manuel Antonio León Puentes, es hermano del señor Belisario León Puentes (fl. 31 y 211 C.1).

2.4. Que el día 05 de julio de 2011, falleció el señor Belisario León Puentes, conforme se observa del registro civil de defunción obrante a folios 33 y 213.

2.4. Se acreditó que el día 07 de octubre de 2009, a las 05:45 p.m., el señor Belisario León Puentes, ingresó al servicio de urgencias del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., en ambulancia y acompañado por médico del Hospital de Medina (Cundinamarca), con un diagnóstico de "Sindrome de dificultad respiratoria con derrame pleural derecho con antecedente de trauma de torax con leucocitosis y neutrofilia", en regular estado general, consignándose en la historia que el antecedente de trauma de torax data para ese momento de 15 días, con 6 días de evolución de disnea progresiva. (fls. 13 y 14 del anexo 1)

2.5. Al momento de su ingreso es valorado a las 20:36 horas, por medicina interna, especialista que apunta en su historia que desde hacía 5 días presentaba disnea que se fue haciendo progresiva hasta llegar a clase funcional IV, con tos ocasional, aunado que hacía 15 días había presentado trauma cerrado de tórax, y que en el sitio de remisión le habían tomado rx tórax lo cual mostraba derrame pleural derecho masivo; una vez valorado, se le diagnosticó *síndrome de dificultad respiratoria del adulto*, relacionado con *neumonía bacteriana, no especificada*, disponiendo como plan: observación, dieta blanda, cabecera elevada 30°, oxigeno por ventury a 35%, ssn 60 cc hr, enoxapirina, firosemida, enalapril, ampicilina sulbactan, asa 100 mg, ranitidina, exámenes de laboratorios, electrocardiograma, valoración por cirugía, ecografía tórax, control de signos vitales. (fls. 15 al 16 del anexo 1)

2.6. El paciente es valorado nuevamente por médico internista a las 22:50 horas, quien le ordenó ampicilina sulbactan, aunado a ello anotó en la historia, que el paciente requería procedimiento de toracocentesis, no siendo aceptado el procedimiento y no había familiar que lo aceptara. Aunado a ello, se registró que el paciente registraba al momento de la auscultación "agitación psicomotora, por lo cual no se realizó el procedimiento." (fl. 53 reverso anexo 1).

2.7. Que el día 08 de octubre de ese año, el paciente permaneció en observación; que a las 07:30 a.m., fue nuevamente visto por médico internista, quien ordenó hospitalizar en piso, valoración por cirugía general. Apuntándose en relación con su estado, "paciente desorientado, no responde al interrogatorio". Ese mismo día, a las 14:40 es atendido por la especialidad de medicina general, registrándose la necesidad de realizarle toracentesis (sic) por parte de medicina interna, para que de acuerdo al resultado definir manejo por cirugía general. (fl. 54 anexo 1)

2.8. Seguidamente, a las 19:20 horas, se le realizó el procedimiento de toracocentesis, en la que se evidenció drenaje francamente hemático, observando que se trataba de sangre que no coagula, por lo que se considera que se trata de hemotórax y se decide hacer cirugía de toracostomía cerrada derecha, continuándose con igual manejo (fls. 54 reverso anexo 1); cirugía que fue realizada a las 21:40 horas, terminando la misma sin complicaciones, tal como se deprende en la anotación visible a folio 22 del anexo 1.

2.9. Que el día 09 del mismo mes y año, según registro en la historia clínica, se refiere una mejoría del patrón respiratorio y continuó siendo valorado por medicina interna, anotándose en cuanto a su condición neurológica que el paciente presenta lenguaje poco comprensible y desorientación (fl. 24 anexo 1).

2.10. El día 10, el paciente presentó pico febril de 38°C, siendo atendido por médico cirujano a las 11:30 por el servicio de cirugía general, especialidad que apunta que el paciente refiere mal patrón de sueño, disnea y emesis. Seguidamente a las 12:10 es auscultado por medicina interna, ordenando ampicilina sulbatan, entre otras órdenes. A las 13:00 es revisado nuevamente, revista que es pasada nuevamente a las 13:40, momento en el que adicionan su terapia farmacológica y se le ordena rx de tórax; éste último que arrojó *derrame pleural derecho. Tubo tórax para drenaje en la base del hemitórax derecho. Proyectil de arma de fuego en los tejidos blandos de la pared torácica izquierda. Cardiopatía hipertensiva y angioesclerosa* (fls. 18-19 envés y 46 anexo 1).

2.11. Que el día 11 de octubre de mimo año, el señor León Puentes, fue examinado por cirugía general y medicina interna, donde se anotó estar en buen estado y sin gran dificultad respiratoria, afebril, continuando con el tratamiento ordenado y con terapias respiratorias; igualmente se le realizó radiografía de tórax, con el mismo resultado que el anterior. Registrándose en su evolución que el paciente se encontraba inquieto (fl. 20-21 envés y 45 anexo 1).

2.12. Igualmente se observó que los días 12, 13 y 14 de dicha época, el señor Belisario León Puentes, fue valorado por medicina interna, donde se determinó que el paciente se encontraba sin signos de dificultad respiratoria: disminución de murmullo vesicular basal derecho, con evolución satisfactoria, ordenando tomar Rx tórax por control, se recomendó dar de alta si en el resultado de rx no hay novedad, se le realizan las terapias respiratorias; también fue examinado por cirugía general, en el que se ordenó igual manejo al tratamiento, observó también que el paciente se encontraba en buen estado general, sin dificultad respiratoria (fls. 22-24 envés anexo 1). El día 13, se le efectuó radiografía de tórax, cuyo resultado *silueta cardiaca magnificada. Derrame pleural libre derecho y tubo de toracostomía derecho* (fl. 44 anexo 1). En relación con su estado neurológico, se consigna en la historia que el paciente. está inquieto, diaforético y habla incoherencias, se descanaliza, se pide conector de seguridad y continúa hablando incoherencias. (fl. 32 reverso anexo 1)

2.13. Que el día 15 de octubre de 2009, en horas de la mañana, fue atendido por medicina interna y cirugía general, que apuntan una evolución satisfactoria del paciente, continuar con el mismo tratamiento y la realización de terapias respiratorias y se ordena radiografía de tórax por control, cuyo resultado fue *derrame pleural tabicado con volumen aproximado de 150cc* y *atelectasia comprensiva leve secundaria* (fls. 25-28 envés y fl. 45 anexo 1). Igualmente se apunta en la historia clínica que el paciente está desorientado e inquieto, siendo ordenada valoración por psiquiatría.

2.14. El día 16 del mismo mes y año, el señor León fue visto por el cirujano general, quien al observar los resultados de la ecografía de tórax, anotó *derrame pleural I 150ml tabicado*, ordenando igual manejo por medicina interna y salida; ese mismo día, a las 16:40 horas sale de alta (fl. 29 envés anexo 1).

2.15. Que el día 19 de octubre de 2009, a las 09:00 a.m., el señor Belisario León Puentes, ingresó nuevamente por el servicio de urgencias del Hospital Departamental de Villavicencio, al presentar picos febriles desde hacía dos días, siendo atendido principalmente por médico general de turno, quien ordena hospitalizar, iniciar tratamiento, tomar exámenes de laboratorio, realizar radiografía y ecografía de tórax, y valoración por medicina interna; posteriormente, a las 12:00 horas fue visto por el médico internista, quien dispone como plan: observación, dieta normal, cabecera a 30º, oxigeno por cánula a 3lts x min, catéter venoso, furosemida, enalapril, espironolatona, ácido acetilsalicílico, lovastatina, omeprazol, ecografía tórax, TAC de tórax de contrastado, control de signos vitales y acetil cisteína (fl. 15 envés y 30 anexo 3)

2.16. El día 20 de ese mismo año, el señor León Puentes fue revisado por el médico internista, quien anotó otros diagnósticos: *síndrome confusional, deterioro cognitivo previo, sx ferroperico, insuficiencia renal, desacondicionamiento*; le fue realizada radiografía, en la que se evidenció *derrame pleural derecho de 400 cc con septos labicuda èn su interior*, disponiendo igual plan manejo a tratamiento y valoración por cirugía general (fls. 16-18 y 31-32 anexo 3).

2.17. Que el día 21 de octubre de 2009, el afectado fue examinado por el médico cirujano, con deterioro progresivo; luego fue examinado por el especialista en medicina interna, quien recomendó cirugía de toracotomía y ser valorado por neumología, advirtiendo que no se le puede dar salida hasta que exista mejoría total del paciente (adverso 18, fls. 19 y 20 envés, y 34 del anexo 3); al día siguiente, fue tratado por el cirujano general, quien afirmó tener una moderada dificultad respiratoria, con igual manejo a tratamiento, se le realiza TAC de tórax, terapias respiratorias (fl. 35-38, 86 anexo 3). Que los días 23, 24 y 25 de dicha fecha, fue visto por el cirujano general y por médico internista, continuando en iguales condiciones generales, luego se le ordenó punción percutánea, igual manejo de tratamiento y terapias (envés fl. 22 y fls. 23-25 adverso, 39-41 anexo 3). En cuanto a su afección neurológica se le diagnostica síndrome mental orgánico (fl. Folios 5, 6 y 23 del anexo 3)

2.18. Que el señor Belisario León Puentes, el día 26 de octubre de 2009, fue atendido por el especialista en neumología, quien consideró necesario tratamiento por cirugía de toracotomía; en horas de la tarde, le fue realizado en el área de radiología, toracocentesis en hemitórax, donde se extrajo 50cc de líquido pleural (fl. 27 envés anexo 3).

2.19. Que el día 27 del mismo mes y año, a las 03:00 a.m., fue trasladado a medicina interna, donde el médico cirujano general lo examinó físicamente, advirtiendo que era necesario inmovilizar al paciente para que no se retirara el drenaje, encontrándolo en regular estado de nutrición, y ordenando igual tratamiento. (fls. 59-60 anexo 3).

2.20. Para el día 28, el paciente fue valorado por radiología intervencionista, especialidad que al considerar hemotórax coagulado multitabicado, sugirió paso de guía o lisis farmacológica; al día siguiente, fue examinado nuevamente por medicina interna, especialidad que solicitó concepto por neumología para que opinara respecto de la lisis farmacológica de hemotorax coagulado; por lo que el día 30, neumología lo valora para definir procedimiento a seguir, ordenando valoración por cirugía general; y al ser examinado, éste determinó continuar con el tratamiento instaurado (fl. 60-69 envés anexo 3).

2.21. Que el día 01 de noviembre de ese año, el paciente presentó mejoría de la dificultad respiratoria, continuó con igual manejo; a la postre, al día siguiente, se evidenció en el señor León Puentes normalización de la línea blanca y sin dificultad respiratoria; posteriormente, el día 03 de noviembre, fue valorado por neumología, el cual encontró encefalopatía metabólica, por lo que solicitó paraclínicos y la realización de una eco torácica de control (fl. 60, 61 envés; 70-74 envés y 88 anexo 3).

2.22. Que el 04 del mismo mes y año, el paciente fue visitado por los médicos de cirugía general y neumólogo, quienes indicaron que se encontraba sin deterioro respiratorio, no picos febriles, encontrándose intranquilo, inmovilizado, ordenando igual manejo a tratamiento, con escaso drenaje por el catéter percutáneo, manifestando que la última radiografía de tórax se evidenció base limpia, con zona de probable paquipleuritis (fl. 75 anexo 3).

2.23. Que el 05 de noviembre de 2009, se le hizo seguimiento por parte del médico cirujano, quien anotó en la historia clínica, que según reporte de ecografía, el paciente tenía persistencia de lóculos de derrame pleural y material seropurulento, por lo que decidió eco de control en 24 horas y revisión por neumología al persistir hemotorax infectado (fl. 77 y 78 envés, anexo 3).

2.24. Que el día 06 de esa misma fecha, el médico cirujano de turno, al valorar al señor Belisario León Puentes, observó no tener signos de dificultad respiratoria, ordenando exploración por medicina interna, la realización de ecografía de tórax y TAC cerebral simple (adverso fl. 78 y fls. 79 y 81 del anexo 3). Al día siguiente, nuevamente es examinado por cirugía general, quien consideró una adecuada

evolución, en cuanto al resultado del tac cerebral, evidenció pérdida de volumen del parénquima encefálico cortical y central posiblemente en relación con la edad (fls. 81-83, 87 anexo 3).

2.25. Que el día 08 del mismo mes y año, fue visto por los médicos internista – neumólogo y de cirugía general, quienes observaron al paciente hemodinámicamente estable, con escaso drenaje más o menos de 4 cc de líquido por tubo de dren percutáneo purulento (fls. 82-83 anexo 3).

2.26. También se observa, que el señor Belisario León Puentes, fue atendido por la especialista en neumología, quien refirió encontrar al paciente estable, que conforme al resultado de Rx **T**órax observó base pulmonar limpia sin dificultad respiratoria, simétricamente sin alteraciones, por lo que dio salida por la especialidad (adverso fl. 83 del anexo 3). A igual conclusión llegó el médico cirujano, cuando anotó el día 10, que el paciente se encontraba sin signos de dificultad respiratoria ni de respuesta inflamatoria sistemática, ordenando salida con control en neumología, cirugía y medicina interna; por tanto se le dio de alta (reverso fl. 84; fl. 85 del anexo 3).

2.21. Igualmente, se avizora que el día 18 de noviembre de 2009 a las 22:01 horas, el señor Belisario León Puentes ingresó de nuevo al servicio de urgencias del Hospital Departamental de Villavicencio, al haber sido remitido por la Clínica Marta, tal como se vislumbra en la hoja de sistema de referencia y contrareferencia, visible a folios 125-127 del cuaderno anexo 1, en la que se plasmó:

> *«ENFERMEDAD ACTUAL AL INGRESO: PACIENTE REMITIDO DE LA CLINICA MARTHA, SIN CONFIRMAR, REIRE (SIC) QUE HOY A LAS 11 DE LA MAÑANA INGRESO (SIC) A ESA INSTITUCION POR PRESENTAR DISNEA, QUE SE EXACERVO HOY. PACIENTE CON ANTECEDNTE DE TRAUMA CERRADO DE TORAX X HACE 1 MES, QUE REQUIRIO MANEJO CON TORASCOTOMIA,*
> *TRAE PARACLINICOS DE HOY QUE REPORTA:*
> *RX DE TORAX: DERRAME PLEURALDERECHO DE APROX 700 CC.*
> *ECOGRAFIA DE TORAX: DERRAME PLEURAL DERECHO CON DETRITUS GRUESOS*
> *GASES ARTERIALES: PH7.4, FI:35%, PCO2:26.7*
> *CH:LEUCOS: 10.00, LINFOS:5,5, NEUTRFILIA: 86% HB:10.3, HCTO:31 PCR:48*
> *ELECTROLITOS: NA, POTASIO,: NORMALES*
> *(...)*
> *Exámen Físico: Estado General: Opaciente en mal estado general, con sat 02:95% a fio2 de 35%*
> *(...)*
> *PLAN:*
> *1. S/s: REMISION A CUIDADOS INTERMEDIOS»*

2.22. Que ese mismo día, el paciente fue valorado en el referido instituto hospitalario, en el que se le diagnosticó *HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA), DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE* y *ENCEFALOPATIA NO ESPECIFICADA,* encontrándose en mal estado general, en su aspecto

neurológico con tendencia a la somnolencia (fl. 124 anexo 1 y 204, 207-211, 213 anexo 2). Se le tomó TAC de cráneo simple, cuyo resultado fue normal (fl. 217 anexo 2).

2.23. Que el día 19 del mismo mes y año, en horas de la mañana, el señor León Puentes entró a la Unidad de Cuidados Intermedios con diagnóstico de *hemotorax traumático*, con una evolución general adecuada, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, ordenando el médico de turno valoración por cirugía general; en horas de la tarde, fue atendido por el cirujano, quien consideró realizar *toracostomia cerrada* para drenaje por posible quiste en pulmón derecho, lo que generó se le realizara TAC de tórax, para definir conducta quirúrgica; se observa también que al paciente se le brindó terapia respiratoria (fls. 129-134; del anexo 1; fls. 144, 205 envés, 211- 215 anexo 2).

2.24. Que el día 20 de noviembre de ese año, se le efectuó TAC de tórax a nivel del lóbulo derecho, en el que observó *«forma de aspecto quístico de 16x11x15cm, volumen aproximado de 1200 cc, con colección liquida hipodensa, nivel hidroaereo, con consolidación pulmonar adyacentes, hallazgos compatibles con absceso, derrame pleural...En el segmento apicoposterior del lóbulo superior izquierdo se observa 2 nódulos de 8 y 10m de tejidos blandos...»* (fl. 144 anexo 1). Ese mismo día, fue llevado a sala de cirugía N° 5, donde se le realizó a las 08:20 p.m., toracostomía cerrada (fl. 167-168 y 202 anexo 2); posteriormente a las 20:30 horas, fue trasladado a piso de servicio quirúrgico, donde recibió tratamiento y se le ordenó radiografía de tórax (fls.165-166 anexo 2).

2.25. Los días 21 al 23, el señor León Puentes fue visto por médico general, encontrándolo sin signos de dificultad respiratoria, estable, tranquilo, se evidencia que estuvo atendido por el personal de enfermería; el día 23, fue mirado por el médico cirujano, quien al observar alteración del estado neurológico ordenó TAC de cráneo simple, y fisioterapia; ésta última ejecutada ese mismo día a las 11:00 a.m.; luego fue valorado por el comité de infecciones, el cual conceptuó *«Paciente de 60 (sic) años con antecedente de trauma cerrado de torcio (sic) con posterior formación de coagulo y sobreinfección secundaria presenta empiema derecho al cual se le colocó toracostomía derecho con drenaje de material purulento cuyo cultivo reportó E. coli resistente con patrón de Bleep (+) por lo cual de alternativa única de manejo es carbapenem o tisecidina...»*, por lo que sugirió a los médicos tratantes cambiar esquema de antibiótico por Ertapenem de 1gr cada 24h (fls. 168-172 envés anexo 2).

2.26. Ese mismo día, se le realizó TAC cerebral simple, cuyo resultado reveló infarto cerebeloso izquierdo antiguo, pérdida de volumen de predominio subcortical del encéfalo de forma generalizada (fls. 192 y 195 anexo 2).

2.27. Que desde el día 24 al 26 de noviembre, fue valorado por los médicos especialistas en cirugía general y por médico general, quienes observaron al paciente sin dificultad respiratoria, ordenaron nuevamente TAC de tórax, igual manejo de antibiótico, terapias respiratorias; los especialistas recomendaron nuevo

procedimiento de tórax con riesgo de morbimortalidad; en dicho periodo le fue realizada fisioterapias, terapias respiratorias y escanografía de tórax que mostró colección pleural en hemitorax derecho correspondiente a epiema (fls. 173-180, 193 anexo 2).

2.28. Se avizora que el día 27 de ese mismo año, a las 17:30 horas, el paciente ingresó a la sala de cirugía N° 4, donde se le inició procedimiento consistente en toracostomía derecha, decorticación pulmonar, pleurectomía y drenaje de epiema; según lo anotado le fue encontrado epiema tabicado crónico derecho de 1500 cc, expansión pulmonar, no haber tenido ninguna complicación, quedando con dos sondas a tórax, y posteriormente fue trasladado a UCI entubado (fls. 181-183; 197-198 y adversos del anexo 2), donde ingresó a las 09:35 p.m. y durante su estadía (27 al 30 de noviembre de 2009) se le realizó radiografía de tórax, en la cual se evidenció adecuada reexpansión pulmonar pop sin imagen de derrame y ángulos costofrénicos libres; aunado a ello, se evidenció que previo a cirugía el paciente se encontraba con estados alterados de la conciencia, pero que la familia indicó que previo a la caída, él ya tenía alteraciones tanto de la conciencia como de la marcha; en general el paciente evolucionó favorablemente, razón por la cual, se trasladó a piso, el día 01 de diciembre de 2009 (fl. 64-65 reverso y 67-90 del anexo 1).

2.29. Durante los días 01 al 08 de diciembre de 2009, el paciente fue vigilado frecuentemente por el personal de enfermería del hospital, encontrándose inmovilizado, tolerando dieta, tranquilo y sin complicaciones; igualmente fue valorado en las dos jornadas por el médico general y el médico cirujano, quienes refirieron encontrarlo sin dificultad respiratoria, con plan de dieta normal, antibióticos de meropenem, oxicilina y otros; además con una evolución favorable, anímicamente con mejoría, con orden de nueva radiografía de tórax y terapias respiratorias (fls. 90-96 envés C.1); según reporte de Rx de tórax de fecha 4 de diciembre de 2009, se anotó estudio dentro de límites normales, conforme se desprende en examen visible a folio 120 del cuaderno principal 1.

2.30. El día 09 de la fecha, el internado, siendo aproximadamente a las 06:45 a.m., estando sentado en una silla rimax e inmovilizado en miembros superiores, sufrió una caída de su propia altura de 50cc (sic), presentando herida con sangrado en la región frontal derecha de más o menos 3 cm, deterioro neurológico del estado de conciencia inmediato; se le informó a médico y jefe enfermera de turno, quienes acudieron inmediatamente al llamado (07:00 a.m.), el primero de ellos, ordenó de urgencia TAC de cráneo y valoración por neurocirugía (reverso fls.35 y 100, fls. 36-37 y 101-102 cuaderno principal 1). Se le realiza TAC de cráneo simple a las 07:57 a.m., cuyo reporte informó *hematoma subdural con nivel denso en su interior sugestivo de hematoma subdural crónico con resangrado a nivel frontotemporoparietal izquierdo con espesor de máximo de 15 mm, ejerce efecto de masa comprimiendo los surcos corticales y parcialmente el ventrículo lateral ipsilateral y desvia la línea media hacia la derecha en 10 mm (hernia subfalcial), no se identifican fracturas, hematoma subgaleal frontal derecho* (fl. 111 C.1); posteriormente, fue valorado por la especialista en neurocirugía, quien consideró

que era una urgencia vital y ordenó cirugía inmediata para drenaje de hematoma (fl. 87, 97-98, reverso fl.101 y fl. 102 C.1).

2.31. Que al paciente Belisario León Puentes, ese mismo día a las 09:30 horas, fue ingresado a la sala de cirugía N° 3, donde fue intervenido quirúrgicamente de craneotomía FTP izquierdo para drenaje HSA, craneoplastia antóloga y ventriculostomía, sin complicaciones (fl. 103, 123-132 envés C.1); a la postre, fue trasladado a UCI, con plan de SSN de 100cc/hora, monitoría de PIC. (fl. 104 envés C.1).

2.32. Que el día 10 de diciembre de 2009, se le diagnosticó al paciente León Puentes un TEC severo, un hematoma subdural agudo hemisférico izquierdo, con POP de craneotomía fronto temporo parietal izquierda + drenaje de HSA + craneoplastia autóloga + ventriculostomia, ECV cerebeloso antiguo, TX cerrado de tórax – hemoneumotorax derecho y POP de tocatomía derecha + pleurectomía + drenaje de epiema + neumorrafias + doble toracostomia. Que en revista general del servicio se consideró que el paciente se encontraba en mal estado general, con una evolución neurológica estacionaria, ordenando destete de noradrenalina e iniciar profilaxis anticonvulsivante con feitoina 125mg iv c/8h y profilaxis antitrombotica con enoxaparina 40 mg sc/día; igualmente fue valorado por médico neurocirujano, quien procedió suspender sedo analgesia, con el ánimo de evaluar la respuesta neurológica. Luego, fue auscultado por el médico de cirugía general, quien ordenó el retiro de las toracostomías. En la tarde se encontró con glasgow de 6/15 (fls. 152 reverso y 153 anexo 1).

2.33. El 11 de diciembre en la mañana, el paciente presentaba una presión intracerebral adecuada, se encontraba normotenso, con gasto urinario adecuado, con una mejoría de la presión de perfusión cerebral, tolerando desmonte de noradrenalina, sin una adecuada respuesta neurológica y recuperación de su estado de conciencia; que al haber sido examinado por el servicio de neurocirugía se decidió tomar TAC cerebral de control; luego, en horas de la tarde se presentó una variación del glasgow por 8/15. Aunado se lee *«...SIN EMBARGO POR ANTECEDENTE DE NORMALIDAD EN ESTOS VALORES CON SIGNOS IMAGEONOLOGICOS DE HIPERTENSION ENDOCRANEANA EN OPORTUNIDAD ANTERIOR QUE OCASIONO REQUERIMIENTO DE CIRUGIA SE CONSIDERA PERTINENTE REALIZAR NEUROPROTECCION CON SEDOANALGESIA, TENDENCIA A LA HIPERTENSION, RITMICO, AFEBRIL, EUGLICEMICO, CON APORTE NUTRCIONAL ENTERAL, HIPOCALEMIA, TRANSFUNDIERON DOS UNIDADES DE GLOBULOS ROJOS.»* (fls. 153 anexo 1).

También, se le hizo TAC de cráneo simple, el cual reportó *«HEMATOMA SUBDURAL AGUDO PRONTO TEMPORO PARIETAL IZQUIERDO CON EFECTO DE MASA, COMPRIME SURCOS CORTICALES, VENTRICULOS LATERAL IPSILATERAL Y DESVIA LA LINEA MEDIA HACIA LA DERECHA EN 20 MM (HERNIA SUBFALCIAL). CATETER DE VENTRICULOSTOMIA CON EXTREMO DISTAL EN CUERNOS FRONTALES DE LOS VENTRICULOS LATERALES CRANEOTOMIA FRONTAL IZQUIERDA, PRESENCIA DE NEUMOENCEFALO»* (fl. 158 anexo 1).

2.34. El día 12 de la fecha, en horas de la mañana, se encontraba el paciente normotenso, con pupilas isocoricas reactivas, intentando apertura ocular, con glascow de 8/15, con cifras de frecuencia cardíaca adecuadas, con gases arteriales sin trastorno en la oxigenación; luego se evidencia que en la hoja de epicrisis se anotó: *«...EN LA TARDE DE AYER SE LLEVO NUEVAMENTE A PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EN LA TAC DE CONTROL, ADEMAS DURANTE EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO SE OBSERVA HEMATOMA SUBGALEAL Y EDEMA CEREBRAL. EN REVISTA GENERAL DEL SERVICIO SE CONSIDERA PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL, EN MANEJO CON NEUROPROTECCIÓN POR AHORA SE CONTINUA CON EL MANEJO MEDICO INSTAURADO, SE ESPERA EVOLUCION. VALORA EN REVISTA POR EL SERVICIO DE NEUROCIRUGIA QUIEN INDICA SUSPENDER SEDOANALGESIA CON EL ANIMO DE EVALUAR LA RESPUESTA NEUROLOGICA.»*; posteriormente, en horas de la tarde, presentó glascow de 7/15 (fls. 153 reverso anexo 1).

2.35. Al día siguiente, se encontraba estuporoso, con pupilas reactivas, con glasglow de 8/15, con apertura ocular, sin respuesta verbal, con cifras de presión intracerebral y de presión de perfusión cerebral adecuadas, sin trastorno en la oxigenación, nuevamente es atendido por el médico en cirugía general, quien consideró al paciente en mal estado general, con una evolución neurológicamente estacionaria, ordenando iniciar profilaxis antitrombotica mecánica – vendajes, al tener en cuenta un posible nuevo sangrado intracraneano; también fue visto por el servicio de neurocirugía, que ordenó nuevamente TAC cerebral simple de control (fls. 153 reverso anexo 1).

2.36. Que el día 14 de diciembre, el señor Belisario León fue nuevamente valorado por el especialista en cirugía general, quien consideró *«...PACIENTE CON DISCRETA MEJORIA NEUROLOGICA, SE REALIZO TAC CEREBRAL SIMPLE DE CONTROL CON EN MEJORIA CON RELACION AL PREVIO...»*, en el mismo sentido fue visto por el neurocirujano, quien indicó retirar catéter de ventrículos (fls. 154 anexo 1).

2.37. El día 15, el paciente se encontraba neurológicamente somnoliento, con apertura ocular al llamado, sin ninguna relación con el medio, no obedece a órdenes, sin signo de focalización, con glascow de 9/15, con herida quirúrgica craneana con signos de eritema y calor, normotenso; fue atendido por los médicos de cirugía general y neurocirugía, quienes consideraron al paciente en mal estado general, con evolución neurológica estacionaria, determinándose la necesidad de de traqueotomía y gastrostomía e iniciar manejo de antibiótico de oxacilina por la celulitis en la herida quirúrgica (fl. 154 anexo 1). Ese mismo, día se le realizó TAC de cráneo simple, cuyo resultado *«CRANIECTOMIA FRONTOPARIETAL IZQUIERDA CON DRENAJE SATISFACTORIO DE HEMATOMA SUBDURAL, PEQUEÑO NEUMOENCEFALO FRONTAL. LIGERA DILATACION DE CUERNOS TEMPORALES DE LOS VENTRICULOS LATERALES CATETER DE VENTRICULOSTOMIA QUE PASA POR LOS CUERNOS FRONTALES. LINEA MEDIA CONSERVADA»* (fls. 158 anexo 1).

2.38. Que al día siguiente, el señor León Puentes estaba neurológicamente alerta, con pupilas isocoricas rectivas, con glascow de 9/15, gases arteriales con alcalosis respiratoria sin trastorno en la oxigenación, con mejoría en los signos de infección

en el área quirúrgica cerebral; en horas de la tarde, presentó glascow de 5/15, se le realiza traqueostomía sin complicaciones (fls. 154 reverso anexo 1).

2.39. Que el día 17 de diciembre, el paciente fue visto nuevamente por los médicos de cirugía general y neurocirugía, quienes interrogan infarto a nivel de la cápsula interna derecha, por lo cual se solicitó resonancia magnética nuclear cerebral simple y Rx de columna cervical. Posteriormente, el día 18 de la fecha, se encontraba somnoliento, con poca relación con el medio, glascow de 9/15, normotenso, con cifras de frecuencia cardiaca normales, con traqueostomía funcional limpia; con evolución neurológica estacionaria (fls. 155 anexo 1).

2.40. Que el día 19 de diciembre de 2009, se encontró al paciente en iguales condiciones, por lo cual se decidió el traslado a la unidad de cuidados intermedios para continuar manejo conjunto con el servicio de neurocirugía, ordenando iniciar profilaxis antitrombótica con enoxaparina, con igual manejo médico; que en resonancia magnética cerebral simple se reportó *hematoma subagudo extra axial laminar fronto temporo parietal izquierdo, edema vasogénico en relación al trayecto del catéter de derivación de región frontal izquierda, hallazgos compatibles con infarto isquémico en brazo posterior de la capsula interna izquierda, cambios postquirúrgicos de craniectomía fronto parietal izquierda con hematoma subgaleal asociado* (fls. fl. 155 y fl. 158 anexo 1). Ese mismo día, a las 02:57 p.m., el señor Belisario León fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intermedios.

2.41. En la Unidad de Cuidados Intermedios, el paciente fue valorado por el médico cirujano, quien consignó que continuaba estable, con poca relación con en el medio, sin obedecer órdenes, con hemiparesia izquierda, con glascow de 10/15, con evolución neurológica estacionaria, sin signos de infección, por lo que ordenó suspender antibiótico de oxacilina, agregando que se encontraba pendiente realizar gastrostomía endoscópica por el servicio de cirugía gastrointestinal (fls. 167-168 anexo 1).

2.42. El día 21 de la fecha, fue examinado por el médico cirujano, quien registró que el paciente estaba sin signos de dificultad respiratoria, soportado con ventury al 28% con traqueostomia permeable, con FC y tensiones arteriales normales, sin signos de bajo gasto, ventilatoriamente mejor, normosaturado, en mejores condiciones con gastrostomía y traqueotomía permeables, hermodinamicamente estable, sin cambios neurológicos, sin alteración funcional renal ni alteraciones iónicas, y glascow de 10/15 (fls.169-172 envés 1).

2.43. Que entre los días 22 al 26 de diciembre de 2009, el paciente fue valorado por los médicos especialistas en cirugía general y neurocirugía, quienes consideraron que se encontraba en regulares condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, neurológicamente sin deterioros y glascow de 9-10/15, obedeciendo a órdenes sencillas, con apertura ocular espontánea, ordenando vigilancia metabólica, neurológica y respiratoria con iguales órdenes médicas. El día 26 de esa fecha, el paciente fue trasladado a piso de especialidades (fls. 147-151 envés anexo 1).

2.44. Está probado que la Subgerencia Administrativa con facultades de control interno disciplinario del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., tramitó indagación preliminar con radicado Nº 010-014, aperturada el día 28 de junio de 2010, la cual se inhibió de continuar con el trámite de la misma, por carecer de competencia, en razón a que los implicados tenían la condición de contratistas, enviando copia al interventor del contrato, a efectos de que se estudiara la aplicación de multa y/o clausula penal (fls. 169-189 C.1).

2.45. Que se tramitó investigación penal ante la Fiscalía General de la Nación - Fiscalía Veintiuna Delegada ante los Jueces Penales del Circuito Unidad de Vida de Villavicencio, con radicado No. 50001 6000 567 2010 04099, aperturada el 08 de julio de 2010, en el presunto delito de lesiones personales dolosas, de la que se destacan las siguientes piezas procesales:

2.45.1. Que el señor José Humberto León Barreto, presentó queja ante la Fiscalía General de la Nación (fl. 272 C.2), que a letra dice:

> *«1° Que se investigue y de sancione a los médicos, auxiliares, funcionarios administrativos que no ordenaron las medidas suficientes y necesarias para evitar que mi padre se agravara, cuando ya iba a ser dado de alta.*
>
> *2° Se investigue en primer lugar cómo fue posible que mi padre que ya tenía salida, que estaba en recuperación de una cirugía de un pulmón, fue golpeado y dejado caer lo que le ocasionó una fractura en el cráneo y ahora lo tiene en cuidados intensivos.*
>
> *3° Cual (sic) fue la razón para que a mi padre le hubieran extraído parte del pulmón cunado tuvo tratamiento en el Hospital y le decían que esperara y no le definían nada y con tanta espera terminan cortándole el pulmón.».*

2.45.2. Asimismo se encuentra Informe de Investigador de Campo-FPJ-11- de fecha 14 de mayo de 2011, en el que se realizó entrevista al denunciante y recepcionaron los testimonios de los señores Rafael Isidro Cárdenas Espitia, Ángela Gómez Neira, Jhelver Alexander Lozada (fls. 278-282 C.2), en los que indicaron:

> *«...JOSÉ HUMBERTO LEON BARRETO... manifestó ser hijo del señor BELISARIO LEÓN, y que este fue internado en el Hospital Departamental de Villavicencio; por un afección pulmonar en octubre de 2009; por lo cual tuvieron que realizarle una cirugía. Sumó que a él, le iban a dar salida para el día 09 ó (sic) 10 de diciembre de ese mismo año; y que el día 09 de diciembre de 2009, lo llamaron de dicho centro de salud y le dijeron que lo necesitaban; cuando se presentó le dijeron que su papá l tenían que operar de urgencias ya que había sufrido una caída. Dijo que según lo que le manifestaron su padre sufrió una muerte cerebral que nada se podía hacer nada; añadió que nunca le explicaron como (sic) fue la caída de su papá y que los testigos que les consta que su padre se encontraba en buenas condiciones antes de la caída, son su hermana CARMENZA y su primo CARDENAS...*
>
> *... RAFAEL ISIDRO CARDENAS ESPITIA... dijo ser pariente lejano del señor BELSARIO LEÓN YQUE LABORA EN EL Hospital departamental (sic) de*

*Villavicencio, dijo que no recuerda la fecha en que lo hospitalizaron, pero fue por algo de una costilla; dijo que uno de los hijos le había contado que le habían dado salida, incluso don BELISARIO, un día intento (sic) irse porque estaba aburrido y llegó hasta la puerta de vidrio. Dijo que él lo vio varias veces caminando cuando lo sacaban al parquecito, hablaba, comía, nunca le vio problemas de equilibrio, para la edad que tenía se movía muy bien...sobre la caída sabe lo que le contó su primo y que don BELISRIO quedó en estado vegetativo.*

*...ANGELA GOMEZ NEIRA... manifestó ser médico del hospital departamental...se evidencia que el paciente tenía riesgo de caídas, por su edad, y que tenía dos tubos en el tórax, pero aclaró que la auxiliar deja constancia que lo tenía inmovilizado en un silla; sumó que se puede pensar que el señor se escurrió de la silla, ya que no estaba caminando; puede haber sufrido una caída fisiológica, esto se debe a cualquier alteración física que le haga perder el conocimiento; éstas caídas no son prevenibles.*

*...JHELVER ALEXANDER LOZADA... manifestó que él se desempeñaba como médico general del Hospital de Villavicencio, entró en turno el día 08 de diciembre a las siete de la noche hasta las 07:00 horas del día siguiente. Dijo que realizó su ronda a las 21:35 y encontró al señor BELISARIO estable, a pesar de lo que tenía un tubo a tórax. Cree que más o menos a las 06:30 de la mañana del día 09de diciembre de 2010, la enfermera le informó que el paciente Belisario, había sufrido una caída; él al revisar encontró que el paciente estaba en la cama y estaba somnoliento y con una herida en la región supraciliar derecha, solicitó los implementos para realizarla sutura y el TA, labor que no realizó ya que estaba entregando turno...»*

2.46. Que la E.S.E. Hospital Departamental de Villavicencio (Meta), para la época de los hechos contaba con los servicios habilitados en la modalidad intramural ambulatoria y hospitalaria, de baja, mediana y alta complejidad; entre ellos los servicios general de adultos, cuidado intermedio e intensivo de adultos, cirugía general, anestesia, cirugía neurológica, enfermería, fisioterapia, gastroenterología, medicina general e interna, terapia respiratoria, neumología, laboratorio clínico, radiología e imágenes diagnósticas, entre otros, según constancia de habilitación en el registro especial de prestadores de servicios de salud, vista a folios 192 al 193 del c.1.

2.47. Que en virtud de los hechos relacionados con el accidente del señor Belisario León Puentes, acaecido el día 09 de diciembre de 2009, se adelantó investigación preliminar ético disciplinaria Nº 810, por parte del Tribunal de Ética Médica del Meta, contra los médicos del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., que atendieron al señor (anexos 1, 2 y 3). Corporación que mediante proveído de fecha 02 de agosto de 2012, consideró una vez realizado el análisis probatorio, que los médicos intervinientes en el manejo del señor León Puentes no trasgredieron ningún artículo de la Ley 23 de 1981, ni tuvieron asociación alguna con el evento adverso acecido durante su hospitalización; por lo que resolvió archivar el caso, tal y como se avizora a folios 139A al 147 del anexo 3, argumento que es expresado en los siguientes términos:

*"...LA CAIDA DE PACIENTES es un evento frecuente en instituciones de internación de corta duración o de larga estadía. Se entenderá por "**caída**" –*

*los acontecimientos- que se traducen en que el paciente deciende involuntariamente al suelo o a nivel inferior de superficie,* ***SIN INTENCION-.*** *Puede ser por factores* ***extrínsecos*** *(obstáculo que provoca la caída, ajeno al paciente) o* ***intrínsecos*** *(debido a deficiencias del organismo), en el caso que revisamos, como se encuentra en las NOTAS DE ENFERMERIA (folio 515 y 516), y en el ACTA de COMITÉ de EVENTOS ADVERSOS, al describir la situación con relación al evento adverso se podría tener elementos asociados como:* ***factores del entorno*** *(extrínsecos) el* ***mobiliario no adecuado, servicios sin asideros y la inmovilización,*** *en cuanto a los* ***factores del paciente*** *(intrínsecos):* ***movilización y deambulación sin solicitar ayuda en pacientes con déficit de movilidad, estado de confusión y/o desorientación,*** *impotencia funcional (paresia) o* ***inestabilidad motora y debilidad muscular por inmovilización prolongada, enfermedades neurológica y respiratoria...***

*Ante la presencia del Evento Adverso el 9 de diciembre y con los hallazgos tomoográficos del TAC realixado en esa fecha a folio 231, donde se describe que: "se observa* ***hematoma subdural crónico*** *con* ***RESANGRADO*** *a nivel FRONTOTEMPORAL IZQUIERDO...con ventana ósea, donde* ***NO SE IDENTIFICAN TRAZOS DE FRACTURA*** *en la CALOTA ni BASE CRANEANA", podríamos agregar a lo expuesto en el párrafo anterior, al hacer el análisis con relación a su estado neurológico previo, que el señor BELISARIO LEON PUENTES posiblemente presentó un evento craneano inicial o anterior, que con la caída se asocio (sic) un nuevo sangrado a nivel craneano y determinó la indicación de la realización de los procedimientos Neuroquirúrgicos siguientes a este evento..."*

2.48. El 27 de noviembre de 2013, rindió testimonio Ana Silvia Beltrán Carrión, quien manifestó haber conocido al señor Belisario León Puentes y a toda su familia y quienes se dedicaban a trabajar en fincas, como empleados; que tenían buenas relaciones, eran una familia unida. Que para el año 2009, el señor León Puentes, trabajaba en su finca de la vereda las caídas en cuanto al estado de salud, manifestó que por su edad tenía achaques pero trabajaba, que para el año 2009, tuvo una caída, cuando venía de caballo de la finca para el pueblo, y que llegando al pueblo se había caído del mismo y que luego lo llevaron al Hospital de Medina, luego fue remitido al Hospital regional de Villavicencio, a donde fue a visitarlo y le había manifestado que estaba mejor y que ya le iban a dar salida. Respecto al hecho ocurrido el día 9 de diciembre de 2009 en las instalaciones del Hospital regional de Villavicencio, dijo que el hijo Humberto le comentó que lo habían llamado para decirle que al papá le daban salida, pero que se presentara porque al papá le habían dado recaídas, él fue y estaba era en cuidados intensivos por haber sufrido una caída de una silla o de una cama y que había quedado terriblemente, que según lo que le había comentado el señor Humberto, era que se había golpeado en la cabeza; indicó que había quedado muerto en vida, sin hablar, sin sentir, sin oír, quedando en estado vegetativo, ya que lo estuvo visitando después de la caída. Expresó que el señor Belisario León, falleció en julio de 2011 y que para su entender fue por «*el golpe de la casa porque de ahí para acá quedó en estado vegetativo y no se recuperó más*». Posteriormente, adujo que luego del fallecimiento del señor Belisario, la señora Flor Alba Barreto, sufrió falta de recursos porque él era quien proveía los recursos de la casa, porque ella no trabajaba, se dedicada al oficio del hogar; que su familia sufrió terriblemente, porque él era el señor de la casa.

Argumentó que el señor Belisario, mantenía ganados a utilidad, y que los ingresos era del producido de las vacas, utilidades de pastos, maíz, es decir, de $6'000.000, que sabe eso porque también ha trabajado en finca (fls. 248-250 C.1).

2.49. Ese mismo día, también rindió testimonio el señor Enrique Rodríguez Martínez, quien manifestó haber conocido al señor Belisario León Puentes hacía aproximadamente 40 años, que a la señora Flor Alba unos 20 años y a sus hijos también; que de vista miraba que la pasaban bien, que eran unidos, ya que frecuentaba en la finca para ir a comprar marranitos y entraba a tomar guarapo. También, contó que el señor Belisario León Puentes para el año 2009, se dedicaba en las labores de la finca, la agricultura. Afirmó que el señor Belisario se encontraba alentado, pero que se enfermó fue porque lo aporreó un caballo en una pierna y en otra parte, según lo que le comentaron, por lo que lo llevaron al Hospital de Medina y luego lo trasladaron al Hospital de Villavicencio. En relación con la atención brindada en el Hospital Departamental de Villavicencio y sobre los hechos del 9 de diciembre de 2009, dijo no constarle nada, pues nunca lo visitó al hospital, que lo único que sabía era por los comentarios de la familia del señor Belisario, que lo habían dejado aporrear y que había sido golpeado en la cabeza y que estaba grave y les tocaba hacerle otra cirugía; que el señor Belisario había muerto en el año 2011 (fls. 250-251 C.1).

2.50. En declaración rendida, el señor Gabriel Heli Gómez Bejarano, indicó conocer al señor Belisario León Puentes, a la señora Flor Alba y algunos de sus hijos, quienes se dedicaban a las labores del campo, mantenían una relación buena, se apoyaban, vivían pendientes los unos con los otros que el señor Belisario para el año 2009, dedicaba en las labores del campo, ganadería y algo de agricultura, en su finca que tenía en la vereda las Caídas, también que se veía un señor fortachón, bien activo, que había tenido un accidente de un caballo o mula, fracturándose la pierna o el cuadril, donde le hicieron cirugía en el Hospital de Villavicencio. Adujo que el señor Belisario había fallecido en el año 2011, en Medina, como consecuencia del golpe que sufrió en la cabeza, causándoles sufrimiento a su esposa, hijos y a su hermano (fls. 251-253 C.1).

2.51. Que la Universidad CES, rindió dictamen en el proceso de la referencia, indicando que no era posible determinar la causa del fallecimiento del señor Belisario León Puentes, porque según la información enviada de la historia clínica de Villavicencio ésta informa hasta el día 26 de diciembre de 2009; además, en cuanto a la atención médica y hospitalaria (fls. 397-400 envés C.2), mencionó:

> *« El antecedente de trauma de tórax contuso el 12 de septiembre (si bien no conozco el tratamiento que recibió) y con el motivo de disnea de 6 días de evolución (motivo de consulta del 7 de octubre) hacen pensar en hemotórax, es decir colección de sangre al interior del espacio pleural en este caso derecho y que por tratarse de un trauma ocurrido hace cerca de 1 mes ya con seguridad se encontraba coágulado; el paciente para el día 8 de octubre desarrolla falla ventilatoria y requiere intubación orotraqueal y ventilación mecánica, y luego de un drenaje por toracentesis (punción pleural en la cual se obtuvo sangre) el paciente es llevado a toracostomia (inserción de un tubo siliconado al espacio pleura) ). Ahora bien, considero este tratamiento*

*como inadecuado porque un hemotórax coagulado no logra drenarse en su totalidad mediante la inserción de una sonda al tórax, las características de estas colecciones hemáticas, su distribución en la cavidad pleural y sus adherencias a la pleura hacen que este tratamiento sea insuficiente para "liberar" el pulmón afectado y por consiguiente si el drenaje es inadecuado se pueden dar complicaciones posteriores como sobreinfección y desarrollo de empiema (lo cual indica colección purulenta al interior del espacio pleural y eventualmente formación de abscesos que son colecciones purulentas encapsuladas al interior del parénquima pulmonar), por eso en mi concepto desde la misma fecha del 7 de octubre y con el diagnóstico de hemotórax coagulado el paciente debió ser programado para cirugía ya sea videotoracoscopia, drenaje y pleurectomia con decorticación o, en su defecto toracotomía, drenaje, pleurectomia y decorticación, en caso de que el centro en cuestión en Villavicencio no contara con el recurso de la toracoscopia; este procedimiento usualmente lo realiza un cirujano de tórax, ocasionalmente un cirujano general con experiencia y tratamiento, si no se hubiese contado con este recurso de debió haber iniciado proceso de remisión a centro asistencial que contase con este tratamiento. Ahora bien, llama la atención que el diagnóstico de derrame tabicado se hiciera mediante una ecografía pleural el 15 de octubre y al paciente se le hubiese dado alta el 16 de octubre con una cita por consulta externa con cirugía general, máxime cuando recién salía de la unidad de cuidado intensivo y había desarrollado falla ventilatoria; este hecho lo considero imprudente, retrasó y agravó la evolución posterior del paciente.*

*El paciente regresa 3 días luego con igual sintomatología de disnea, y se realiza ecografía de tórax que reporta derrame pleural derecho en moderada cantidad, con septos en su interior, volumen aproximado 400 cc y Tomografía Axial Computarizada (TAC) de tórax contrastado que informa presencia de colección pleural derecha extensa, de localización posterior y lateral en 1/3 medio e inferior con engrosamiento pleural asociado y burbujas aéreas dentro de la colección, estos hechos reafirman lo dicho anteriormente y en mi concepto en la primera hospitalización estaba claro que el paciente ya necesitaba videotoracoscopía y o toracotomía con decorticación y pleurectomia como se ha mencionado, llama la atención que el paciente además llega desorientado lo cual es atribuible a la infección o sepsis asociada de origen pleural, lo cual claramente describe la TAC en donde se reportan burbujas y colección, que no es otra cosa que una sobreinfección secundaria y se denomina empiema, como mencioné al inicio, y que es una complicación que guarda relación directa con la presencia de hemotórax coagulado que no se drenó o se drenó de forma incompleta; nuevamente la indicación para este momento era proceder a videotoracoscopia, pleurectomia y decorticación como se indica antes o toracotomina con pleurectomia y decorticación (es preciso drenar las colecciones y remover la pleura enferma y engrosada para liberar el pulmón de forma adecuada y poder resolver la infección que claramente el paciente padecía); es bien llamativo que el paciente fuera llevado a drenaje percutáneo guiado por TAC por radiología intervencionista y fuese dado de alta el día 10 de noviembre; nuevamente indico que este procedimiento no tenía ninguna probabilidad de éxito ya que no lograba drenar el espacio pleural de forma adecuada por las consideraciones que antes mencioné y en mi concepto no existía indicación para su realización, por consiguiente considero que en esta segunda oportunidad tampoco se logró resolver la patología que aquejaba al paciente.*

*Una semana después ingresa el paciente con la misma sintomatología, solo que con mayor compromiso general, y cursando con shock séptico (hipotensión asociada a una infección grave que amenaza la vida) el paciente requiere nuevo ingreso a la unidad de cuidados intensivos y se realiza una nueva TAC que reporta a nivel de lóbulo inferior derecho formación de aspecto quístico de 16x11x15 con volumen aproximado de 1200 cc con colección líquida hipodensa, nivel hidroaéreo y consolidación pulmonar adyacente compatible con absceso; es llevado a cirugía, luego de este informa nuevamente se realiza toracostomia cerrada o sea nuevamente inserción de tubo a tórax y el paciente es trasladado a un servicio de hospitalización, además se cubrió con antibióticos, nuevamente en mi concepto tampoco se resolvió la patología del paciente ya que el tubo a tórax como mencioné en las atenciones previas no logra drenar adecuadamente el espacio pleural derecho.*

*En los días sucesivos el paciente continúa con drenaje fétido a través de la sonda a tórax, (es clara la presencia de infección) y solo el día 27/11/2009 es llevado a cirugía encontrando empiema tabicado crónico derecho de 1500 cc paqulpteuritis y atrapamiento de pulmón. Se realiza toracotomía derecha, drenaje de empiema, pleurectomía, neumorrafias múltiples.*

*Queda con 2 sondas a tórax, procedimiento que a mi juicio estaba indicado como mencioné desde el principio y que claramente presentó un retraso considerable; luego de este procedimiento la evolución claramente fue adecuada y junto con el esquema antibiótico formulado con infectología se logra controlar el foco de empiema de forma adecuada. • Para el día "el día 9/12/2009 a las 6:45 a.m., estando sentado en silla Rimax con inmovilización de miembros superiores, presenta caída desde su altura con herida en región supraciliar de aproximadamente 3 centímetros y deterioro neurológico" este hecho lo considero una falla hospitalaria a la luz de los cuidados de enfermería, en primer lugar no es claro por qué el paciente se encontraba inmovilizado en silla (agitación?) y tampoco es claro si había alguien al lado del paciente, auxiliar o acudiente para vigilarlo estando inmovilizado, sin conocer del todo los detalles de lo sucedido considero que estos hechos son inaceptables y reflejan falta de atención y cuidados del paciente.*

*Por motivo del trauma el paciente es llevado a cirugía urgente para craneotomía y drenaje de hematoma subdural, craneoplastia y ventriculostomía, es trasladado a Unidad de cuidado intensivos (UCI), los hallazgos de hematoma subdural reflejan la magnitud del trauma i lo serio de sus lesiones, el paciente se ingresa nuevamente a la UCI. Llama la atención este nuevo hallazgo en los días posteriores "no tiene respuesta neurológica adecuada, no hay recuperación del estado de conciencia. TAC cerebral de control con evidencia de hematoma epidural frontoparietal izquierdo por lo cual es llevado nuevamente a cirugía y se realiza craneotomía, drenaje de hematoma epidural, injerto dural y ventriculostomía sin complicaciones" no es claro si este hematoma epidural (usualmente de origen arterial) y que usualmente son evidentes desde el comienzo no se había identificado en la primera TAC de cráneo o sea la practicada inmediatamente después de la caída, y que sea necesario llevar el paciente nuevamente a craneotomía para drenarlo, o si fue una complicación de la primera intervención, ya en la TAC de cráneo de control del día 14/12/2009 hay mejoría respecto al previo, línea media simétrica, no colecciones, en este punto ya se evidencia un drenaje adecuado como mencionó no me es claro si no se identificó el hematoma epidural desde el comienzo.*

*En los días sucesivos hay una evolución regular del paciente en su aspecto neurológico y al no recuperar de forma completa su estado de conciencia fue preciso indicarle traqueotomía y gastrostomía, lo que usualmente se realiza en estas circunstancias, según las evoluciones el paciente persiste con un severo compromiso neurológico con hemiparesia y en estado de mínima conciencia, ya luego mediante la realización de una RMN (resonancia magnética nuclear) se logra determinar que cursaba con un infarto isquémico en brazo posterior de la cápsula interna , este hecho lo considero más probable como evento secundario al trauma o daño secundario y ocasionado por hipoperfusión cerebral (pobre aporte de sangre al cerebro) ya que el paciente requirió infusión de noradrenalina luego del primera craneotomía para manejo de hipotensión como está consignado en las evoluciones, el paciente en los siguientes días se le realiza una gastrostomía sin complicaciones y hasta las evoluciones que tengo es trasladado a hospitalización el día 26 de diciembre del 2009. En conclusión mi dictamen señala errores en el abordaje del hemotórax coagulado, en el manejo de su complicación principal que es el empiema y o abscesos con la realización tardía de una toracotomía; veo errores en los cuidados de enfermería en lo concerniente a la prevención de caídas y lesiones, con consecuencias graves neurológicas para el paciente, no veo claro tampoco cómo no se identificó un hematoma epidural luego de haber drenado un subdural luego de la caída; no se reportó en la TAC?, no se identificó en dicho estudio??, considero que los errores que se presentaron repercutieron negativamente en la salud y recuperación del paciente ocasionándole graves complicaciones y secuelas; señalo además que no tengo conocimiento de los hechos relacionados con el fallecimiento del paciente ni el momento en que este se presentó.».*

2.52. Que en Acta No. 009 del 17 de diciembre de 2009, del Comité de Eventos Adversos Trazadores de la Calidad del Hospital Departamental de Villavicencio, los integrantes de dicho comité, estudiaron el caso del señor Belisario León Puentes, identificando el mismo como Evento trazador grave Evitable, debido al incumplimiento del protocolo de prevención de caídas de la institución, en razón a que se dejó solo al paciente sin supervisión por un espacio corto de tiempo, aunado a que no se identificó en la unidad el riesgo de caída, ni se solicitó acompañamiento para una actividad requerida (baño de paciente), así como tampoco se contó con equipos adecuados para movilización de pacientes, sillas para traslado de pacientes y sillas de ruedas insuficientes. En atención a lo anterior, la entidad adoptó plan de mejoramiento en este aspecto. (fls. 162 al 165 del c.1)

## 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 pacifico de los intereses lícitos de una persona, trátese de derechos pecuniarios o no pecuniarios, individuales o colectivos[1].

[1] Por el tratadista Dr. JUAN CARLOS HENAO.

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 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.

Para el caso que nos ocupa, esto es, la responsabilidad estatal por falla en el servicio médico, el Consejo de Estado, en oportunidad anterior, manifestó que tales hechos deben ser estudiados a través del régimen subjetivo de falla del servicio, precisando al efecto lo siguiente:

> *«Esta Corporación ha consolidado una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual aquella es de naturaleza subjetiva; es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica y hospitalaria, de suerte que, en términos generales, es carga del demandante acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y este»*[3].

En cuanto a la falla del servicio consistente en el incumplimiento del deber de seguridad, custodia y vigilancia de los centros hospitalarios frente a los pacientes, el H. Consejo de Estado[4], ha sostenido:

> *«En relación con la responsabilidad del Estado por los daños que se producen como consecuencia de errores u omisiones en las actividades conexas al acto médico o quirúrgico propiamente dicho, se registran en la jurisprudencia de la Corporación casos, como: (i) lesiones debidas a una vigilancia inadecuada, que ocasionan caída de camillas; (ii) la falta de mantenimiento de los equipos o instrumentales; (iii) la omisión o el error en el suministro o aplicación de medicamentos; (iv) falta de diligencia en la adquisición de medicamentos, y (v) lesiones causadas dentro de la institución hospitalaria (...) Un desarrollo particular se ha dado en la jurisprudencia a la obligación de seguridad que deben prestar las entidades hospitalarias, tema en relación con el cual la jurisprudencia de la Sala ha tenido oportunidad de señalar que el deber de seguridad de los hospitales y clínicas, se contrae a impedir que el paciente sufra algún accidente en el curso o con ocasión de la atención médica que se le preste, y que dentro de este deber se incluyen los de "seguridad, custodia y vigilancia". Es así como la obligación de seguridad pesa sobre el centro hospitalario y no sobre el médico, obligación de seguridad que se acentúa más en función de que el paciente esté en menores condiciones de valerse por sí mismo. La obligación de seguridad también comprende la carga adicional de velar por la seguridad del paciente durante todo el tiempo que permanece en la institución. No obstante, no se trata de una obligación de resultado sino de medios, lo que supone que el perjudicado debe probar la falla del servicio (...)*

[2] Consejo de Estado; Sección Tercera; sentencia del 16 de septiembre de 1999; Exp.10922 C.P. Ricardo Hoyos Duque.
[3] Consejo de Estado, sentencia del 07 de febrero de 2018, expediente No. 40.890, Consejero Ponente: Ramiro Pazos Guerrero.
[4] Consejo de Estado, Sección Tercera - Subsección C, sentencia del 22 de octubre de 2012; Exp. 24981; C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

*En ese sentido, la Sala tiene en cuenta que la seguridad del paciente es condición indispensable para lograr que la atención médica sea de calidad. En los procesos de atención de urgencias y de hospitalización, la seguridad del paciente comprende, siguiendo a la doctrina, un "conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de que ocurran eventos adversos como resultado de la exposición al sistema de atención médica durante la atención de enfermedades". Así mismo, se indica por la doctrina que "cuando el paciente está ingresado en el hospital aparte del contrato médico propiamente dicho existe el denominado <<contrato de hospitalización>>", del que puede derivar "una obligación de seguridad en base a la situación específica del paciente ingresado"»*

## IV. Análisis del caso concreto.

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** sufrido por los demandantes, consistente en el deterioro neurológico del estado de conciencia inmediato sufrido por el señor Belisario León Puentes, el día 09 de diciembre de 2009, tal como se encuentra acreditado en el expediente mediante la historia clínica, el que perduró hasta su muerte ocurrida el día 05 de julio de 2011[5], tal como se advierte de los testimonios rendidos en el proceso.

Se procede a establecer si el perjuicio sufrido por los demandantes, derivado de la lesión y el deceso del señor León Puentes, son atribuibles a la entidad demandada a título de falla del servicio.

Sostiene la parte actora que el daño se produjo como consecuencia de la falla del servicio médico y médico asistencial, derivada de: i) error en el diagnóstico por falta de práctica de exámenes necesarios para establecer el tratamiento a seguir; y, ii) retardo, omisión e indebida actuación médico asistencial tanto en el padecimiento inicial, como en el cuidado posterior a la cirugía de pulmón, desde el mes de octubre de 2009, especialmente en hechos ocurridos el día 9 de diciembre de ese año.

Sobre el punto, el Hospital accionado, argumenta que no se probó la existencia de una falla del servicio, en razón a que al paciente se le suministró la atención y el cuidado necesario, desde que ingresó al hospital considerando que se configuró la causal de culpa exclusiva de la víctima.

De acuerdo con el acervo probatorio allegado al proceso se tiene, que el señor Belisario León Puentes, estuvo recluido en el Hospital Departamental de Villavicencio, en tres oportunidades, la primera de ellas en el lapso comprendido entre el 07 y el 16 de octubre de 2009; la segunda, corresponde al periodo del 19

[5] Folio 33 y 213 del c. ppal.

de octubre al 10 de noviembre; y la última, del 18 de noviembre al 26 de diciembre de dicho año.

Así, en una primera ocasión, el señor León Puentes, ingresó el día 07 de octubre de 2009, a las 05:45 p.m., al servicio de urgencias del ente hospitalario, en ambulancia y acompañado por médico del Hospital de Medina (Cundinamarca), desde donde fue remitido por síndrome de dificultad respiratoria y derrame pleural derecho, con antecedente de trauma de torax por caída de semoviente. En la historia del paciente, se apuntó que desde hacía 5 días presentaba disnea que se fue haciendo progresiva hasta llegar a fase funcional IV, con tos ocasional, aunado a ello, que hacía 15 días había presentado trauma cerrado de tórax, y que en el sitio de remisión le habían tomado Rx tórax el que mostraba derrame pleural derecho masivo, por lo que se le diagnosticó «*síndrome de dificultad respiratoria del adulto*», relacionado con «*neumonía bacteriana, no especificada*», disponiendo como plan, observación, dieta blanda, cabecera elevada 30º, oxigeno por ventury a 35%, ssn 60 cc hr, enoxapirina, firosemida, enalapril, ampicilina sulbactan, asa 100 mg, ranitidina, exámenes de laboratorios, electrocardiograma, valoración por cirugía, ecografía tórax, control de signos vitales; posteriormente, ese mismo día, fue examinado nuevamente por médico internista, quien ordenó la realización de toracocentesis, procedimiento que no se efectuó, al no haber sido aceptado y autorizado por el señor Belisario León Puentes y por la ausencia de familiar que lo aceptara[6].

En este hilo conductor, se tiene que al día siguiente, el paciente permaneció en observación, fue valorado por profesional de medicina interna, quien confirmó el diagnóstico inicial, ordenando su traslado a piso. Luego se valora por cirugía general, quien indicó la necesidad de realizarle la toracocentesis, procedimiento que se efectuó a las 19:20 horas, en el que se evidenció drenaje francamente hemático, tratándose de sangre que no coagula, razón ésta por la cual, se dispuso hacerle cirugía de toracostomía cerrada derecha, la que se le realizó el mismo día a las 21:40 horas, llevada a cabo sin complicaciones[7]. Adicional a lo anterior, desde ese mismo momento, en cuanto a la condición neurológica del convaleciente, se registró en la historia clínica que el paciente presentaba lenguaje poco comprensible y desorientación.

Así, se observa que el día 09 del mismo mes y año, el paciente tuvo una mejoría del patrón respiratorio, siendo auscultado por medicina interna[8]; luego, el día 10, el convaleciente Belisario León Puentes, presentó pico febril de 38ºC, el cual fue atendido por el médico cirujano a las 13:40 horas, quien ordenó adicionar antibiótico de doxicilina y suministrarle dipirona y rayos X de tórax; éste último cuyo resultado arrojó *derrame pleural derecho. Tubo tórax para drenaje en la base del hemotorax*

[6] Fls. 52-53 envés anexo 1
[7] Fls. 20 y 53-54 envés anexo 1
[8] Adverso fl. 16 anexo 1

*derecho. Proyectil de arma de fuego en los tejidos blandos de la pared torácica izquierda. Cardiopatía hipertensiva y angioesclerosa*[9].

Igualmente, que el día 11 de octubre de ese año, el citado señor fue examinado por los galenos en cirugía general y medicina interna, quienes lo encontraron en buen estado y sin gran dificultad respiratoria, afebril, ordenando se continuara con el tratamiento instaurado y con terapias respiratorias; ese mismo día le realizaron radiografía de tórax, cuyo reporte fue similar al anterior[10], adicional se consigna que el paciente se encontraba inquieto.

Asimismo, se vislumbra que durante los días 12, 13, 14 y 15 de dicha época, el señor León Puentes, fue valorado por profesional de medicina interna, quien determinó que éste se encontraba sin signos de dificultad respiratoria, con evolución satisfactoria, y ordenando nuevamente Rx tórax por control, a quien también se le realizaron las terapias respiratorias; examinado incluso por cirugía general, especialidad que ordenó igual manejo de tratamiento y determinó que se encontraba en buen estado general y sin dificultad respiratoria[11]. Que el día 13, se le efectuó radiografía de tórax, cuyo resultado *silueta cardiaca magnificada. Derrame pleural libre derecho y tubo de toracostomía derecho*[12], también el 15 de octubre de 2009, se le realizó radiografía de tórax por control, la cual reportó *derrame pleural tabicado con volumen aproximado de 150cc* y *atelectasia comprensiva leve secundaria*[13]. Aunado a lo anterior, en relación con su estado neurológico, se indicó en la historia, que el paciente estaba inquieto, diaforético y hablado incoherencias, en esta última fecha, se ordena valoración por psiquiatría.

Que el día 16 del mismo mes y año, el pluricitado señor, fue visto por el cirujano general, quien al observar los resultados de la ecografía de tórax realizada el día anterior, ordenó igual manejo por medicina interna, lo cual se le dio salida a las 16:40 horas, con recomendaciones[14].

Ulteriormente, se muestra que el señor Belisario León Puentes, reingresa en una segunda oportunidad, por el servicio de urgencias del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., el día 19 de octubre de 2009, a las 09:00 a.m., al presentar picos febriles desde hacía dos días, siendo atendido en ese momento, por médico general de turno, quien ordenó hospitalizar, iniciar tratamiento, tomar exámenes de laboratorio, realizar radiografía y ecografía de tórax y valoración por medicina interna; posteriormente, a las 12:00 horas fue observado por el médico internista, quien dispuso como plan: observación, dieta normal, cabecera a 30°, oxigeno por cánula a 3lts x min, catéter venoso, furosemida, enalapril, espironolatona, ácido

[9] Fls. 18-19 envés y 46 anexo 1
[10] Fls. 20-21 envés y 45 anexo 1
[11] Fls. 22-24 envés anexo 1
[12] Fl. 44 anexo 1
[13] fls. 25-28 envés y fl. 45 anexo 1
[14] Fls. 25-28 envés y fl. 45 anexo 1

acetilsalicílico, lovastatina, omeprazol, ecografía tórax, TAC de tórax de contrastado, control de signos vitales y acetil cisteína[15].

A la postre, el día 20 de dicha época, el señor León Puentes fue revisado, nuevamente, por el médico internista, quien anotó entre otros diagnósticos: *síndrome confusional, deterioro cognitivo previo, sx ferroperico, insuficiencia renal, desacondicionamiento*; al igual, le fue realizada radiografía, en la que se evidenció *derrame pleural derecho de 400 cc con septos labicuda en su interior*, disponiendo igual plan manejo a tratamiento y valoración por cirugía general[16].

De esta manera, el día 21 de octubre de 2009, el afectado fue examinado por el médico cirujano, quien apuntó deterioro progresivo; luego fue tratado por el profesional en medicina interna, quien recomendó cirugía de toracostomía y revista por neumología, advirtiendo no dar salida hasta existir mejoría total en el paciente[17]; al día siguiente, fue tratado por el cirujano general, quien afirmó tener una moderada dificultad respiratoria, con igual manejo al tratamiento, se le realiza TAC de tórax y se le hacen terapias respiratorias[18]. Que los días 23, 24 y 25 de dicha fecha, fue visto por los galenos en cirugía general e internista, quienes consideraron que el paciente se encontraba en iguales condiciones generales, ordenándole punción percutánea, igual manejo a tratamiento y terapias[19]. Es de anotar que la terapeuta indica en sus notas de evolución el deterioro del estado neurológico del paciente. Para estos mismos días, se le diagnóstica síndrome mental orgánico al citado señor León Puentes.

Del mismo modo, el día 26 de octubre, el señor León Puentes fue atendido por el especialista en neumología, quien consideró necesario tratamiento por cirugía de toracostomía; luego, en horas de la tarde, le fue realizado en el área de radiología, toracocentesis en hemitórax, extrayéndosele 50cc de líquido pleural[20]. Al día siguiente, siendo las 03:00 a.m., fue trasladado a medicina interna, donde el cirujano general lo examinó físicamente, advirtiendo la necesidad de inmovilizar al paciente a fin de que no se retirara el drenaje, encontrándolo además, en regular estado de nutrición[21].

Para el día 28, fue valorado por el profesional en radiología intervencionista, quien al haber considerado un *hemotórax coagulado multitabicado*, sugirió paso de guía o lisis farmacológica. Que al día siguiente, fue examinado por medicina interna, quien solicitó concepto por neumología para que opinara respecto de la lisis farmacológica de hemotorax coagulado; por lo que el día 30, neumología consideró

[15] Fl. 15 envés y 30 anexo 3
[16] Fls. 16-18 y 31-32 anexo 3
[17] Adverso 18, fls. 19 y 20 envés, y 34 del anexo 3
[18] Fls. 35-38, 86 anexo 3
[19] Envés fl. 22 y fls. 23-25 adverso, 39-41 anexo 3
[20] Fl. 27 envés anexo 3
[21] fls. 59-60 anexo 3

el tratamiento a seguir ordenando valoración por cirugía general; y siendo examinado por éste, determinó continuar con el tratamiento instaurado[22].

De esta manera, se tiene que en los días 01 al 08 de noviembre de 2009, el paciente fue valorado por los profesionales en neumología, cirugía general, internista-neumólogo, quienes evidenciaron que no tenía signos de dificultad respiratoria ni de respuesta inflamatoria sistemática; por lo que se le dio de alta el día 10 del mismo mes y año[23].

Posteriormente, el señor Belisario León Puentes, ingresó nuevamente, al servicio de urgencias del Hospital Departamental de Villavicencio, el día 18 de noviembre de 2009 a las 22:01 horas, remitido por la Clínica Martha[24], el cual fue llevado a la sala de observación, donde fue atendido por el médico cirujano, quien le diagnosticó *epiema derecho vs hemotorax coagulado, SDR secundario* y *derrame pleural derecho*, ordenándole toma de TAC tórax y cerebral simple y valoración por neurocirugía y terapias respiratorias[25]; el resultado del TAC de cráneo simple, fue normal[26].

Al día siguiente, en horas de la mañana, el señor León Puentes entró a la Unidad de Cuidados Intermedios con diagnóstico de *hemotórax traumático*, con una evolución general adecuada, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, ordenando el médico de turno valoración por cirugía general; en horas de la tarde, fue atendido por el cirujano, quien consideró realizar *toracostomia cerrada* para drenaje por posible quiste en pulmón derecho, lo que generó se le realizara TAC de tórax, para definir conducta quirúrgica; se observa también que al paciente se le brindó terapia respiratoria[27].

Avizora el Despacho, que el día 20 de noviembre de ese año, se le efectuó TAC de tórax a nivel del lóbulo derecho, en el que observó *«forma de aspecto quístico de 16x11x15cm, volumen aproximado de 1200 cc, con colección líquida hipodensa, nivel hidroaereo, con consolidación pulmonar adyacentes, hallazgos compatibles con absceso, derrame pleural...En el segmento apicoposterior del lóbulo superior izquierdo se observa 2 nódulos de 8 y 10m de tejidos blandos...»*[28]. Ese mismo día, fue llevado a sala de cirugía N° 5, donde se le realizó a las 08:20 p.m., toracostomía cerrada[29]; posteriormente a las 20:30 horas, fue trasladado a piso de servicio quirúrgico, donde recibió tratamiento y se le ordenó radiografía de tórax[30].

---

[22] Fl. 60-69 envés anexo 3
[23] Fls. 60-85 del anexo 3
[24] Folios 125-127 del cuaderno anexo 1
[25] Folios 213 envés anexo 2
[26] Fl. 217 anexo 2
[27] Fls. 129-134; 138 y139 anexo 1; fls. 205 envés, 211-212, adverso 213, 214 y 215 anexo 2
[28] Fl. 144 anexo 1
[29] Fl. 167-168 y 202 anexo 2
[30] Fls.165-166 anexo 2

Que los días 21 al 23, el señor León Puentes fue visto por médico general y cirujano, quienes lo encontraron sin signos de dificultad respiratoria, estable, tranquilo, éste último al observarle alteración del estado neurológico ordenó TAC de cráneo simple y fisioterapia; ésta última ejecutada ese mismo día a las 11:00 a.m.; luego fue valorado por el comité de infecciones, el cual conceptuó *«Paciente de 60 (sic) años con antecedente de trauma cerrado de torcio (sic) con posterior formación de coagulo y sobreinfección secundaria presenta empiema derecho al cual se le colocó toracostomía derecho con drenaje de material purulento cuyo cultivo reportó E. coli resistente con patrón de Bleep (+) por lo cual de alternativa única de manejo es carbapenem o tisecidina...»*, por lo que sugirió a los médicos tratantes cambiar esquema de antibiótico por Ertapenem de 1gr cada 24h[31]. También, se le realizó TAC cerebral simple, el cual reportó infarto cerebeloso izquierdo antiguo, pérdida de volumen de predominio subcortical del encéfalo de forma generalizada[32].

En el mismo sentido, para los días 24 al 26 de noviembre, fue valorado por los especialistas en cirugía general y por médico general, quienes observaron al paciente sin dificultad respiratoria, ordenaron nuevamente TAC de tórax, igual manejo de antibiótico, terapias respiratorias; los especialistas recomendaron nuevo procedimiento de tórax con riesgo de morbimortalidad; en dicho periodo le fue realizada fisioterapias, terapias respiratorias y escanografía de tórax que mostró colección pleural en hemitorax derecho correspondiente a epiema[33]. Al día siguiente, es decir, el 27 de esa época, se le realizó toracostomía derecha, decorticación pulmonar, pleurectomía y drenaje de epiema, procedimiento que fue llevado sin ninguna complicación[34]; no obstante, antes de la cirugía, el paciente se encontraba con estados alterados de la conciencia, indicando la familia que previo a la caída del semoviente, él ya tenía alteraciones tanto de la conciencia como de la marcha. Que durante los días 27 al 30 de noviembre de 2009, tenía una evolución favorable, razón por la cual, se trasladó a piso el día 01 de diciembre de 2009[35].

Después, se tiene, que los días 01 al 08 de diciembre de ese año, el señor Belisario León fue vigilado frecuentemente por el personal de enfermería del hospital, encontrándose inmovilizado y sin complicaciones posteriores a las cirugías practicadas, siendo valorado en las dos jornadas por el médico general y el médico cirujano, quienes refirieron encontrarlo sin dificultad respiratoria, con plan de dieta normal, antibióticos de meropenem, oxicilina y otros; además con una evolución favorable, anímicamente con mejoría, con orden de nueva radiografía de tórax y terapias respiratorias[36].

Así mismo, se tiene probado que el 09 de diciembre de 2009 aproximadamente a las 06:45 a.m., aun estando hospitalizado, el señor Belisario León Puentes sufrió

[31] Fls. 168-172 envés anexo 2
[32] Fls. 192 y 195 anexo 2
[33] Fls. 173-180, 193 anexo 2
[34] Fls. 181-183; 197-198 y adversos del anexo 2
[35] Fl. 64-65 reverso y 67-90 del anexo 1
[36] Fls. 90-96 envés C.1

una caída de su propia altura estando sentado en una silla rimax e inmovilizado, presentando herida con sangrado en la región frontal derecha de más o menos 3 cm, con deterioro neurológico del estado de conciencia inmediato; se le informó a médico y jefe enfermera de turno, quienes acudieron al llamado (07:00 a.m.), el primero de ellos, ordenó de urgencia TAC de cráneo y valoración por neurocirugía[37], ordenes que fueron ejecutadas: ***i)*** TAC de cráneo simple a las 07:57 a.m., cuyo reporte informó *hematoma subdural con nivel denso en su interior sugestivo de hematoma subdural crónico con resangrado a nivel frontotemporoparietal izquierdo con espesor de máximo de 15 mm, ejerce efecto de masa comprimiendo los surcos corticales y parcialmente el ventrículo lateral ipsilateral y desvia la línea media hacia la derecha en 10 mm (hernia subfalcial), no se identifican fracturas, hematoma subgaleal frontal derecho*[38]; y ***ii)*** valoración en la especialidad de neurocirugía, quien consideró que era una urgencia vital, ordenando cirugía inmediata para drenaje de hematoma[39]; la cual fue realizada a las 09:30 horas y sin complicaciones[40].

Al día siguiente, al ser valorado por el médico en cirugía general, le fue diagnosticado TEC severo, hematoma subdural agudo hemisférico izquierdo con POP de craneotomía fronto temporo parietal izquierda + drenaje de HSA + craneoplastia autóloga + ventriculostomia, ECV cerebeloso antiguo, TX cerrado de tórax – hemoneumotorax derecho y POP de tocatomía derecha + pleurectomía + drenaje de epiema + neumorrafias + doble toracostomia; considerando luego de ser examinado, haberlo encontrado en mal estado general, con una evolución neurológica estacionaria, ordenando destete de noradrenalina e iniciar profilaxis anticonvulsivante con feitoina 125mg iv c/8h y proxilaxis antitrombotica con enoxaparina 40 mg sc/día; al igual fue valorado por médico neurocirujano, quien suspendió sedo analgesia para evaluar respuesta neurológica. Luego, fue auscultado por el médico de cirugía general, quien ordenó retirar las toracostomías. En la tarde se encontró con glasgow de 6/15[41].

Que el día 11 de diciembre, en la mañana, el paciente presentaba una presión intracerebral adecuada, se encontraba normotenso, con gasto urinario adecuado, con una mejoría de la presión de perfusión cerebral, tolerando desmonte de noradrenalina, sin una adecuada respuesta neurológica y recuperación de sus estado de conciencia; que al haber sido examinado por el servicio de neurocirugía se decidió tomar TAC cerebral de control; luego, en horas de la tarde se presentó una variación del glasgow por 8/15[42]. Al día siguiente, el paciente se encontraba normotenso, con pupilas isocoricas reactivas, intentando apertura ocular, con glascow de 8/15, con cifras de frecuencia cardíaca adecuadas, con gases arteriales

[37] Reverso fls.35 y 100, fls. 36-37 y 101-102 cuaderno principal 1
[38] Fl. 111 C.1
[39] Fl. 87, 97-98, reverso fl.101 y fl. 102 C.1
[40] Fl. 103, 123-132 envés C.1
[41] Fls. 94-96 y 152 envés y fl. 153 anexo 1
[42] Fls. 90-92 envés y 153 anexo 1.

si trastorno en la oxigenación; posteriormente, en horas de la tarde, presentó glascow de 7/15[43].

Continuando, para los días 13 al 19 de esa época, el señor León Puentes fue examinado por médico en cirugía general, neurocirujano, quienes consideraron al paciente en mal estado general, con evolución neurológica estacionaria, determinándose la necesidad de de traqueotomía y gastrostomía e iniciar manejo de antibiótico de oxacilina por la celulitis en la herida quirúrgica; además, interrogaron infarto a nivel de la cápsula interna derecha, solicitándose resonancia magnética nuclear cerebral simple y Rx de columna cervical; decidiéndose el traslado a la unidad de cuidados intermedios para continuar manejo conjunto con el servicio de neurocirugía.

En la Unidad de Cuidados Intermedios, el paciente fue valorado por el médico cirujano, quien consignó que continuaba estable, con poca relación con en el medio, sin obedecer órdenes, con hemiparesia izquierda, con glascow de 10/15, con evolución neurológica estacionaria, sin signos de infección, por lo que ordenó suspender antibiótico de oxacilina, agregando que se encontraba pendiente realizar gastrostomía endoscópica por el servicio de cirugía gastrointestinal[44].

Por último, se contempla que desde el 21 al 26 de diciembre de 2009, el paciente León Puentes, fue examinado por el médico cirujano y neurocirugía, quienes registraron encontrarlo sin signos de dificultad respiratoria, tensiones arteriales normales, sin signos de bajo gasto, ventilatoriamente mejor, normosaturado, en mejores condiciones con gastrostomía y traqueotomía permeables, hermodinamicamente estable, sin cambios neurológicos, sin alteración funcional renal ni alteraciones iónicas, y glascow de 10/15, en regulares condiciones generales, obedeciendo a órdenes sencillas, con apertura ocular espontanea, ordenando vigilancia metabólica, neurológica y respiratoria con iguales órdenes médicas. El día 26 de esa fecha, el paciente fue trasladado a piso de especialidades, sin que se cuente con información posterior a dicha fecha.

Ahora bien, respecto del primer punto, por el cual se endilga responsabilidad a la entidad accionada, consistente en el error en el diagnóstico, por la falta de práctica de exámenes necesarios para establecer el tratamiento a seguir, se tiene probado, en primer lugar, que el pluricitado señor León Puentes, antes de su ingreso al centro hospitalario padeció un trauma cerrado de tórax, lo que le conllevó a presentar disnea progresiva que tenía 6 días de evolución al momento de su ingreso al Hospital Departamental de Villavicencio, razón por la que se apuntó que el mismo se dio en estado regular, con signos de dificultad respiratoria, siendo claro que la institución hospitalaria, desde el primer momento en que atendió al paciente, colocó

[43] Fls. 88-89, 93 y 153 adversos anexo 1
[44] Fls. envés 142 y fls. 167-168 anexo 1

a su servicio todos los conocimientos y asistencia necesaria tendiente a recuperar el grave estado de salud que presentaba, lo que finalmente fue posible.

De suerte que no es factible colegir -como se afirma en la demanda- que hubo una atención negligente, indebida e inoportuna por parte de la demandada, basada en la falta de exámenes que le permitieran el obtener el diagnóstico de su padecimiento, pues desde su mismo ingreso y durante su permanencia el diagnóstico fue acertado y tratado de manera debida, para lo que los médicos se fundamentaron en las pruebas de laboratorio y de imágenes practicadas al convaleciente.

Adicional a ello, la terapia farmacológica instaurada fue efectiva, al punto que se logró su recuperación, amén de constatarse que fue examinado por médico general, medicina interna, médico cirujano, neumología y neurocirugía, aunado a ello, se reitera, se le practicaron rayos x de tórax, exámenes paraclínicos, examen de gases arteriales, hemocultivo, TAC cerebral y de torax, todos ellos en varias oportunidades en su estancia hospitalaria, conforme se observa en la historia clínica, adicional a ello el paciente refirió sentirse bien y sin presentar dificultad respiratoria, por lo que se le dio salida en dos oportunidades, con recomendaciones y signos de alarma.

En segundo lugar, la historia clínica permite llegar a la conclusión de que al paciente le fue diagnosticado inicialmente un derrame pleural derecho, frente a la que se le indicó debía realizársele toracocentesis, procedimiento que no autorizó ese día, razón por la que se instauró tratamiento en ese momento, y sólo hasta el siguiente, ante la insistencia del especialista en medicina interna, fue intervenido. Seguidamente, se somete al procedimiento de toracostomía cerrada derecha para retirar la acumulación de líquido adicional en el espacio del pulmón, para cuyas intervenciones los médicos se apoyaron en los exámenes de imagenología practicados, tanto en el momento previo a las cirugías como posteriores a los mismos. Aunado a lo anterior, si bien el diagnóstico cambia, ello obedece a las complicaciones propias del padecimiento principal que lo aqueja, aunado al empeoramiento de su condición neurológica debido a la caida sufrida el día 09 de diciembre de 2009; por tanto, se emplearon los recursos que estaban al alcance del personal médico para tratar la patología del paciente; por tal razón no está llamada a prosperar la pretensión en cuanto a este aspecto, se reitera, en cuanto no se probó un diagnóstico errado frente a la patología del paciente.

El otro punto que se invoca como sustento de responsabilidad, se refiere al retardo, omisión e indebida actuación médico asistencial, tanto en el padecimiento inicial como en el cuidado posterior a la cirugía de pulmón. En lo atinente al primer punto de este reparo, se evidencia que el día 15 de octubre de 2009, se le practica al paciente, radiografía de torax por control, cuyo resultado fue *derrame pleural tabicado, con volumen aproximado de 150 cc y atelectasia comprensiva leve secundaria*, pese a lo cual, al día siguiente se le da salida a las 4:40 p.m.,

reingresando al servicio de urgencias del mismo hospital el día 19 de octubre de esa anualidad, a las 9:00 a.m., por presentar picos febriles desde hacía dos (2) días.

Sobre el particular, el dictamen señaló que en este hecho del alta hospitalaria en tal fecha, fue imprudente, al tanto que retrasó y agravó la evolución posterior del paciente. De lo anterior se infiere, que en efecto, se presentó una falla médica en este momento, no obstante, la misma no se configura en la causa eficiente del daño que se reclama, máxime cuando la misma no guarda relación con el estado posterior de pérdida de la conciencia, y menos aún se probó, con la muerte del mismo.

Un segundo punto en este reclamo, se encamina a atribuir la falla al servicio médico asistencial, derivada del descuido por parte del personal adscrito a la entidad, al dejar caer al señor León Puentes, violentamente al piso causándole fractura de cráneo, generándole un deterioro irreversible a nivel cerebral, situación que lo dejó en estado vegetativo hasta el día de su muerte.

Al respecto, se tiene probado que el día 09 de diciembre de 2009 aproximadamente a las 06:45 a.m., el señor Belisario León Puentes sufrió una caída de su propia altura estando sentado en una silla rimax e inmovilizado, presentando herida con sangrado en la región frontal derecha de más o menos 3 cm, con deterioro neurológico del estado de conciencia inmediato; motivo por el cual, se le realizó TAC de cráneo simple a las 07:57 a.m., cuyo reporte informó *hematoma subdural con nivel denso en su interior sugestivo de hematoma subdural crónico con resangrado a nivel frontotemporoparietal izquierdo con espesor de máximo de 15 mm, ejerce efecto de masa comprimiendo los surcos corticales y parcialmente el ventrículo lateral ipsilateral y desvia la línea media hacia la derecha en 10 mm (hernia subfalcial), no se identifican fracturas, hematoma subgaleal frontal derecho*[45]; signo que no había sido visto u observado en los rayos x de cráneo simple realizados antes de su caída; fue valorado en la especialidad de neurocirugía, quien declaró urgencia vital y ordenó cirugía inmediata para drenaje de hematoma[46]; la cual fue realizada a las 09:30 horas y llevada a cabo sin complicaciones[47].

Lo anterior, fue estudiado como un evento adverso por parte de la entidad hospitalaria, calificado como un evento trazador grave evitable, atribuido al incumplimiento del protocolo de prevención de caídas, en tanto se dejó solo al paciente, sin supervisión por un espacio corto de tiempo, aunado a que no se identificó en la unidad el riesgo de caída, ni se solicitó acompañamiento para una actividad requerida, como lo era el baño del paciente, así como tampoco se contó con equipos adecuados para su movilización, factores todos estos que contribuyeron a la concreción del riesgo y que llevaron a la entidad a formular un plan de mejoramiento.

[45] Fl. 111 C.1
[46] Fl. 87, 97-98, reverso fl.101 y fl. 102 C.1
[47] Fl. 103, 123-132 envés C.1

En este orden es claro, que el evento adverso, consistente en la caída del paciente mientras se encontraba en recuperación a cargo de la entidad demandada, configura una falla del servicio médico asistencial, imputable a la entidad demandada.

Ahora bien, advierte el Despacho que si bien es cierto, la caída produce un deterioro neurológico del estado de conciencia inmediato; no ha de pasarse por alto, que tal y como lo describe el TAC cerebral que se realiza en ese momento, dicho golpe no ocasiona fractura del cráneo, sino hematoma subdural crónico con resangrado a nivel frontotemporoparietal izquierdo con espesor de máximo 15mm, ello aunado al diagnóstico neurológico previo que ya se tenía del paciente, consistente en síndrome mental orgánico, del cual se dejó constancia a lo largo de la estancia hospitalaria, de lo que se infiere que es posible que en el resultado final hubiere influido la condición anterior que ya traía instaurada el paciente, es decir, el síndrome mental que venía padeciendo, asociado al hecho del trauma anterior que presentaba en su cerebro, frente al cual no se tiene constancia de su ocurrencia. En consecuencia, se disminuirá el valor de la condena en un cincuenta por ciento (50%).

Finalmente, se reclama por la muerte del paciente acaecida el día 05 de julio de 2011, en estado vegetativo según se afirmó por los declarantes. En relación con este tópico, se advierte que las pruebas dan cuenta que el señor León Puentes permaneció hospitalizado hasta el día 26 de diciembre de 2009, sin que se tenga certeza de qué sucedió con posterioridad a dicha fecha, menos aún que la causa de su muerte sea consecuencia de la evolución de la enfermedad que lo aquejaba, razón por la cual, no es posible atribuir responsabilidad a la demandada por este aspecto.

Así las cosas, la respuesta al primer problema jurídico planteado es afirmativa, siendo procedente el estudio relativo a los perjuicios reclamados, conforme se plantea en el segundo interrogante propuesto por el Despacho, tal y como se estudia a continuación.

## V. Liquidación de perjuicios.

### 5.1. Lucro cesante.

En la demanda se peticiona se reconozca la suma de $634'275.399 a la señora Flor Alba Barreto, quien dependía de su cónyuge Belisario León Puentes, al haber sido un reconocido agricultor y ganadero que devengaba un ingreso mensual superior a los 10 SMMLV, los cuales dedicaba un 50% a su sostenimiento personal y el otro 50% a su cónyuge.

Sobre el punto, considera esta operadora jurídica que es procedente acceder al reconocimiento de este perjuicio, en tanto, se acreditó en el proceso que el señor BELISARIO LEON PUENTES, para la fecha de ocurrencia del accidente que lo llevó a requerir atención hospitalaria, laboraba en fincas en actividades de agricultura y ganadería, tal como afirmaron los testigos que concurrieron al proceso.

Sin embargo, al no haberse demostrado el valor que este devengaba por la realización de la actividad mencionada, se presumirá que percibía un salario mínimo legal mensual vigente para el momento de la lesión, tal como lo ha indicado el Consejo de Estado para eventos como el sub - judice[48], valor que actualizado con aplicación de la fórmula utilizada reiteradamente por este Alto Tribunal, arroja una suma inferior al salario mínimo legal mensual vigente para la fecha de la presente liquidación ($828.116), por lo que en consecuencia se tomará éste último como ingreso base dicha suma.

Al valor en mención se le aumentará el 25% por prestaciones sociales, esto es, $207.029, para un total de $1.035.045, valor al que se le calcula sobre el 100% teniendo en cuenta el diagnóstico final del citado León Puentes. Ahora, como quiera que en la demanda se informa que dedicaba el 50% a su sustento personal, se tendrá como base de liquidación del perjuicio a favor de su esposa, el restante 50%.

Como quiera que la falla que se le endilga al Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., es por el incumplimiento de las obligaciones de seguridad que tenía para con el paciente, las cuales se produjeron el día 9 de diciembre de 2009, la indemnización por este perjuicio se calculará desde dicha fecha hasta el momento de su muerte, acaecida el día 05 de julio de 2011.

**Lucro cesante debido o consolidado**

El lucro cesante consolidado, corresponde al tiempo transcurrido desde la ocurrencia del daño (fecha de la caída) hasta la fecha de la muerte, esto es, desde el 09 de diciembre de 2009, hasta el 05 de julio de 2011, con fundamento en la siguiente fórmula:

$$S = Ra \frac{(1+i)^n - 1}{i}$$

S = Es la indemnización a obtener.
Ra = Es la renta actualizada o ingreso base de liquidación que equivale a $517.522
i= Interés puro o técnico: 0.004867

[48] Consejo de Estado, sentencia del 29 de mayo de 2014, expediente No. 26.983, Consejero Ponente: Hernán Andrade Rincón.

n= Número de meses que comprende el período indemnizable: desde el día de la caída (9 de diciembre de 2009) hasta la fecha de la muerte (05 de julio de 2011), esto es, 18.90 meses.

$$S= \$517.522^* \frac{(1 + 0.004867)^{18,90} - 1}{0.004867}$$

**S= $10.219.140,86**

Ahora, en atención a la reducción de la condena en un cincuenta por ciento, el monto a indemnizar por este concepto corresponde a CINCO MILLONES CIENTO NUEVE MIL QUINIENTOS SETENTA PESOS CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS ($5'109.570,43).

**5.2. Daño emergente.**

Se reclama por este concepto los gastos en que incurrió la demandante Flor Alba Barreto, para solventar los gastos de enfermería, medicamentos, atenciones, transportes desde el momento de los hechos hasta el día del fallecimiento del señor Belisario León Puentes, y los gastos del servicio funerario, los que tasan en la suma de $23'000.000. Revisadas las probanzas no se acredita prueba siquiera sumaria, de que la parte demandante, haya sufragado dichos gastos; de manera que no habrá lugar a su concesión.

**5.3. Perjuicios morales.**

En la demanda se solicitó el reconocimiento de perjuicios morales en doscientos (200) salarios mínimos legales mensuales vigentes, a favor de cada uno de los demandantes.

Atendiendo lo dispuesto por la jurisprudencia vigente del Honorable Consejo de Estado, sobre el reconocimiento y liquidación del perjuicio moral, el cual ha sido definido como el dolor, la angustia, la aflicción, etc.[49]. En relación con este tipo de perjuicios, el Honorable Consejo de Estado, en Sentencia de Unificación Jurisprudencial de la Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera, fechada el 28 de agosto de 2014, Exp. 31172, con ponencia de la Magistrada Olga Mélida Valle de la Hoz, precisó que la tasación de los daños causados por las lesiones sufridas por una persona dependerán de la gravedad o levedad de las mismas; así mismo, indicó que a las víctimas indirectas se asignará un porcentaje del máximo a reconocer de acuerdo con el nivel de relación en que éstas se hallen respecto del lesionado. Veamos:

[49] En sentencia de unificación de jurisprudencia del 14 de septiembre de 2011, con ponencia del consejero Enrique Gil Botero, la Sección Tercera del Consejo de Estado

| GRAFICO No. 2<br>REPARACION DEL DAÑO MORAL EN CASO DE LESIONES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | NIVEL 1 | NIVEL 2 | NIVEL 3 | NIVEL 4 | NIVEL 5 |
| **GRAVEDAD DE LA LESIÓN** | Víctima directa y relaciones afectivas conyugales y paterno-filiales | relación afectiva del 2º de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos) | Relación afectiva del 3º de consanguinidad o civil | Relación afectiva del 4º de consanguinidad o civil. | Relaciones afectivas no familiares - terceros damnificados |
| | **SMLMV** | **SMLMV** | **SMLMV** | **SMLMV** | **SMLMV** |
| Igual o superior al 50% | 100 | 50 | 35 | 25 | 15 |
| Igual o superior al 40% e inferior al 50% | 80 | 40 | 28 | 20 | 12 |
| Igual o superior al 30% e inferior al 40% | 60 | 30 | 21 | 15 | 9 |
| Igual o superior al 20% e inferior al 30% | 40 | 20 | 14 | 10 | 6 |
| Igual o superior al 10% e inferior al 20% | 20 | 10 | 7 | 5 | 3 |
| Igual o superior al 1% e inferior al 10% | 10 | 5 | 3,5 | 2,5 | 1,5 |

Igualmente, la jurisprudencia ha señalado que el daño moral se presume en los grados de parentesco cercanos, por lo que el juez no puede desconocer la regla de la experiencia que señala que el núcleo familiar cercano se aflige o acongoja con los daños irrogados a uno de sus miembros, lo cual es constitutivo de un perjuicio moral, disponiendo para ello que en relación con los niveles 1º y 2º, los cuales se deducen del grado de parentesco, sólo se requerirá la prueba del estado civil.

De esta manera, el Despacho considera importante advertir que de conformidad con el acervo probatorio obrante en el expediente, se puede establecer con claridad meridiana que como consecuencia de la caída en el centro hospitalario, el señor Belisario León Puentes, sufrió deterioro neurológico del estado de conciencia inmediato el que se prolongó hasta su muerte; sin embargo, de las pruebas allegadas al proceso, no es posible establecer si al señor León Puentes se le decretó alguna incapacidad, cuánto tiempo estuvo incapacitado; pero si está acreditada la gravedad de dicha lesión, la cual lo dejó en estado vegetativo, que si bien ésta no se encuentra acreditada porcentualmente con un dictamen médico, si se está demostrada en la historia clínica.

Así las cosas, en el presente asunto está acreditado que la señora Flor Alba Barreto de León era la esposa de la víctima directa Belisario León Puentes, tal como consta en el registro civil de matrimonio. Así mismo, se encuentra probado que José Humberto León Barreto, Ana Lucía León Barreto, Martha León Barreto, María Emma León Barreto, Luis Francisco León Rodríguez, Gilberto León Rodríguez y María Aminta León Rodríguez son hijos de la víctima. Igualmente, se evidencia que el señor Manuel Antonio León Puentes era su hermano, por tanto se reconocerán este tipo de perjuicios así:

- A los señores Flor Alba Barreto de León, José Humberto León Barreto, Ana Lucía León Barreto, Martha León Barreto, María Emma León Barreto, Luis

Francisco León Rodríguez, Gilberto León Rodríguez y María Aminta León Rodríguez en cuantía de cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes, para cada uno de ellos, en razón de la reducción de la condena.

- Para su hermano, Manuel Antonio León Puentes, en cuantía de veinticinco (25) salarios mínimos legales mensuales vigentes, para cada uno de ellos.

**VI. 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,

**RESUELVE**

**PRIMERO. Declarar** al Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., patrimonialmente responsable de los daños sufridos por los demandantes, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva.

**SEGUNDO. Condenar** al Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., a pagar por concepto de perjuicios materiales, a favor de la señora FLOR ALBA BARRETO DE LEON, la suma correspondiente a CINCO MILLONES CIENTO NUEVE MIL QUINIENTOS SETENTA PESOS CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS ($5'109.570,43), de acuerdo a lo dispuesto en la motiva.

**TERCERO. Condenar** al Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., a pagar por concepto de perjuicios morales, las siguientes sumas de dinero, a favor de los demandantes, así:

| Demandante | Salarios |
|---|---|
| Flor Alba Barreto de León | 50 SMLMV |
| José Humberto León Barreto | 50 SMLMV |
| Ana Lucía León Barreto | 50 SMLMV |
| Martha León Barreto | 50 SMLMV |
| María Emma León Barreto | 50 SMLMV |
| Luis Francisco León Rodríguez | 50 SMLMV |
| Gilberto León Rodríguez | 50 SMLMV |
| María Aminta León Rodríguez | 50 SMLMV |
| Manuel Antonio León Puentes | 25 SMLMV |

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

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

**SEXTO. DÉSE** cumplimiento a la sentencia en los términos establecidos en los artículos 176 a 178 del Código Contencioso Administrativo.

**SÉPTIMO.** Ejecutoriada esta providencia, por secretaría, procédase a su archivo, previa expedición de copia auténtica del presente fallo con su respectiva constancia de ejecutoria al interesado y cúmplase con las comunicaciones del caso (artículos 173 y 177 del C.C.A.)

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

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,**

**GLADYS TERESA HERRERA MONSALVE**
Jueza

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

**JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO**

**NOTIFICACIÓN**

En Villavicencio, a los _____ se NOTIFICA PERSONALMENTE la providencia de fecha **16 DE SEPTIEMBRE 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 31 706 2012 00004 00**

**JUEZ:** GLADYS TERESA HERRERA MONSALVE.

**NATURALEZA:** REPARACIÓN DIRECTA

**DEMANDANTE:** FLOR ALBA BARRETO DE LEÓN Y OTROS

**DEMANDADO:** HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.

**PROVEÍDO:** DIECISÉIS (16) 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 veinte (20) de septiembre de 2019 a las 7:30 a.m.

**ROSA ELENA VIDAL GONZÁLEZ**
**Secretaria**

**DESFIJACION**

24/09/2019- 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 GONZÁLEZ**
**Secretaria**