



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

Villavicencio, trece (13) de junio dos mil dieciocho (2018)

RADICACIÓN : 50001 33 31 005 2011 00289 00
DEMANDANTE : **ÁNGELA MARÍA QUIROGA VERGARA Y OTROS**
DEMANDADO : **E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO**
ACCIÓN : **REPARACIÓN DIRECTA**

ANTECEDENTES

A través de apoderado, los señores **ÁNGELA MARÍA QUIROGA VERGARA**, **FABIAN HERRERA FUENTES**, actuando en nombre propio y en representación de su menor hijo **SAMUEL HERRERA QUIROGA**; así como las señoras **LUZ NELLY VERGARA** e **INÉS FUENTES DE HERRERA**, instauraron demanda de Reparación Directa en contra de la **E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO**, con el fin de obtener la reparación de los perjuicios causados como consecuencia de la falla del servicio médico asistencial representada en la falta de valoración médica especializada al menor **SAMUEL HERRERA QUIROGA**, que indican causó la retinopatía de la prematurez y posteriormente ceguera total diagnosticada el día 3 de diciembre de 2008, solicitando se despachen favorablemente las siguientes pretensiones:

"Primera. DECLARACIONES.

Se declare administrativamente responsable Al HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E., por la FALLA EN EL SERVICIO, producida por la deficiente prestación del servicio de la Entidad DEMANDADA, en el cumplimiento de la Prestación Médico Asistencial a Cargo de la entidad, en el que resultó lesionado de gravedad el menor SAMUEL HERRERA QUIROGA, causando perjuicios de orden inmaterial y material a los DEMANDANTES.

Segunda. CONDENAS.

Como consecuencia de la anterior declaración se condene al HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E., al pago de los siguientes perjuicios causados a los DEMANDANTES.

2.1. Pagar a favor del menor SAMUEL HERRERA QUIROGA, como Directo Perjudicado, las siguientes sumas de dinero:

PERJUICIOS MATERIALES	
<i>Lucro cesante. De los Perjuicios debidos o consolidados y los futuros o anticipados, teniendo en cuenta la condición de la Víctima Directa (menor de edad) y la reducción de la capacidad laboral a determinar por la pérdida del sentido de la vista, conforme a lo que resulte probado dentro del proceso.</i>	
PERJUICIOS INMATERIALES	

19-21



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

<i>Daño Moral 200 SMMLV o al tope máximo que la jurisprudencia reconozca al momento de dictar sentencia</i>	\$103.000.000
<i>Daño a la vida de la relación 500 SMMLV o al tope máximo que la jurisprudencia reconozca al momento del dictar sentencia.</i>	\$257.500.000
<i>Daño a la salud 500 SMMLV o al tope máximo que la jurisprudencia reconozca al momento del dictar sentencia.</i>	\$257.500.000

2.2. Pagar a favor de la señora **ANGELA MARIA QUIROGA VERGARA**, como **Madre del directo perjudicado**, las siguientes sumas de dinero:

PERJUICIOS MATERIALES	
<i>Daño emergente</i>	1'583.500
<i>Lucro cesante. De los Perjuicios debidos o consolidados y los futuros o anticipados, conforme a lo que resulte probado dentro del proceso.</i>	
PERJUICIOS INMATERIALES	
<i>Daño Moral 200 SMMLV o al tope máximo que la jurisprudencia reconozca al momento de dictar sentencia</i>	\$103.000.000
<i>Daño a la vida de la relación 400 SMMLV o al tope máximo que la jurisprudencia reconozca al momento del dictar sentencia.</i>	\$206.000.000

2.3. Pagar a favor de **FABIAN ORLANDO HERRERA FUENTES**, como **Padre Directo Perjudicada (sic)** las siguientes sumas de dinero:

PERJUICIOS MATERIALES	-0-
PERJUICIOS INMATERIALES	
<i>Daño Moral 200 SMMLV o al tope máximo que la jurisprudencia reconozca al momento de dictar sentencia</i>	\$103.000.000
<i>Daño a la vida de la relación 400 SMMLV o al tope máximo que la jurisprudencia reconozca al momento del dictar sentencia.</i>	\$206.000.000

2.4. Pagar a favor de la señora **LUZ NELLY VERGARA**, como **abuela Materna del Directo Perjudicado** las siguientes sumas de dinero:

PERJUICIOS MATERIALES	-0-
PERJUICIOS INMATERIALES	
<i>Daño Moral 100 SMMLV o al tope máximo que la jurisprudencia reconozca al momento de dictar sentencia</i>	\$51.500.000
<i>Daño a la vida de la relación 400 SMMLV o al tope máximo que la jurisprudencia reconozca al momento del dictar sentencia.</i>	\$206.000.000

2.5. Pagar a favor de la señora **INES FUENTES DE HERRERA** como **abuela Paterna del Directo perjudicado** las siguientes sumas de dinero:

PERJUICIOS MATERIALES	-0-
------------------------------	-----



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

PERJUICIOS INMATERIALES	
<i>Daño Moral 100 SMMLV o al tope máximo que la jurisprudencia reconozca al momento de dictar sentencia</i>	\$51.500.000
<i>Daño a la vida de la relación 400 SMMLV o al tope máximo que la jurisprudencia reconozca al momento del dictar sentencia.</i>	\$206.000.000

Tercera. CUMPLIMIENTO DE LA SENTENCIA

La entidad Demandada o las obligadas al pago, darán estricto cumplimiento a las previsiones de los artículos 176, 177 y 178 del C.C.A.”

I. HECHOS

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

1. Indicaron que el menor SAMUEL HERRERA QUIROGA, es hijo de ANGELA MARÍA QUIROGA VERGARA y FABIAN ORLANDO HERRERA FUENTES, y nieto de LUZ NELLY VERGARA e INÉS FUENTES DE HERRERA.

2. Señalaron que la señora ANGELA MARÍA QUIROGA VERGARA fue atendida en el Hospital Departamental de Villavicencio, como persona vinculada al sisben; y luego de conocer su estado de embarazo, asistió a los controles prenatales que le fueran fijados por los médicos tratantes, de los cuales no se le evidenció alteración alguna durante su gestación.

3. Manifestaron que el día 12 de junio de 2008 la señora ÁNGELA QUIROGA, al tener entre 31 y 32 semanas de gestación, tuvo al neonato SAMUEL HERRERA QUIROGA, en el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., con un peso de 1.770 gramos (bajo de peso), quien luego fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y posteriormente a Cuidado intermedio, donde recibió tratamiento con oxígeno permanente por 21 días.

4. Enunciaron que durante la estadía en las unidades de cuidados intensivos, el neonato no fue valorado por especialista en oftalmología, por lo que al no existir registro de exámenes visuales, se incumplió la norma técnica para detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual (Resolución N° 00412 de 2000 del Ministerio de la Protección), situación que no permitió detectar la retinopatía y por ende, ser debidamente tratada.

5. Expresaron que el día 4 de julio de 2008 se le dio de alta al menor, faltando las valoraciones especializadas exigidas por la Norma Técnica del Ministerio de la Protección Social, circunstancia que le ocasionó la pérdida de oportunidad de tener una visión normal.



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

6. Adicionaron que al momento de ser dado de alta el neonato, su madre notó que éste no fijaba la mirada y no seguía los objetos, situación que había sido informada al médico, sin que fuera remitido a un especialista en oftalmología.

7. Adujeron que la madre decidió llevar al menor a un especialista particular, quien lo valoró el día 29 de noviembre de 2008, diagnosticándole RETINOPATÍA DEL PREMATURO, por desprendimiento de retina en ambos ojos.

8. Indicaron que el 3 de diciembre de 2008, se le practicó al menor SAMUEL HERRERA QUIROGA, cirugía en ambos ojos, por el especialista en oftalmología.

9. Concluyeron que la deficiente atención médica del Hospital, ocasionó que el menor SAMUEL HERRERA QUIROGA haya quedado con ceguera total en sus ojos. Situación por la que su madre se ha visto en la imposibilidad de trabajar, para dedicarse totalmente al cuidado de su hijo.

II. FUNDAMENTOS DE DERECHO

El apoderado de la parte actora invocó, como fundamento de las pretensiones elevadas, las siguientes normas: los Artículos 2, 49, 50 y 90 de la Constitución Política y Artículos 86 y 206 del Código Contencioso Administrativo.

Al respecto argumentó que el régimen por el cual se solicita se impute responsabilidad a la demandada es el de la falla del servicio, derivada de la falta de oportunidad ocasionada por la no valoración en la especialidad en oftalmología al menor Samuel Herrera Quiroga, por parte de la E.S.E. Hospital Departamental de Villavicencio, durante el término en que permaneció en la unidad de cuidados intensivos del referido ente hospitalario, esto es, desde el día 12 de junio al 4 de julio de 2008, lo que ocasionó, se aduce, la pérdida visual en ambos ojos,

Adicionó la parte accionante, que el daño se concreta en los perjuicios de orden inmaterial y material sufridos por el menor Samuel Herrera Quiroga, producto de la Retinopatía del Prematuro (ROP) adquirida en la E.S.E. Hospital Departamental de Villavicencio y la cual no fue valorada y tratada, omitiendo la aplicación de la Guía de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades en la Salud Pública, lo que generó la pérdida de la oportunidad de tener una visión normal.

Además manifestó que en el tiempo en que Samuel Herrera Quiroga permaneció en el Hospital, no se le hizo valoración por oftalmólogo pediatra, retinólogo u oftalmólogo general, estando obligada la entidad en realizarle por lo menos dos valoraciones antes de darle de alta.

Concluyó que el daño antijurídico es imputable a la entidad demandada, que para la época de los hechos prestó el servicio de salud, además que fue allí donde el menor adquirió dicha enfermedad.



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

III. ACTUACIÓN PROCESAL

La demanda fue presentada en la Oficina Judicial de Villavicencio el día 13 de octubre de 2010 (fl. 104 C.1), la cual le fue repartida al Tribunal Administrativo del Meta, demanda que fue admitida en auto del 4 de mayo de 2011 (fl.108 C.1), siendo notificada personalmente al Ministerio Público el día 16 de mayo de 2011 (adverso fl. 108 C.1). Seguidamente, en auto de fecha 22 de agosto de 2011, dicha Corporación ordenó remitir por competencia el proceso a los Juzgados Administrativo del Circuito de Villavicencio (fls. 112-114 C.1), correspondiéndole su conocimiento al Juzgado Quinto Administrativo del Circuito de Villavicencio (fl. 119 C.1), que mediante auto del 4 de noviembre de 2011 obedeció y cumplió lo resuelto por el Tribunal (fl. 130 C.1).

Adicionalmente, la demanda fue notificada a la parte demandada el día 22 de febrero de 2012 (fl. 137 C.1). Posteriormente, se fijó el asunto en lista por el término de 10 días, desde el día 13 al 26 de abril de 2012 (adverso fl. 108 C.1). La E.S.E. Hospital Departamental de Villavicencio, contestó la demanda (fls. 130-133 C.1).

En virtud de lo dispuesto en el Acuerdo PSA12-089 del 24 de mayo de 2012, expedido por la Sala Administrativa del Consejo Seccional de la Judicatura del Meta, el proceso fue remitido al Juzgado Quinto Administrativo de Descongestión de Villavicencio, el cual avocó conocimiento en auto de fecha 27 de junio de 2012 (fl. 373 C.1).

Seguidamente, en auto del 7 de diciembre de 2012, se dispuso abrir a pruebas el proceso (fls. 378-379 envés C.1). Estando el proceso en etapa probatoria, el proceso fue repartido al Juzgado Primero Administrativo de Descongestión de Villavicencio el día 17 junio de 2014 (fl. 492 C.1), de conformidad con lo establecido en el Acuerdo PSAA14-10156 del 30 de mayo de 2014, donde se avocó conocimiento en auto del 11 de julio de 2014 (fl. 493 C.1). Igualmente, en atención a lo dispuesto en el Acuerdo No. PSAA14-10282 del 31 de diciembre de 2014, el proceso fue nuevamente repartido al Juzgado Tercero Administrativo de Descongestión de Villavicencio el día 16 de enero de 2015 (fl. 503 C.1), el cual asumió conocimiento en auto del 30 de enero de 2015 (fl. 504 C.1). Un vez más, de conformidad con lo dispuesto en el Acuerdo CSJMA15-398 del 18 de noviembre de 2015, el asunto fue redistribuido al Juzgado Noveno Administrativo Mixto del Circuito de Villavicencio, el cual mediante proveído del 15 enero de 2016, inició la instrucción del proceso (fl. 551 C.2).

Concluida la etapa de pruebas, mediante auto del 3 de agosto de 2017, se ordenó correr traslado de alegatos de conclusión a las partes y al Ministerio Público por el término de 10 días (fl. 868 C.3), término en el que la parte demandante se pronunció al respecto. Y finalmente el 9 de noviembre de 2017 ingresó para fallo (fl. 874 C.3).

IV. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

La E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO, por intermedio de apoderada contestó la demanda (fls. 139-142 C.1), e indicó oponerse a todas y cada una de las pretensiones de la demanda por carecer de fundamentos de hecho y de derecho, en lo relacionado a los hechos señaló atenerse a lo que resulte probado.

Como fundamentos jurídicos de defensa, señaló la inexistencia de relación de causalidad entre el presunto perjuicio y la prestación del servicio médico del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., como quiera que en la historia clínica está demostrada, la atención oportuna y eficiente en los servicios médicos, al realizársele los estudios que la *lex artis* aconseja, la prescripción de los medicamentos necesarios en las dosis adecuadas, la atención del personal médico especializado y experimentado, las ordenes de los exámenes previos y sus terapias correspondientes.

V. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

1. Parte demandante: Trajo a colación los argumentos expuestos en el escrito de la demanda (fls. 869-873 C.3).
2. La Parte demandada y el Ministerio Público, no se pronunciaron al respecto.

CONSIDERACIONES

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

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

En el asunto de la referencia, se pretende por la parte demandante, se declare la responsabilidad administrativa de la entidad demandada, producto de la falla del servicio originada en la deficiente prestación del servicio médico asistencial al menor SAMUEL HERRERA QUIROGA, como consecuencia de no haberse practicado las valoraciones oftalmológicas y tratado en tiempo la enfermedad, lo que condujo al daño cuya indemnización se reclama por pérdida de oportunidad, consistente en el compromiso visual en ambos ojos, durante su estadía en la institución.

En tanto, que la parte demandada E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO señaló, la inexistencia de relación de causalidad entre el presunto perjuicio y la prestación del servicio médico, al considerar que la atención brindada fue oportuna y eficiente, en tanto se realizaron los estudios que la *lex artis* aconseja, se dio una adecuada prescripción de los medicamentos necesarios en las dosis adecuadas, la atención por parte de personal médico especializado y



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

experimentado, las ordenes de los exámenes previos y sus terapias correspondientes.

En atención a la situación fáctica puesta de presente, se procederá al planteamiento de los problemas jurídicos, tal y como se plantean a continuación:

1. ¿Es la entidad demandada, administrativamente responsable, a título de falla del servicio, de los daños causados a la parte demandante, por la pérdida visual en ambos ojos del menor SAMUEL HERRERA QUIROGA, como consecuencia de la no realización de los exámenes requeridos para la identificación de la retinopatía de la prematurez?
2. En el evento que el problema jurídico anteriormente planteado, tenga respuesta positiva, el Despacho entrará a estudiar lo siguiente: ¿Está obligada la entidad demandada a reparar los perjuicios reclamados por los demandantes, conforme a lo pretendido en la demanda?

II. Hechos probados:

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

1. Se encuentra probado que el menor SAMUEL HERRERA QUIROGA es hijo de ÁNGELA MARÍA QUIROGA VERGARA y FABIAN ORLANDO HERRERA FUENTES, y nieto de las señoras MARÍA INES FUENTES RIVERA y LUZ NELLY VERGARA tal como consta en los registros civiles de nacimiento visibles a folios 23-25 del C.1.
2. Se demuestra que la señora ÁNGELA MARÍA QUIROGA VERGARA, el 10 de junio de 2008, asistió al servicio de urgencias de la E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICECNO a las 10:08 a.m., en cuya historia clínica se anotó: *"paciente de 26 años gestante quien consulta por presentar actividad uterina irregular de 2 horas de evolución asociado a expulsión de tapón mucoso sanguinolento. Movimientos fetales positivos. Asintomática para vasoespasmo"*; igualmente se registró en los días 10, 11 y 12 del mismo mes y año, los reportes de lectura electrocardiograma y toma de signos vitales (fls. 138-141 C.1), exámenes de laboratorio (fls. 217-219 C.1), suministro de medicamentos (fls. 220-222 C.1), soporte de monitoreo fetal y ecografía (fls. 224-228 C.1).
3. Además, se encuentra acreditado, que para el día 10 de junio de 2008, la señora ANGELA MARÍA QUIROGA VERGARA, tenía de edad gestacional entre 31 y 32 semanas, tal como consta en la historia clínica de la E.S.E. Hospital Departamental de Villavicencio y el reporte de ecografía (fls. 207-212 envés y 228 C.1).



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

4. Al mismo tenor, en las notas de atención general de la historia clínica de la E.S.E. Hospital Departamental de Villavicencio, se constata que el menor SAMUEL HERRERA QUIROGA, nació el día 12 de junio de 2008, conforme se anotó: *"...expulsivo inmediato; se obtiene recién nacido vivo masculino, apgar 8 al minuto y 9 a los 5 minutos; se realiza pinzamiento habitual del cordón, se corta; se pasa a pediatra de U.C.I. quien realiza adaptación neonatal. Alumbramiento activo a los 5 minutos Tipo Duncan, placenta completa. Recién nacido con peso 1770 gr, Talla 42 cm, PC: 29 cm, PT: 27 cm. Se explora cérvix y se encuentra cerclaje el cual es retirado. No sangrado."* (Anverso fl. 214, fls. 215-216 envés C.1).

5. Se constata, que la señora ÁNGELA MARÍA QUIROGA GUEVARA, se le da de alta el día 13 de junio de 2008, quien salió sola y sin recién nacido, debido a que éste quedó hospitalizado en la UCI, tal como se desprende de la historia clínica visible a folio 219 del C.1.

6. En la hoja de atención general de la historia clínica del menor SAMUEL HERRERA QUIROGA de la E.S.E. Hospital Departamental de Villavicencio, calendada desde el 12 de junio de 2008, se indicó que se trataba de un nacimiento pretérmino con edad gestacional obstétrica de 31 semanas, con dificultad respiratoria por quejido audible, con 1770 gramos de peso, longitud de 42cm, perímetro cefálico de 24cm, perímetro torácico de 27cm, con signos vitales frecuencia cardíaca de 156/minuto, frecuencia respiratoria de 26/minuto, temperatura de 36°C, a quien se le ubicó en una incubadora. En el día dos (13 de junio de 2008) recibió oxígeno mediante cámara de Hodd al 40% mientras presentaba dificultad respiratoria moderada, por lo que se le realiza radiografía de tórax cuyo resultado generó buen volumen pulmonar y se le instala CPAP nasal a 28% con 6cm H2O de Peep, disminuyéndosele la frecuencia respiratoria a 45-50. Al tercer y cuarto día (14 y 15 de junio de 2008) continuó con dificultad respiratoria secundaria, continuando con CPAP nasal, y negando infección.

El día 16 de junio de 2008, se registró paciente estable, con un peso de 1600gr, con saturación del 99%, con cánula nasal, frecuencia cardíaca de 153/minuto, frecuencia respiratoria de 42/minuto, se le ordenó monitoreo en unidad de cuidado intensivo neonatal, sondaje oro gástrica, cánula nasal. El día 17 de junio de 2008, continuó paciente estable, con igual diagnóstico y manejo, con peso de 1510 gr, exámenes de laboratorio normales –sin signos de neuroinfección–, permaneciendo en incubadora con O2 por CPAP; asimismo el día 18 del mismo mes y año, el menor permaneció en incubadora cerrada, con oxígeno por CPAP para saturación de oxígeno 95%, registró peso de 1.560 gr, sin signos de neuroinfección.

Los días 19 de junio al 4 de julio de 2008, el menor SAMUEL HERRERA QUIROGA, continuó en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, permaneciendo en incubadora cerrada, sin signos de neuroinfección, con signos vitales estables, sin reporte de anormalidades, sin signos de dificultad respiratoria; con diagnóstico de: Prematurez leve, Secuelas de desnutrición fetal crónica baja talla microcefalia),



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

desnutrición postnatal aguda, antecedente ACTE sospecha de ERGE. El día 4 de julio de 2008, se ordenó salida y control al día siguiente con medicina externa (fls. 244-260 y 268-350 envés C.1).

7. El bebé es llevado, posteriormente a control médico, los días 16 de julio, 23 de julio y 31 de julio del año 2008, eventos en los cuales no se evidencia que la madre haya puesto en conocimiento alteración alguna de la visión, dado que en la historia clínica en dichas oportunidades se anota como motivos de consulta diagnóstico 1) RNPT y 2) Vómito secundario a posible sobrealimentación, 3) sospecha de otitis externa. (fls. 230 y 231 del C. 1)

8. 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 de pediatría general y cuidado intermedio e intensivo neonatal, oftalmológica, cirugía, cirugía oftalmológica, entre otros, según constancia de habilitación en el registro especial de prestadores de servicios de salud (fls. 398-402 C.1).

9. La Norma Técnica para la detección temprana de Alteraciones de la Agudeza Visual y Patologías Oculares, fue adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Resolución No. 412 de 2000, en cuyo artículo 9º dispone que el Anexo Técnico 1-2000, hace parte integral de la misma, dicho anexo consagra lo siguiente:

*“...Factores de riesgo para la ceguera infantil: (...) la prematurez (...) las deficiencias nutricionales (...).
(...)”*

9. Población objeto

Las acciones del examen ocular pediátrico de tamizaje deben realizarse en los siguientes grupos de población:

- *Al recién nacido*
 - *A las 6 a 8 semanas de edad*
 - *De los seis meses al año de edad*
 - *De los dos años a los tres años de edad (A:2) (5-8, 24, 26, 27, 28, 29).*
- (...)*

Las acciones del examen oftalmológico se deben realizar en los siguientes grupos de población:

(...)

- *A los recién nacidos prematuros de peso al nacimiento menor de 1.500 gramos o con edad gestacional al nacimiento menor de 32 semanas, pacientes con peso al nacer entre 1.500 y 2.000 gramos que hayan tenido en el periodo neonatal compromiso grave de su estado general, en concepto del neonatólogo tratante (A:1)*
- (12).*

(...)

10.5 Evaluación de los pacientes en riesgo de retinopatía de la prematurez

10.5.1 Introducción



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

La retinopatía de la prematurez es una enfermedad de la retina que afecta a los recién nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer, que puede dejar como consecuencia la ceguera permanente en un grupo pequeño pero significativo de estos pacientes. Los resultados del estudio multicéntrico cooperativo de crioterapia para retinopatía de la prematurez mostraron que el tratamiento producía una disminución de 51,9% a 30% en la incidencia de pliegues traccionales de retina del polo posterior y de desprendimiento de retina, y una disminución de 64,3 a 44,7% en la incidencia de resultados visuales adversos, evaluados a los quince años de seguimiento (12, 34, 35). Debido a los posibles beneficios de la crioterapia y más recientemente del tratamiento con láser (36, 37, 38) es indispensable la evaluación de los pacientes en riesgo desarrollar retinopatía de la prematurez (A:1) (12, 35, 36).

Idealmente, esta evaluación debe ser realizada por un oftalmólogo con experiencia en este tipo de exámenes (oftalmólogo pediatra o retinólogo) (A:1) (12, 35, 36), y en caso de no estar disponible un oftalmólogo con estas características esta valoración puede ser realizada por un oftalmólogo general, en un nivel de atención alto.

10.5.2 Edad de las evaluaciones, seguimiento y tratamiento

Todos los recién nacidos con antecedentes de peso menor de 1.500 g o con edad gestacional al nacimiento menor de 32 semanas, o pacientes con peso al nacer entre 1.500 y 2.000 gramos, que en concepto del neonatólogo hayan tenido un compromiso grave de su estado general en el período neonatal, deben ser evaluados en por lo menos dos ocasiones antes de ser dados de alta por el oftalmólogo; solo se podrá dar de alta a un paciente en el primer examen si en éste se comprueba que la retina está completamente vascularizada en ambos ojos (A:1) (12, 35, 36).

Los hallazgos deben ser clasificados y registrados de acuerdo con el Sistema Internacional de Clasificación de la Retinopatía de la Prematurez (39).

La primera de las evaluaciones que sean necesarias se debe realizar a las 4 a 6 semanas después del nacimiento o, alternativamente a las 31 a 33 semanas de edad postconcepcional o postmenstrual, y el tiempo y el número de los exámenes subsecuentes deben ser determinados por el examinador; en el sitio donde es evaluado el paciente no se tienen los recursos para tratarlo se debe tener en cuenta el tiempo necesario para realizar su traslado, de tal manera que se pueda realizar el tratamiento de forma oportuna.

La necesidad de tratamiento del paciente debe ser determinada por el oftalmólogo examinador, y este debe ser realizado dentro de las 72 horas siguientes de su indicación, por lo menos en uno de los dos ojos en un nivel de atención alto.

Con frecuencia los pacientes prematuros que están en riesgo de desarrollar la retinopatía de la prematurez llegan a la edad en que se deben realizar o continuar sus evaluaciones oftalmológicas en la época en que se les da de alta en las unidades neonatales. Por lo tanto, es importante que cuando se decida trasladar al paciente o darlo de alta, asegurar que al sitio donde sea remitido el paciente o a donde se vaya a realizar el seguimiento, se cuente con la posibilidad de continuar el seguimiento del estado ocular por parte de un oftalmólogo, en caso de que el paciente requiera que se le realice seguimiento por más tiempo (según el concepto del oftalmólogo evaluador)."¹

¹ Fls. 219 al 220 del CD correspondiente al Tomo 1 Guías de Detención Temprana. Documento enviado por la Dirección Jurídica del Ministerio de Salud, con oficio visto a folio 404.



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

10. En testimonio practicado el día 22 de mayo de 2013, la señora Olga Lucía Ortiz Velásquez, mencionó conocer a los demandantes desde hace 24 o 26 años aproximadamente, dijo que la señora Ángela había tenido tres embarazos y que el único hijo vivo es Samuel, que supo de los tratamientos a los que ella se sometió para poder tener al bebé, que todo transcurría normal hasta el séptimo mes que el bebé se adelantó. Expuso que al notar que el bebé tenía problemas en los ojos, decidieron llevarlo a un especialista y hacerle un examen de ojos, que fue allí donde se dieron cuenta que el niño estaba ciego, noticia que para los papás y la abuela fue un trauma, no querían hablar con nadie por lo que entraron en depresión, expone que tal fue la desesperación que pagaron una misa de sanación; que fue testigo de una separación, debido a que Ángela se dedicó totalmente al cuidado de su hijo, de igual modo dice que al pasar más de un mes volvieron y están juntos. Afirmó que Fabián trabajaba de manera independiente, gestionando licencias de construcción; y que ella era auxiliar contable y trabajaba en ello, pero que cuando supo que se encontraba en embarazo dejó de trabajar (fls. 408-409 envés C.1).

11. En la declaración de la señora Luisa Inés Velásquez Monzon, recepcionado el día 22 de mayo de 2013, manifestó conocer a los demandantes, dijo que al visitarlos en la casa, se dio cuenta que el niño tenía la vista como hacia atrás y que hasta que el niño se enfermó y al llevarlo al especialista descubrieron que el niño no miraba. Indicó, que cuando se supo la noticia que el menor estaba ciego fue muy triste, que los papás estuvieron a punto de separarse. Expresó que Fabián se dedicaba a sacar licencias de construcción y Ángela se dedica al hogar y estar pendiente de su hijo (fl. 410 envés C.1).

12. En testimonio rendido por la señora Luisa Fernanda Hernández el 22 de mayo de 2013, indicó conocer a los demandantes desde hace aproximadamente 10 años, que Ángela había estado en controles durante el embarazo, debido a que el mismo era riesgoso al tener débil las trompas, por lo que se sometió a un tratamiento para poder sostener el peso del bebé; y que el niño había nacido a los 7 meses en parto normal. Sostuvo, que ella vivía con ellos, y que el bebé no miraba cuando se prendía la luz; que al tener el niño 4 o 5 meses, éste se enfermó de una tos fuerte, y al llevarlo a la clínica se dieron cuenta que el menor tenía problemas en los ojos al habersele quemado la retina, por lo que decidieron remitirlo al pediatra; que todos los pediatras le habían informado que todo se podía evitar antes del mes y que ya no se podía hacer nada. Añadió, que Ángela y Fabián entraron de depresión, pues fue muy duro para ellos, igualmente para las abuelitas fue muy triste. Señaló, que fue difícil conseguir un colegio para el niño, pues ya tiene 5 años de edad, y que se cohiben de hacer muchas cosas, como ir a la piscina (fls. 411-412 envés C.1).

13. El señor Luis Alejandro Díaz Torres, en testimonio recibido el 20 de junio de 2013, manifestó ser médico especialista en pediatría y trabajar con el Hospital Departamental de Villavicencio y la Clínica Servimédicos; señaló que al tratarse de un *“recién nacido prematuro, en el caso, de 31 semanas, tiene muchos riesgos que lo ponen en peligro de muerte o enfermedad, inclusivé de retinopatía que es un problema de muchos prematuros que consiste en una lesión de los vasos*



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

sanguíneos de la retina produciendo una neo vascularización como consecuencia de isquemia la cual puede ser producida entre otros factores por la misma prematuridad del recién nacido ya que los vasos sanguíneos de los prematuros son muy sensibles a lesionarse y la causa de estas lesiones son múltiples entre otras el uso de oxígeno de forma no indicada, desnutrición de la materna, sangrado de la materna en los primeros meses, amenaza de aborto, entre otras. Todo esto pone en riesgo al prematuro, inclusive entonces de la retinopatía del prematuro”; una vez le fue puesta de presente la historia clínica, indicó “...Hay otro antecedente de que hacía una semana también presentó amenaza de parto pre término y recibió esquema completo de maduración pulmonar fetal con corticoides, es de anotar que los corticoides son factor de riesgo para retinopatía...Se ingresó a la UCI Neonatal por su prematurez y por su peso... Posterior al nacimiento según nota de otro pediatra lo examina y encuentra que el recién nacido presenta dificultad respiratoria con quejido audible a distancia coloca dentro de sus antecedentes control prenatal cuatro veces con antecedentes ya anotados, incluso la madre recibió antibiótico profiláctico por posible infección, las infecciones son riesgo para la retinopatía...Se trata con líquidos envenosos, oxígeno de cámara cefálica para saturación de 90% o sea es una medida que se tiene para evitar problemas mayores incluso la retinopatía... Después hay una nota que dice cánula nasal, es decir se bajó el oxígeno disminuyendo la concentración del mismo. Presenta ictericia al cuarto día según nota de evolución médica, por lo que se comenzó fototerapia. Esto también puede llevar a problemas de retinopatía, pero de no hacerlo se complicaría más este recién nacido. La fototerapia consiste en suministrar una luz especial en la piel del recién nacido, luz azul para disminuir los niveles de bilirubinas en el recién nacido, si éstas están altas pueden producir secuelas neurológicas... Hay una nota del Dr. Martínez donde hace un nuevo diagnóstico de desnutrición fetal crónica (microcefalia más posible baja talla más desnutrición posnatal aguda) eso significa que por el hecho de que la cabecita esta pequeña y la talla bajita, el niño estaba con una desnutrición fetal en el vientre de la materna y eso es un factor de riesgo para la retinopatía...”.

Al preguntársele qué otros riesgos presentaba el recién nacido qué pudiera ocasionarle la retinopatía, contestó: “Madre con antecedente de amenaza de aborto y amenaza de parto pretermino quien recibió corticoide. Anemia en la mamá. Escasos controles prenatales, tiene 4 en total y debía ser uno cada quince días o cada mes. Infecciones durante el embarazo. Inherentes al recién nacido: prematuridad; la dificultad respiratoria que requirió uso de oxígeno medicinal indicado por especialistas, incluso neonatologos; ictericia de recién nacido; desnutrición crónica fetal con microcefalea y desnutrición aguda por la misma prematurez. El uso de la luz puede ser factor de riesgo de retinopatía, pero cuando no se hace la profilaxis respectiva que consiste en el uso de protectores oculares, básicamente. Ese es el protocolo. Durante la hospitalización también en el reflujo que ocasionó uso de oxígeno, pero que si no se realiza podemos perder el paciente” (fls. 426-430 C.1).

14. De la misma manera, la señora Donatyla Del Carmen Garcia Nigrinis, en declaración que rindiera el día 23 de septiembre de 2013, indicó ser médica



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

especializada en pediatría, y trabajar en la Clínica Servimédicos y en el Hospital Departamental de Granada. Manifestó haber atendido al menor los días 12, 13, 19 y 21 de junio de 2008 en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Villavicencio; afirmó que al tratarse de un paciente prematuro y al presentar dificultad respiratoria, le da orden de hospitalización en la unidad de cuidado intensivo neonatal, con diagnóstico de recién nacido pretermino de 33 semanas con peso adecuado para edad gestacional, con enfermedad de membrana hialina versus adaptivo, con múltiples riesgos por prematurez y alto valor social, que se trataba de un embarazo de alto riesgo con antecedentes de amenazas de aborto habitual. Al contestar el concepto de la incompetencia cervical y los riesgos que ésta traería para el niño, manifestó, que es una patología de tipo ginecológico, lo cual el cuello uterino no tiene la suficiente fuerza para mantenerse cerrado y en el caso de Ángela le había realizado una cirugía de unas saturas de cierre uterino, con el fin de que el embarazo se pudiera llevar a término; apuntó que la señora ya había tenido dos abortos hacia las 15 semanas. Afirmó, que desafortunadamente el cerclaje no había sido suficiente y por ello el niño nació pre término por dicha causa. Explicó, que *"Un recién nacido prematuro es un bebé que por su propia condición de prematurez está expuesto a múltiples riesgos por eso se incluye dentro de los diagnósticos iniciales "múltiples riesgos por prematurez", entre los que están trastornos metabólicos como hipoglicemia, hipocalcemia, pueden presentar infecciones en el período neonatal, intolerancias a la vía oral, reflujo gastroesofágico, apnea de la prematurez (esto es un cese de la respiración mayor a 20 segundos o inferior a este tiempo asociada a bradicardia), ictericia neonatal y la misma retinopatía del prematuro. En este caso particular el niño tuvo varias condiciones fue prematuro desarrollo (sic) apnea de la prematurez, dificultad respiratoria, ictericia neonatal, que aumentan el riesgo de la retinopatía del prematuro."*

Expuso, que la retinopatía de la prematurez se trata de *"...un trastorno donde hay alteración de la vasculatura de la retina mayormente relacionado con la prematurez, notándose una mayor incidencia en niños menores a 1500 gramos y menores de 32 semanas de edad gestacional. Normalmente el bebé prematura (sic) que cumple una de estas dos condiciones: un bebé que pesa menos de mil quinientos gramos, menos de 32 semanas de edad gestacional, debe hacerse una valoración por oftalmología pediátrica entre la tercera a la cuarta semana de vida para poder realizar el diagnóstico, ese se hace a través de un fondo de ojo que hace el oftalmólogo pediatra que es el que hace la valoración."* Señaló, que *"En un embarazo a término no hay dificultad con la visión o con la vasculatura de la retina. Con un bebé prematuro el nivel de desarrollo de la vasculatura se presenta después del parto y antes de la tercera o cuarta semana de vida, es ahí cuando se va completando el desarrollo de la vasculatura a ese nivel, es por esa razón que la valoración debe hacerse a esta edad entre la tercera o cuarta semana de vida, a las 36 semanas de edad gestacional corregida."* También habló que el *"...procedimiento que se hace a través de... lámparas especiales... ayuda a descender los niveles de bilirrubinas que son las que generan un tinte icterico en la piel (la coloración amarilla de la piel), estas bilirrubinas cuando se elevan demasiado para el peso y para la edad del bebé pueden causar toxicidad a nivel cerebral, auditivo, por eso se requiere*



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

de la fototerapia como manejo coadyuvante en el paciente con ictericia manejado a través de unas tablas donde se tiene en cuenta el peso y la edad. Requiere protección ocular y genital, siempre que se indica la fototerapia se indica protección ocular y genital. Puedo anotar que según la historia clínica del menor se cumplió con esa protección ocular y genital.”

Afirmó que *“El diagnóstico oportuno puede mejorar el pronóstico de la retinopatía pero no siempre la intervención puede arrojar un resultado positivo al respecto, es decir dependiendo de la severidad de la retinopatía la intervención puede ser o no exitosa. La ceguera no siempre va a depender de la atención y su oportuna, sino también de la severidad de la retinopatía, es decir, un bebé puede ser valorado entre la tercera o cuarta semana de vida, pero si tiene un grado cuarto de retinopatía así lo operen puede que quede con algún grado de ceguera o con ceguera total, en este grado en particular no sé qué fue lo que pasó.”* (fls. 464-465 envés C.1).

15. Así mismo, se vislumbra del testimonio médico pediatra neonatólogo Miguel Tadeo Mendoza Sarmiento, quien afirmó haber atendido al menor, y que éste era un prematuro de 33 semanas de gestación, el cual había ingresado a la UCI por presentar dificultad respiratoria moderada, y a quien se le puso oxígeno y además tenía una restricción de crecimiento intrauterino (bajo de peso para lo que tenía que tener de acuerdo a la edad). Señaló, que los riesgos para un recién nacido mayor de 33 semanas son moderados en cuanto a la retinopatía, pero la evaluación final la hace el oftalmólogo, que el riesgo es mayor a este padecimiento cuando es menor de 32 semanas; también el riesgo de SEPSIS, dificultad respiratoria y enfermedad de membrana hialina. Que para el caso, el único riesgo que había presentado el menor, era la dificultad respiratoria, toda vez que los demás se habían descartado. Explicó que los prematuros cuando están ayunando presentan ictericia, al subírsele la bilirrubina, al volverse amarillo, por la incompatibilidad de grupo, por el antecedente de prematurez, y por ello el tratamiento fue la fototerapia continua con protección genital y ocular. Puntualizó, que *“la retinopatía es una neo-formación de vasos que se produce a nivel de la retina que posteriormente puede llevar a necrosis, desprendimiento y necrosis de la retina, por la misma inmadurez del paciente, hay que tener en cuenta que en el prematuro todo es inmaduro, este chico tenía 33 semanas, le faltaron dos meses de maduración a nivel intrauterino”*. Además destacó, que *“... todo prematuro menor de 32 semanas de nacimiento se debe tener una valoración oftalmológica entre la tercera y la cuarta semana de vida y peso menor de 1.800. O si es más prematuro hasta que cumpla las 32 semanas. Los que tienen más de 33 semanas: si tienen una nopsa como cardiopatía, requerimiento de oxígeno (sic) a altas dosis durante mucho tiempo y de acuerdo a otras patologías que requiera el especialista, entre ellos una patología como la de Torch (infección por toxoplasmosis, rubiola, citomegalovirus y herpes)”*.

Afirmó, que mientras estuvo interno el menor no fue valorado por oftalmología. Igualmente, una vez le fue leída unos de los párrafos de la “Guía de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades de Protección Pública”, indicó que el recién nacido al tener 33 semanas de gestación, debía ser valorado entre la tercera y cuarta semana de vida; que como quiera que la valoración por oftalmología tenía



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

tiempo hasta que éste cumpliera la cuarta semana y al haberse dada de alta a la tercera semana, tenía una semana para ser valorado por los oftalmólogos pediatras. Mencionó que el examen oftalmológico *"...es una prevención de posibles daños retinales producidos por la premutarez, por algunas infecciones o por drogas entre ellas el oxígeno y que se tiene que hacer en un tiempo, el (sic) pudo ser valorado en esa semana cuarta. Ya no se recomienda oftalmólogo general y la de un bebé implica unos dolores que hay que ponerlos en manos del oftalmólogo pediatra."* (fls. 466-467 envés C.1).

16. En declaración, del médico cardiólogo pediatra MIGUEL DANILO TORRES SILVA, afirmó que para la época de los hechos era médico pediatra habiendo renunciado en diciembre de 2008 al Hospital Departamental de Villavicencio. Narró que al ser un recién nacido prematuro alrededor de 33 semanas de alto riesgo por el peso y por el cuadro respiratorio que presentaba, su atención consistió en evolucionarlo como en 3 o 4 ocasiones en su estancia hospitalaria; que son muchos los riesgos que presenta un prematuro dado su bajo peso y su corta edad gestacional como son la falla ventilatoria por inmadurez pulmonar, sangrados del sistema nervioso central, infecciones, retinopatías y trastornos metabólicos, entre otros, y que en el presente caso el recién nacido había presentado inmadurez pulmonar que le generó riesgo alto de falla ventilatoria durante su estancia hospitalaria y posteriormente una retinopatía. Afirmó haberlo revisado *"...a los 4 días de vida (fl. 44 reverso) allí estaba aún con dificultad respiratoria y requirente de oxígeno complementario se continuó (sic) de igual manejo, luego lo vi al 5 día de vida aún con oxígeno (sic) suplementario con paraclínicos normales y se continuó (sic) de igual manera. (fl. 45 reverso), luego lo vi al sexto día de vida en el que se disminuye la concentración de oxígeno suplementario por adecuada evolución (fl. 46 reverso); luego lo volví a ver a los 18 días de vida sin oxígeno (sic) suplementario, pero con taquicardia y polipnea (dificultad respiratoria) y se continuó (sic) manejo de expectante, ya se había asociado teofilina al manejo médico como alternativa para prevenir apneas (fl. 57 reverso y 58)..."*

Explicó que *"La ictericia es el tinte amarillento en la piel del paciente, en este paciente favorecido por muchas variables y ello se manejo (sic) con fototerapia y ésta a su vez manejada con protección ocular y genital"*. Igualmente, que la retinopatía del prematuro *"Es una complicación que se presenta en los ojos que lleva a limitación de la agudeza visual y esto es secundario en la mayoría de ocasiones al uso de oxígeno suplementario"*. Afirmó que el oxígeno suministrado al recién nacido SAMUEL HERRERA *"fue un medicamento absolutamente necesario ya que era la principal herramienta que teníamos para el manejo de su inmadurez pulmonar, tanto que en una ocasión tocó reiniciarlo por la presencia de pausas respiratorias, seguramente sin esta medicación el desenlace del paciente pudo haber sido fatal"*. Comentó que *"...la administración de oxígeno suplementario no es la única causa de retinopatía, pero sí es una complicación de este y en este paciente es difícil establecer la causa de la retinopatía ya que revisando la historia clínica el destete de oxígeno se realizó de manera adecuada y si se compara con muchos pacientes de la misma edad y el mismo peso en ellos, en la gran mayoría el desenlace es diferente, es decir sin retinopatía"* (fls. 473-474 C.1).



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

17. Igualmente se constata con Informe Pericial de Clínica Forense N° DSM-DRO-04252-C-2015 del 10 de junio de 2015, y luego de hacerse una descripción de la historia clínica y conceptos médicos de incompetencia cervical, restricción de crecimiento intrauterino, síndrome de ALTE, recién nacido prematuro y retinopatía de la prematuridad, se analizó que:

"EXAMEN CLÍNICO FORENSE ACTUAL

Ingresa paciente en compañía de la madre, se observa paciente con facies con enoftalmia (ojos hundidos), con movimientos espontáneos incoordinados, inquietud motora, sin finalidad en sus movimientos, repitiendo algunas palabras dichas por la madre o la examinadora, interrogando sobre sus experiencias táctiles, en términos de forma y función, dado por amaurosis (ceguera) total, igualmente sigue instrucciones sencillas pero no presenta perseverancia en instrucciones complejas, el resto de su apariencia es congruente con su edad y desarrollo; aunque impresiona como con déficit cognitivo. La madre reporta como antecedentes patología del embarazo consistente con incompetencia cervical, siendo producto de 31 semanas de gestación, con aparición de la marcha tardía y pobre desempeño escolar sin aparición de la lectura dirigida a ciegos; como patología conexas informa sobre antecedente de patología por retinopatía de prematuridad, con diagnóstico reciente de epilepsia, el cual inicia como cuadro clínico de 2 meses caracterizado por episodios de risa compulsiva y sin causa aparente sin desencadenante, niega episodios tónico - clónicos. Se encuentra en manejo médico por la Neuropediatría al momento presenta somnolencia, asociado a episodios de risa compulsiva ocasionales, según información de la madre, dado que no es posible establecer contacto fluido con el menor...

CONCLUSIÓN: *Con los hallazgos generales reportados en la valoración anterior podemos afirmar que el menor examinado presenta síntomas clínicos congruentes con 1. Amaurosis por retinopatía de prematuridad. 2. Trastorno del desarrollo psicológico, visto en su alteración del desarrollo psicomotor, dificultad para concentrarse en una discusión y para seguir instrucciones de mayor complejidad, así como su pobre rendimiento escolar reportado por la madre. 3. Síndrome convulsivo caracterizado por crisis parciales simples de risas compulsivas, en manejo por neuropediatría.*

(...)

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Se trata de un menor de 7 años de edad, nació el 12 de Junio del 2008, por parto vaginal normal, producto de madre de 26 años de edad, con antecedente de dos abortos previos, incompetencia cervical uterina con cerclaje durante la gestación, producto nacido a las 31 semanas de edad gestacional, quien presentó posterior al parto síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, y síndrome de ALTE (El evento de aparente amenaza a la vida) (RGE refluido gastroesofágico (sic)), anteriormente conocida como muerte súbita frustrada, requirió de manejo en la unidad de cuidado intensivo neonatal donde diagnosticaron, 1. Recién nacido pretérmino, 2. Desnutrición fetal y post natal crónica (talla baja+microcefalia), 3. Prematuridad, 4. Restricción del crecimiento intrauterino, 5. Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, eventos que fueron desencadenados por la inmadurez fetal, evolucionó de forma adecuada y al parecer dieron salida, no contamos con las evoluciones clínicas desde el 29 de junio de 2008 hasta el 22 de julio de 2008, durante su desarrollo, presentó, síndrome convulsivo caracterizado por crisis parciales simples de risa compulsivas, amaurosis por retinopatía de la prematuridad, trastorno del desarrollo psicomotor; a la valoración actual se evalúa un menor consciente, alerta, con amaurosis total, con inadecuada interacción al medio dado por dificultad para concentrarse en una discusión y para seguir instrucciones de



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

mayor complejidad, curioso por conocer, disperso, respuesta a preguntas con palabras inapropiadas y repetitivas, los anteriores hallazgos son características propias que hacen parte de las comorbilidades asociadas a la prematuridad.

CONCLUSIÓN

Se trata de un menor de 7 años de edad, con antecedentes patológicos personales anteriormente mencionados, durante la valoración médico legal, y con datos clínicos aportados, se encuentra consciente, desorientado, con acciones verbales repetitivas imitando al examinador, dificultad para concentrarse en una discusión y para seguir instrucciones de mayor complejidad, una amaurosis completa bilateral secundaria a retinopatía (sic) por prematuridad, trastorno psicomotor, síndrome convulsivo caracterizado por crisis parciales simples de risas compulsivas documentadas, en manejo actual por neuropediatria, clínicamente estable, sin signos de exacerbación aguda. Los anteriores hallazgos son compatibles con un trastorno del crecimiento y desarrollo...

RESPUESTAS A INTERROGANTES ESPECÍFICOS

(...)

2. Etología de la lesión padecida.

Rta: con la información disponible, y revisión bibliográfica es posible señalar que la prematuridad es un factor de riesgo para padecer múltiples alteraciones por inmadurez de los tejidos; nacido por un parto pretermino a las 31 semanas de gestación, cuando aún no completaba la maduración de los órganos, siendo este un alto factor de riesgo para presentar múltiples comorbilidades, así como las que le fueron diagnosticadas al menor SAMUEL HERRERA QUIROGA, con síndrome de ALTE (Es aquel episodio inesperado y brusco que alarma al observador, pues correspondería a una situación de riesgo de muerte, caracterizado por compromiso de la actividad respiratoria, cambios de coloración y/o alteraciones del tono muscular), síndrome de dificultad respiratoria neonatal; durante la valoración médico legal el menor presenta un trastorno psicomotor, retinopatía de la prematuridad con pérdida completa de la agudeza visual y microoftalmía; es decir, el daño en su sistema nervioso central y la retina son consecuencia del nacimiento prematuro favorecido por los factores maternos y placentarios que confluyeron para la prematuridad.

3. Consecuencia de dichas lesiones, grado de reversibilidad o si por el contrario son permanentes e incurables. Rta: Se reitera que las patologías que presenta actualmente el menor SAMUEL HERRERA QUIROGA, son comorbilidades asociadas a la prematuridad que generaron deficiencia y discapacidad, con repercusiones visuales y del desarrollo psicomotor y cognitivo. Dichas consecuencias son permanentes.

4. Secuela de la lesión, clase de asistencia médica requerida para la restauración (si ella es probable) de las partes afectadas con la lesión que padeció y aun padece el menor SAMUEL HERRERA QUIROGA.

Rta: Se reitera que las patologías que presenta actualmente el menor SAMUEL HERRERA QUIROGA, son comorbilidades asociadas a la prematuridad que generaron deficiencia y discapacidad, con repercusiones visuales y del desarrollo psicomotor y cognitivo, lo que ocasionó pérdida de la visión por ambos ojos y un trastorno del desarrollo psicomotor. No es competencia del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses sugerir ni recomendar tratamientos

5. Se determine que (sic) consecuencias físicas adicionales le ha producido su patología actual.

Rta: Ver respuesta anterior.

6. Consecuencias para su integridad física a mediano y largo plazo, con ocasión del daño infringido.

Rta: No es función del médico perito forense emitir conceptos acerca de eventos futuros



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

7. *Tratamientos requeridos para lograr la rehabilitación absoluta (si ella es posible) o adaptación a su entorno derivada de la patología que presenta.*

Rta: No se cuenta con información disponible acerca de los tratamientos ofrecidos actualmente, y No es competencia del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses sugerir ni recomendar tratamientos con fines terapéuticos y de rehabilitación.

8. *Se emita un concepto médico psiquiatra y psicológico forense en donde se evalúe el estado anímico del menor SAMUEL HERRERA QUIROGA, y de los demandantes, como ha sido el cambio en su condición personal, afectivo, laboral y social producido de la lesión acaecida por el menor.*

Rta: Una vez se determine jurídicamente por parte de la autoridad la relación de causalidad entre el acto médico y el daño, dentro del marco legal de responsabilidad médica, puede ser enviado el expediente, historia clínica de psiquiatría y/o psicología y demás elementos probatorios compilados, se realizará valoración psiquiátrica forense, siempre y cuando la autoridad lo considere pertinente previa asignación de cita en el área de psiquiatría forense.

9. *Si la actuación del personal médico del Hospital Departamental de Villavicencio que atendió al paciente fue adecuada y oportuna.*

Rta: Sugerimos de manera respetuosa del análisis e interpretación por especialista en Ginecología y Obstetricia, el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses cuenta con dicho especialista la Dra. Ana María Londoño Zapata, por lo tanto trasladamos su solicitud a la Dirección Seccional del Quindío, para que se pronuncien sobre la idoneidad del tratamiento médico dado ANGELA MARIA QUIROGA VERGARA es decir, si la atención se ciñó a la Lex Artis. Y de la valoración e interpretación por la especialidad de Pediatría, por medio de la Sociedad Colombiana de Pediatría, y/o Facultades de medicina de las Universidades que cuenten con dicha especialidad.

10. *Si el procedimiento realizado por los médicos del Hospital se condujo conforme a la lex artis.*

Rta: ver respuesta anterior

11. *Que complicaciones se presentó en la salud del paciente y si esta complicación es inherente al acto médico. Rta: ver respuesta anterior*

12. *Los médicos del Hospital Departamental que atendieron al paciente cumplieron con la obligación de medios. Rta: ver respuesta anterior*

(...)" (fls. 531 al 549 del C. 1)

18. Asimismo, se vislumbra complementación del informe pericial que antecede, en el que se anotó: *"Revisada la historia clínica aportada... no se registró valoración por médico especialista en Oftalmología Pediátrica, Retinólogo u Oftalmológica General"* (fl. 834 C.3).

19. Se evidencia que el Agente Especial Interventor del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., informó mediante oficio E-6564-2016 del 28 de noviembre de 2016, que revisada la historia clínica del menor SAMUEL HERRERA QUIROGA, en el periodo comprendido entre el 29 de junio al 22 de julio de 2008 no se evidenció que hubiese sido atendido por la especialidad de oftalmología pediátrica neonatal o retinología; además, que la Resolución 1043 de 2006 (vigente para la época de los hechos) no exigía que para las Unidades de Cuidados Intensivos, Intermedios o Básicos Neonatal contara con las especialidades de oftalmología pediátrica y oftalmología neonatal y oftalmólogo retinólogo, como tampoco en los procesos prioritarios y de independencia de los servicios (fl. 719 C.2).



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

20. Que el menor SAMUEL HERRERA QUIROGA, sufre de retinopatía prematuridad, según concepto rendido por la médica oftalmóloga pediatra MARIA CAMILA ROJAS JARAMILLO, visto a folio 34 del expediente.

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

Para dirimir el asunto objeto de litigio, el Despacho partirá del análisis de la existencia del **daño**, el cual ha sido considerado jurisprudencial y doctrinariamente, como el primer elemento estructural y punto de partida de los procesos de responsabilidad, pues es ante la existencia de éste que se pone en marcha el aparato social y jurisdiccional con miras a buscar la reparación de la víctima, siendo definido el daño como aquella afrenta, lesión o alteración del goce pacífico de los intereses lícitos de una persona, trátase de derechos pecuniarios o no pecuniarios, individuales o colectivos².

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".

² Por el tratadista Dr. JUAN CARLOS HENAO.



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

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”*³

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

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

*“...la responsabilidad por la deficiente o nula prestación del servicio médico también puede generar responsabilidad patrimonial al Estado, aunque no se cause un daño a la salud de los pacientes, cuando tales fallas constituyan en sí mismas la vulneración de otros de sus derechos o intereses jurídicos, como el de la prestación eficiente del servicio. La Sala, en jurisprudencia que se reitera, ha considerado que son imputables al Estado los daños sufridos por los pacientes a quienes no se brinde un servicio médico eficiente y oportuno, aunque no se acredite que esas fallas hubieran generado la agravación de las condiciones de su salud, es decir, que la falla en la prestación del servicio se confunde con el daño mismo (...). En síntesis, el Estado es patrimonialmente responsable de los daños que se deriven de la omisión en la prestación del servicio médico o de su prestación deficiente, cuando tales daños se producen como consecuencia de esa omisión o deficiencia, pero también es responsable del daño aún en eventos en los que no se demuestra esa relación causal, pero queda acreditado que la prestación asistencial no le fue brindada al paciente de manera diligente, utilizando todos los medios técnicos y científicos de los que deben disponer las entidades médicas estatales, de acuerdo a su nivel de complejidad, o no se remite oportunamente al paciente, a un centro de mayor nivel, porque esas fallas vulneran su derecho a la asistencia en salud.”*⁴

Ahora, también la Alta Corporación de lo Contencioso Administrativo ha señalado la pérdida de oportunidad como una de las modalidades del daño a reparar⁵:

³ Consejo de Estado; Sección Tercera; sentencia del 16 de septiembre de 1999; Exp.10922 C.P. Ricardo Hoyos Duque.

⁴ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de octubre 7 de 2000, exp. 35656.

⁵ Consejo de Estado Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de fecha 11 de agosto de 2010, Consejero ponente: MAURICIO FAJARDO GOMEZ, Radicación: 05001-23-26-000-1995-00082-01(18593)



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

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

(...)

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

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

De manera reciente la enunciada Corporación⁶ precisó cuáles son los elementos que determinan la falla del servicio por pérdida de oportunidad:

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

⁶ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección "B", sentencia de 5 de abril de 2017, exp. 25.706, C.P. Ramiro Pazos Guerrero.



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

de la "aleatoriedad" del resultado esperado tiene enormes incidencias en el plano de la indemnización, ya que si se trata de la infracción a un derecho cierto que iba a ingresar al patrimonio de la víctima o frente al cual se debía evitar un menoscabo, su indemnización sería total, mientras que si el truncamiento es solo respecto de la expectativa cierta y razonable de alcanzar o evitar un resultado final, la posibilidad truncada sería indemnizada en menor proporción⁷.

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

15.4. **Certeza de la existencia de una oportunidad.** En segundo lugar se debe constatar que, en efecto, existía una oportunidad que se perdió. La expectativa legítima debe acreditar inequívocamente la existencia de "una esperanza en grado de probabilidad con certeza suficiente"⁸ de que de no haber ocurrido el evento dañoso, la víctima habría mantenido incólume la expectativa de obtener el beneficio o de evitar el detrimento correspondientes⁹.

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 que el niño Samuel Herrera Quiroga, padece RETINOPATÍA DEL PREMATURO (Estado 5) en ambos ojos, según evaluación

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

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

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



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

realizada el día 3 de diciembre de 2008 por médico oftalmólogo vítreo retinólogo particular –DM David M. Medina O.–, y del informe pericial del 10 de junio de 2015 emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – Seccional Meta de fecha 10 de junio de 2015, en el cual determinó en el examen físico forense presentar “*Amaurosis por retinopatía de prematurez*”.

Dicho lo anterior, se procede a establecer si le es o no imputable a la entidad demandada, los daños sufridos por los demandantes, producto de enfermedad desarrolla por el menor Samuel Herrera Quiroga, la que según la parte actora se produjo por falla del servicio derivada de la pérdida de oportunidad, como consecuencia de la no valoración y tratamiento en la especialidad de Oftalmología.

En el caso se tiene que el acervo probatorio permitió establecer que la señora Ángela María Quiroga Vergara, ingresó el día 10 de junio de 2008 al Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. al presentar contracciones y estar manchando, dolencias que terminaron con trabajo de parto prematuro de neonato de 31 semanas de gestación, el día 12 del mismo mes y año. De igual manera se probó que nació bebé de sexo masculino, quien pesó 1770 gramos y, además presentó el diagnóstico de síndrome de dificultad respiratoria por quejido audible, taquipnea transitoria del recién nacido, recién nacido pretérmino e ictericia multifactorial, aunado al hecho de haber estado en grave riesgo su vida, conforme se acreditó con el dictamen rendido por el Instituto de Medicina Legal, en el dictamen técnico allegado como prueba a estas diligencias.

Que como consecuencia del referido diagnóstico, en el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., se ordenó inmediatamente ubicar al neonato en incubadora y remitirlo a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, lugar donde se le coloca O₂ por cámara cefálica con ventury al 40% e instala CPAP nasal al 28% con 6cm H₂O de Peep; posteriormente se observó que el menor permaneció en incubadora con oxígeno por CPAP para saturación entre el 90 y 100% del oxígeno, continuando con cámara de Hood ventury al 35%; que los días 27 de junio de 2008 y siguientes, al neonato se le suspendió el oxígeno y continuó en incubadora cerrada, sin signos de dificultad respiratoria; y que el 4 de julio de 2008, fue dado de alta con orden de control al siguiente día por medicina externa, luego de haber permanecido hospitalizado durante 21 días.

De igual forma, de la historia clínica se desprende que el neonato, en el término de su estadía en el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., fue visto por médicos especialistas en pediatría, cardiología, neonatología, fisioterapia y, a su vez, por el servicio de enfermería. Profesionales que prestaron los servicios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que al momento tenían a su alcance el centro asistencial.

Sobre el particular, destaca el despacho que según el dictamen médico rendido por el Instituto de Medicina Legal, que el neonato HERRERA QUIROGA, tenía varios



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

factores adversos que lo predisponían a padecer la retinopatía de la prematuridad, así quedó reseñado al dar respuesta al segundo de los interrogantes del dictamen: *con la información disponible, y revisión bibliográfica es posible señalar que la prematuridad es un factor de riesgo para padecer múltiples alteraciones por inmadurez de los tejidos; nacido por un parto pretermino a las 31 semanas de gestación, cuando aún no completaba la maduración de los órganos, siendo este un alto factor de riesgo para presentar múltiples comorbilidades, así como las que le fueron diagnosticadas al menor SAMUEL HERRERA QUIROGA, con síndrome de ALTE (Es aquel episodio inesperado y brusco que alarma al observador, pues correspondería a una situación de riesgo de muerte, caracterizado por compromiso de la actividad respiratoria, cambios de coloración y/o alteraciones del tono muscular), síndrome de dificultad respiratoria neonatal; durante la valoración médico legal el menor presenta un trastorno psicomotor, retinopatía de la prematuridad con pérdida completa de la agudeza visual y microoftalmía; es decir, el daño en su sistema nervioso central y la retina son consecuencia del nacimiento prematuro favorecido por los factores maternos y placentarios que confluyeron para la prematuridad.*

En este orden, si bien es cierto que en el plenario se acreditó que no se realizó atención médica por parte de los galenos del Hospital Departamental de Villavicencio, tendiente a establecer si el neonato había desarrollado la retinopatía de la prematuridad, no es menos cierto, que dicha valoración especializada, conforme lo contempla la Norma Técnica para la Detención Temprana de Alteraciones de la Agudeza Visual y Patologías Oculares, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, podía realizarse incluso hasta la sexta semana después de su nacimiento.

Recuérdese que al menor se le da de alta el día 4 de julio de 2008, con la orden de cita de control por medicina externa para el día siguiente, sin que aparezca acreditado en el plenario el cumplimiento de dicha orden médica, dado que el primer control que se constata fue realizado, data del 16 de julio de 2008, esto es, 12 días después del alta hospitalaria.

En este orden, y dadas las condiciones de salud de la progenitora aunado a las circunstancias en que se produce el nacimiento del menor, las cuales incidieron en el cuadro clínico que presentó en los días posteriores a su nacimiento, conforme se acreditó con la historia clínica, los testimonios de los médicos tratantes y el dictamen pericial, el Despacho concluye que en este caso el daño no es imputable a la entidad demandada, dado que la retinopatía de la prematuridad se desarrolló como consecuencia de las mismas condiciones individuales del neonato, sin que sea dable indicar la configuración de una pérdida de oportunidad, en cuanto la no realización del examen reclamado en la demanda, no es la causa directa de ese padecimiento.

En conclusión, al no ser atribuible el daño a la accionada, no hay lugar a declarar la responsabilidad administrativa solicitada, en consecuencia la respuesta al primer problema jurídico planteado es negativa, circunstancias que releva al despacho de continuar con el estudio del segundo. Por lo anteriormente expuesto, el despacho negará las pretensiones de la demanda.



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

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. NEGAR las pretensiones de la demanda, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva.

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

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

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

[Handwritten signature of Gladys Teresa Herrera Monsalve]
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 13 de junio de 2018 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



**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 3331 005 2011 00289 00

JUEZ: GLADYS TERESA HERRERA MONSALVE.

NATURALEZA: REPARACIÓN DIRECTA

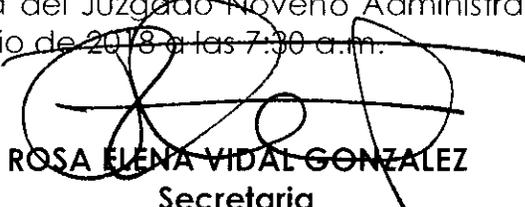
DEMANDANTE: ÁNGELA MARIA QUIROGA VERGARA Y OTROS

DEMANDADO: E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO

PROVEÍDO: TRECE (13) DE JUNIO DE 2018.

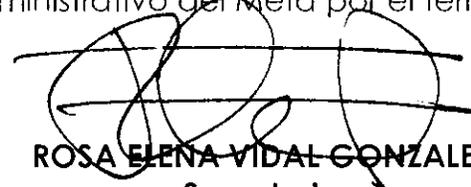
INSTANCIA: PRIMERA INSTANCIA.

Para notificar a las partes la anterior providencias 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 diecinueve (19) de junio de 2018 a las 7:30 a.m.


ROSA ELENA VIDAL GONZALEZ
Secretaria

DESIJACION

21/06/2018- siendo las 5:00 P.M, se desfija el presente edicto después de haber permanecido fijado en un lugar visible de la la Secretaria del Juzgado Noveno Administrativo del Meta por el termino de tres días.


ROSA ELENA VIDAL GONZALEZ
Secretaria