

JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

Villavicencio, diecisiete (17) de marzo dos mil veinte (2019)

RADICACIÓN : 50001 3331 005 2010 00233 00
DEMANDANTE : WILDER LLANOS HENAO y ERIKA VIVIANA OSORIO ACOSTA
DEMANDADO : DEPARTAMENTO DEL META y HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.
ACCIÓN : REPARACIÓN DIRECTA

ANTECEDENTES

A través de apoderada, los señores Wilder Llanos Henao y Erika Viviana Osorio Acosta, instauraron demanda de reparación directa en contra del Departamento del Meta y el Hospital Departamental de Granada E.S.E., con el fin de obtener la reparación de los perjuicios que les fueron ocasionados, como consecuencia del fallecimiento de la menor Valeria Llanos Osorio, producto del actuar irregular e ineficiente procedimiento médico, en hechos ocurridos a partir del día 07 de marzo de 2008 en el Hospital Departamental de Granada E.S.E., para lo cual solicitaron se despachen favorablemente las siguientes:

I. Pretensiones.

«PRIMERO.- Que se declare administrativamente responsable a la Nación - Gobernación del Departamento del Meta - Hospital Departamental de Granada E.S.E. de la muerte de la hija de mis mandantes como consecuencia de falla médica en la atención de la menor VALERIA LLANOS OSORIO (q.e.p.d.), en las instalaciones del HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA (Meta) y, en consecuencia, se les condene al pago de los perjuicios morales y materiales causados a mis representados.

SEGUNDO.- Que como consecuencia de lo anterior, la Nación - Departamento del Meta - Hospital Departamental de Granada (Meta) reconozcan y paguen a ERIKA VIVIANA OSORIO ACOSTA y WILDER LLANOS HENAO a título de reparación de los perjuicios materiales, morales y daño a la vida de relación que se señalan seguidamente.

A. PERJUICIOS MATERIALES

a. **LUCRO CESANTE CONSOLIDADO.** Se genera desde la fecha de muerte de la menor VALERIA LLANOS OSORIO hasta la fecha de la sentencia condenatoria, teniendo en cuenta el salario mínimo legal vigente para la fecha del fallo y aplicando la fórmula:

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

Donde:

S= Lucro Cesante Consolidado o Debido

R= El salario mínimo legal mensual vigente para la fecha de la sentencia

i= 0.004867

n= El número de meses transcurridos entre la muerte de la menor y la fecha de la sentencia condenatoria.

b. **LUCRO CESANTE FUTURO.** Se agrega desde la fecha de la sentencia, hasta la fecha en que la menor VALERIA LLANOS OSORIO hubiera



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

cumplido los 25 años de edad (9 de marzo de 2033), sobre un salario base de liquidación igual al salario mínimo legal mensual vigente para la fecha de la sentencia condenatoria, y aplicando la fórmula:

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

Donde:

S=Indemnización futura

Ra= Salario mínimo legal mensual vigente para la fecha de la sentencia condenatoria.

i= 0,004867

n= Tiempo transcurrido en meses entre la fecha de la sentencia condenatoria y la fecha en que la menor VALERIA LLANO OSORIO hubiera cumplido 25 años de edad.

B. PERJUICIOS MORALES

a. **SUBJETIVADOS**, como reparación de los daños y perjuicios ocasionados, discriminados de la siguiente manera:

i. A la señora ERIKA VIVIANA OSORIO ACOSTA, madre, el valor de 200 SMLMV a la fecha de la sentencia condenatoria.

ii. Al señor WILDER LLANOS HENAO, padre, el valor de... 200 SMLMV a la fecha de la sentencia condenatoria.

C. **DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN.** Generados en el hecho de no poder ver crecer a su hija VALERIA LLANOS OSORIO, no poder disfrutar de sus primeros pasos, de sus primeras palabras, de su ingreso al jardín infantil y luego al colegio y universidad y todo lo que ello implica, que es diferente al dolor de su pérdida.

a. A la señora ERIKA VIVIANA OSORIO ACOSTA, madre, el valor de 500 SMLMV a la fecha de la sentencia condenatoria.

b. Al señor WILDER LLANOS HENAO, padre, el valor de 500 SMLMV a la fecha de la sentencia condenatoria.

TERCERA.- Que se ordene a las convocadas LA NACIÓN – DEPARTAMENTO DEL META – HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA (Meta), a pagar las sumas resultantes de la sentencia condenatoria dentro del término previsto en el artículo 176 del C.C.A. y de la forma prevista en el artículo 177 y 178 de la misma norma, para lo cual habrá de tenerse en cuenta la pérdida de poder adquisitivo del dinero, según certificación que expida el Banco de la República o la autoridad monetaria que tenga a sus cargo dicha función para la fecha de la Sentencia.»

II. Hechos.

Para fundamentar las pretensiones, la apoderada de los demandantes narró la siguiente situación fáctica, que se resume:

2.1. Manifestó que el día 17 de julio de 2007, la Clínica Servimédicos Ltda., le expidió a la señora Erika Viviana Osorio Acosta, los resultados de una ecografía



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

obstétrica, donde constaba que tenía un embarazo de 10 semanas, por lo que se sometió a los controles médicos de embarazo en la E.S.E. Primer Nivel de Salud de Granada, en los que no se evidenció anomalías dentro del primer trimestre de embarazo.

2.2. Sostuvo que el día 13 de diciembre de 2007, la Clínica Servimédicos Ltda., expidió igualmente a la señora Erika Viviana Osorio Acosta los resultados de una ecografía obstétrica, donde constaba que la demandante tenía un embarazo de 30 semanas, sin complicaciones ni factores que alteren el normal desarrollo de su embarazo.

2.3. Expresó que el día 15 de febrero de 2008, la señora Erika Liliانا Osorio Acosta asistió a control en la E.S.E. Primer Nivel de Granada Salud, donde se le manifestó que tenía un embarazo de 37 semanas del cual cursaba normal.

2.4. Indicó que el día 18 de febrero de ese año, la Clínica Salvador Salud E.U., expidió los resultados de la ecografía a la paciente Erika Osorio, en la que se constató que no existía ninguna anomalía en el desarrollo del feto o periodo de gestación y que la fecha probable de parto era el día 01 de marzo de 2008.

2.5. Apuntó que, según el triage del hospital, la señora Erika Viviana Osorio Acosta se había presentado el día 07 de marzo de 2008 a las 09:52 a.m., al Pabellón de urgencias del Hospital de Granada E.S.E., en el que se anotó como diagnóstico un embarazo a término, situación que, era a partir de ahí o antes que el parto debió producirse, pues llevaba un retraso de 6 días.

2.6. Señaló que a las 10:26 apareció un reporte del referido hospital, donde se apuntó los signos de la gestante y con un embarazo prolongado, por lo que en una situación de éstas, se debía poner especial atención a dicho tipo de embarazo, dado que podía traer complicaciones tanto a la parturienta, como al bebé que estaba por nacer.

2.7. Dijo que, según lo manifestado por la señora Erika Osorio, le habían hecho firmar un documento donde autorizaba la práctica de la cesárea, aclarando que no aparece dicho documento; sin embargo, si se constató que se le practicó la misma al tener un trabajo de parto estacionario y un embarazo prolongado, sólo hasta el día 09 de marzo, según las anotaciones hechas en la epicrisis: «INDUCCION DE TRABAJO DE PARTO POR 3 DIAS SE DECIDE CESAREA POR INDUCCION FALLIDA, CON RUPTURA DE MEMBRANAS INTRAHOSPITALARIA DE 24 HORAS DE EVOLUCION», situación que acreditó la tardanza de los médicos en efectuar la cesárea, lo que generó serias anomalías al recién nacido.

2.8. Adujo que, en la historia clínica se anotó: «SE DOCUMENTA LIQUIDO AMNIOTICO MECONIADO», «RNAT PAEG, ADAPTACION NEONATAL CONDUCTIVA, RIESGOS ASOCIADOS, SDR MODERADO, RIESGO DE FALLA RESPIRATORIA, ALAM», situaciones que fueron las consecuencias de la demora en el parto.



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

2.9. Mencionó que, ante los anteriores diagnósticos, la recién nacida fue remitida al Hospital Departamental de Villavicencio, el día 9 de marzo de 2009 (sic), a las 19:20 horas, siendo recibida en la Unidad Neonatal y donde se le ordenó ecografía pediátrica, cuyo resultado halló «SITUS SOLITUS ATRIAL... INSUFICIENCIA (SIC) TRICUSPIDEA CON JET DE DESPRENDIMIENTO CENTRAL QUE LLEGA HASTA EL TECHO DE LA AURICULA DERECHA», concluyendo lo siguiente: «1. DISFUNCIÓN SISTÓLICA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO CON FRACION DE EYECCIÓN DEL 51%. (...) 2. HIPERTENSIÓN PULMONAR SEVERA CON PRESIÓN SISTÓLICA EN TRONCO PULMONAR DE Mg. E INSUFICIENCIA TRICÚSPIDEA FUNCIONAL CON JET QUE OCUPA EL 26% DEL ÁREA DE LA AURICULA DERECHA. (...) 3. DUCTUS ARTERIOSO PERSISTEN DE 3.7 mm DE DIÁMETRO EN EL EXTREMO AÓRTICO Y 3,5 mm DE DIÁMETRO EN EL EXTREMO PULMONAR CON CORTO CIRCUITO BIDIRECCINAL Y GRADIENTE AORTOPULMONAR MINIMO. (...) 4. DILACIÓN SEVREA (SIC) DEL VENTRÍCULO DERECHO QUE PREDOMINA SOBRE EL VENTRÍCULO IZQUIERDO.

2.10. Aludió, que a pesar de los esfuerzos realizados por los médicos del Hospital Departamental de Villavicencio para salvarle la vida a la recién nacida, ésta fallece el día 15 de marzo de 2008.

III. Fundamentos de derecho.

La apoderada de la parte actora invocó como sustento de las pretensiones, lo normado en los artículos 2, 6, 11, 12, 13, 44, 87, 89 y 90 de la Constitución Política; los artículos 86, 128 s.s., 168 s.s., 206 s.s. y 217 s.s. del C.C.A.; los artículos 1613 y s.s. del Código Civil; el artículo 109 del Código Penal; los artículos 174 a 293 y concordantes del Código de Procedimiento Civil; los artículos 4 y 6 del Pacto Internacional de Derechos Políticos y Sociales de las Naciones Unidas; los artículos 4 y 8 de la Ley 153 de 1887; los artículos 59 a 65 de la ley 23 de 1991; los artículos 1, 2 y 18 del Decreto 2347 de 1971; el Decreto 1835 de 1979 y el Decreto 2561 de 1991.

Argumentó la parte accionante, que el caso ha de ser estudiado bajo el título de imputación de la falla en el servicio médico, la cual hace consistir en los hechos de la demanda, como consecuencia del actuar irregular, ineficiente, negligente y tardía práctica de cesárea, durante la atención prestada en el Hospital Departamental de Granada E.S.E., situación que afectó a los demandantes y que por tanto genera la indemnización de los perjuicios morales y materiales sufridos por éstos, que reclaman en la demanda.

IV. Actuación Procesal.

La demanda fue presentada en la Oficina Judicial de Villavicencio el día 20 de mayo de 2010, correspondiéndole por reparto al Juzgado Quinto Administrativo del Circuito de Villavicencio (fl. 311 C.1), el cual mediante auto del 22 de junio de 2010 decide admitirla (fls. 313-314 C.1), providencia que se notificó personalmente al



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

Ministerio Público, el día 02 de julio de 2010 (fl. 314 C.1) y por aviso al Gobernador del Meta, el día 24 de septiembre de ese año (fl. 319 C.2) y al Gerente del Hospital Departamental de Granada, el día 12 de octubre de ese mismo año (fl. 327 C.2); seguidamente se fijó el asunto en lista por el término legal, desde el día 04 al 18 de noviembre de esa misma anualidad (fl. 314 C.2); término durante el cual, el Hospital Departamental de Granada E.S.E. y el Departamento del Meta, contestaron la demanda (fls. 334-341 y 393-401 C.2).

Igualmente, el Hospital Departamental de Granada E.S.E., el día 18 de noviembre de 2010, solicitó se llamara en garantía a la Cooperativa de Trabajo Asociados Comunitario "COOASTCOM" y a la Compañía de Seguros Aseguradora de Colombia (fls. 347 al 350 C.1); solicitud que fue admitida mediante auto del 06 de mayo de 2011 (fls. 407-408 envés C.2 y 5-6 C. llamamiento en garantía), decisión que fue notificada personalmente al apoderado de COOASTCOM, el día 22 de junio de 2011 (adverso fl. 8 C. llamamiento en garantía) y a la apoderada de la Compañía de Seguros Aseguradora Solidaria de Colombia, el día 28 de julio del mismo año (adverso 81 C. llamamiento en garantía); quienes contestaron en término el llamamiento en garantía, los días 07 de julio y 05 de agosto de 2011, respectivamente (fls. 32-45 y 84-94 C. llamamiento garantía).

En el mismo sentido, la llamada en garantía Cooperativa de Trabajo Asociados Comunitario "COOASTCOM", en escrito de fecha 07 de julio de 2011, solicitó se llamaran en garantía al doctor Luis Fernando Bocarejo y a la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación "SCARE" (fls. 18-20 C. llamamiento garantía), y a la Compañía de Seguros Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda. (fls. 50-51 C. llamado en garantía); además, solicitó la vinculación como litis consorcio al Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. (fls. 46-48 C. llamado en garantía).

Posteriormente, en auto de fecha 08 de noviembre de 2011, el Hospital Departamental del Villavicencio, fue vinculada como litis consorte necesario y las solicitudes de llamamientos en garantía fueron admitidas (fls. 410-411 envés C.2).

Luego, en virtud del Acuerdo PSA11-124 del 21 de septiembre de 2011, el proceso fue remitido al Juzgado Cuarto Administrativo de Descongestión del Circuito de Villavicencio (fl. 422 C.2), el que por auto del 28 de febrero de 2012, avocó conocimiento del asunto (fl. 424 C.2).

Ulteriormente, el auto del 08 de noviembre de 2011, fue notificado por aviso a los llamados en garantía, Compañía Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación "SCARE" y al médico Luis Fernando Bocarejo, los días 30 de abril y 14 de mayo de 2012, respectivamente (fls. 425 y 475 C.2); a la entidad vinculada, Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., por aviso el día 31 de mayo de ese mismo año (fl. 574 C.2); y por conducta concluyente a la Compañía de Seguros Aseguradora Solidaria de Colombia, el día 22 de agosto de 2012 (fls. 581 C.2). El respectivo auto, fue objeto del recurso de apelación por parte de los llamados en



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

garantía, Compañía Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación "SCARE" y el médico Luis Fernando Bocarejo (fls. 446-456 y 478-483 C.2); luego, el Tribunal Administrativo del Meta, en providencia de fecha 21 de enero de 2014, revocó parcialmente el numeral segundo del auto, decidiendo negar el llamamiento en garantía de la Compañía Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación "SCARE" (fls. 5-16 C. Tribunal) y en proveído del 28 de abril de 2017, decide la confirmación del auto proferido el 8 de noviembre de 2011 y declara sin efecto vinculante el llamamiento en garantía contra Luis Fernando Bocarejo Hernández (fls. 68-71 envés C. Tribunal). A la postre, el proceso fue enviado a este Juzgado (fl. 636 C.3), el que por auto del 22 de septiembre de 2017, asumió el conocimiento del proceso y dispuso obedecer y cumplir lo resuelto por el Superior (fl. 638 C.3).

Seguidamente, en auto del 17 de abril de 2018, dispuso abrir a pruebas el proceso (fl. 640 C.3) y encontrándose vencida la etapa probatoria, mediante auto del 15 de noviembre de 2019, se corrió traslado a las partes por un término común de 10 días, para que presentaran sus alegatos de conclusión (fl. 960 C.4). Finalmente, el proceso ingresó para fallo el día 10 de diciembre de 2019 (fl. 989 C.4).

V. Contestación de la demanda.

5.1. El Hospital Departamental de Granada E.S.E., contestó a través de apoderado (fls. 334-341 C.2), quien manifestó oponerse a todas las pretensiones de la demanda, en cuanto a los hechos mencionó que: los relacionados en los numerales 1º, 2º, 3º, 4º, 12 y 13 no constarle; de los descritos en los numerales 5º 9º y 10º, dijo no ser ciertos; de los enunciados en los numéricos 6º, 7º y 8º, afirmó ser ciertos parcialmente; referente al hecho 11 ser cierto; y de los numerales 14 y 15, expresó no ser hechos.

Como razones de la defensa, expuso que aún en mujeres que han tenido hijo por cesárea, el médico debe hacer lo posible para que los alumbramientos se hagan por vía vaginal, según la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 59 N° 3 2008. Asimismo, expuso que de acuerdo a los protocolos y manuales de procedimientos para esos eventos, ellos fueron aplicados en su totalidad, al igual que el desarrollado en el Mc Graw Hill -octava edición-, esto es, que una vez inducido el parto para que fuera vaginal y al no haber respuesta satisfactoria se debía realizar cesárea, situación que sucedió en el presente caso, máxime que ninguno de los monitoreos se presentaron irregularidades por parte del menor que estaba por nacer. Además, consideró que se había hecho lo posible para que el alumbramiento fuera vaginal.

Adujo que, según la parte demandante había un embarazo prolongado, pero se cuida en manifestar cuántas semanas era el mismo; pues, la doctrina al respecto dice que el embarazo prolongado es aquel de 42 semanas o más, es decir, 294 días o más a partir del primer día de la menstruación y es un evento clínico que ocurre alrededor



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

del 7,5 al 10% de las embarazadas. Añadiendo, que generalmente es una condición benigna desde el punto de vista de las perspectivas perinatales, aunque está asociado con significativa ansiedad por parte de los familiares cercanos de la gestante. Explica, que en el mundo, las dos corrientes que se indican en la atención prolongado, son: la de esperar bajo vigilancia hasta la semana 43 y posteriormente la de inducir de inmediato en la semana 42, según la Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología N° 26.

Concluyó que, fehacientemente el Hospital Departamental de Granada E.S.E., a la paciente se le hizo el tratamiento que el estado de embarazo ameritaba, pues la paciente al momento de alumbrar estaba cerca de la semana 41. Además, expresó que en el embarazo prolongado, la inducción al parto podía ser de 1, 2 o 3 días, llamándose inducción fallida después del tercer día; por ello, a la paciente, el día 8 de marzo se le valoró 3 veces, habiendo una evaluación del trabajo de parto, una dilatación, aunado a que no había signos de sufrimiento fetal, ni deterioro materno, dado que los monitoreos fetales demostraban bienestar fetal; y posteriormente, al tercer día se le había realizado la cesárea por fracasar la inducción.

Como excepciones propuso las siguientes:

- *Falta de nexo de causalidad entre el daño y una falla del servicio;* indicó que, es menester que se presente en forma concurrente una falla del servicio, un daño y una relación de causalidad entre uno y otro; anotando, que si bien existe un daño, también lo es, que no existe prueba que determine que el Hospital Departamental de Granada E.S.E. había fallado en el servicio prestado a la demandante.

- *Ausencia de responsabilidad de la entidad demandada Hospital Departamental de Granada E.S.E.;* señaló que, no es imputable a la entidad hospitalaria alguna derivadas del fallecimiento de la menor hija de los demandantes, por cuanto el referido hospital prestó los servicios, habiendo permanente vigilancia médica y especializada, como el desarrollo de los procedimientos que estaban prescritos para esa clase de atenciones.

- *Inexistencia de los fundamentos de la demanda;* afirmó que el servicio se prestó a cargo del Hospital Departamental de Granada E.S.E., dado que se realizó en forma oportuna, dentro del término propio de su nivel de complejidad, agotando adecuadamente los protocolos que la disciplina del servicio de salud dictan, con disposición de los medios tecnológicos, personales y profesionales adecuados. Resaltó que, la neonata se le remitió a Villavicencio para la atención más especializada con que no contaba el hospital.

- *Falta de prueba del daño;* señaló que la parte demandante no establece de qué manera resultaron perjudicadas las presuntas víctimas, dado que no indicaron cuál fue la mengua sufrida en sus derechos materiales e inmateriales, ni mucho menos allegó prueba de los mismos, limitándose hacer afirmaciones sin sustento o



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

respaldo probatorio.

- *Générica o innominada.*

5.2. El Departamento del Meta, contestó el libelo a través de apoderada (fls. 393-401 C.2), quien manifestó oponerse a todas las pretensiones de la demanda, por carecer de fundamentos de hecho y de derecho. En cuanto a los hechos, adujo que los mencionados en los numerales 1º, 2º, 4º, 8º13 y 15, son ciertos; del aludido en el numeral 3º, señaló que de acuerdo a la fotocopia del carne perinatal de la E.S.E. Primer Nivel Granada Salud, la señora Erika Osorio Acosta, el día 15 de febrero de 2008 tenía 37,5 semanas de gestación; en lo tocante al ítem 5º, indicó ser parcialmente cierto, en el sentido de que en la historia clínica, la aludida señora ingresó al Hospital Departamental de Granada E.S.E. a las 09:52 a.m. del día 07 de marzo de 2008 por presentar dolores y en donde fue valorada por el médico Fabián Andrés Herrero Hernández, quien determinó fuera valorada por consultorio, que a las 10:26 a.m. fue valorada por el médico cirujano, quien luego de analizarla decidió hospitalizar, ordenando a su vez monitoreo fetal y ser valorada por ginecología; y a las 11:54 también había sido auscultada por ginecología.

Seguidamente, de los descritos en los numerales 6º, 9º, 10º, 12 y 14, dijo que era afirmaciones que debían ser probados por el demandante; y del enunciado en el numérico 7º, afirmó que existe un consentimiento informado y un informe de consentimiento de anestesia de fecha 09 de marzo de 2008.

Como razones de la defensa, argumentó que el daño consistente en la muerte de la recién nacida, Valeria Llanos Osorio, es sin duda un hecho absolutamente lamentable para los demandantes; sin embargo, el juicio de responsabilidad extracontractual en contra de la demandada exige la demostración de una falla del servicio del ente territorial y un nexo causal entre la acción y/u omisión de mismo en relación con el daño, por lo que no se vislumbra que el demandante no plantea cuáles fueron las fallas del servicio del Departamento del Meta de cara a los hechos, la conmoción de los mismos y el impacto que estos pueden tener, no siendo suficientes para endilgar responsabilidad alguna a la entidad territorial, dado que no hay prueba suficiente para ello.

Propuso como excepciones las siguientes:

- *Inexistencia de la obligación en el Departamento del Meta y falta de legitimación en la causa para ser demandado;* aseveró que, el Departamento del Meta no contribuyó en la realización del hecho dañoso, dado que no observa que el demandante atine precisar las fallas del Departamento.

- *Ausencia de nexo causal entre el Departamento del Meta y el daño sufrido por los demandantes;* mencionó que no configura en contra del Departamento del Meta nexo o relación de causalidad entre el daño antijurídico y el ente territorial, en razón



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

a que ni fáctica ni jurídicamente el Departamento del Meta contribuyó en la realización del hecho.

5.3. De la entidad vinculada, Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.; contestó la demanda mediante apoderada (fls. 616-620 C.3), oponiéndose a todas y cada una de las pretensiones aducidas por la parte demandante. En relación con los hechos, adujo que los enunciados en los numerales 1º al 7º, 9º y 14 no le constan, respecto a los enunciados en los numéricos 8º y 15 afirmó atenerse a lo que resultara probado; y en cuanto a los referidos en los ítems 11, 12 y 13 ser ciertos.

Expuso como razones de la defensa, que la muerte de la recién nacida no se produjo por falla en la atención médica por parte del personal médico del Hospital Departamental de Villavicencio. Que en la referida historia clínica de la paciente, se demuestra que la entidad le prestó la atención oportuna y eficiente, realizando los estudios que la lex artis aconseja para esta clase de dolencias, prescribiendo los medicamentos necesarios en las dosis adecuada; además, que el hospital puso a su disposición un equipo médico interdisciplinario especializado y experimentado (médicos pediatras, neonatólogos, enfermeros, radiólogos, bacteriólogos y terapeutas) y que luego de hecha la evaluación del estado de salud, se ordenó los exámenes previos para precisar el diagnóstico; también adujo, que se ordenó los exámenes correspondientes, realizando el tratamiento adecuado, el suministro de los medicamentos indicados, la utilización de los equipos médicos necesarios, control de signos vitales de los pacientes, las ordenes y las instrucciones, manteniéndose el respectivo control y vigilancia sobre el enfermo, es decir, desplegó toda su capacidad en la atención al paciente.

Como excepción de fondo propuso la siguiente:

- Inexistencia de relación de causalidad entre el presunto perjuicio sufrido y la prestación del servicio médico por parte del Hospital Departamental de Villavicencio; indicó que para responsabilizar el Estado por la actuación de los médicos a su cargo, es necesario que se presenten los tres elementos: 1. La falla del servicio; 2. Un perjuicio cierto y determinado; y 3º. La relación de causalidad entre la falla y el perjuicio; aduciendo que la determinación del nexo causal no puede fundarse en conjeturas o posibilidades.

Propuso como excepción previa, la caducidad de la acción; mencionó que de conformidad con lo establecido con el artículo 136 del C.C.A., la acción de reparación directa caduca al vencimiento del término de 2 años contados a partir del día siguiente del acaecimiento del hecho, omisión u operación administrativa o de ocurrida la ocupación temporal o permanente del inmueble de propiedad ajena por causa del trabajo público o por cualquier otra causa, por lo que en el presente caso la menor falleció el día 15 de marzo de 2008, dado que el término de presentación de la demanda se encuentra más que vencido, pues la referida



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

vinculada no fue convocada ante la Procuraduría para agotar el requisito de procedibilidad.

VI. Contestación del llamado en garantía.

6.1. La Cooperativa Asociativa de Trabajo Comunitario (COOASTCOM); contestó la demanda y el llamamiento, indicando frente a los hechos descritos en la primera, que los numerales 1º, 2º, 4º, 5º, 6º, 8º y 11 ser ciertos; considerando el 3º hecho no ser claro; frente al mencionado en el numeral 7º, adujo que este carece de veracidad, dado que el médico si le informó sobre la cesárea, de lo contrario no la hubiese podido llevar a cabo; respecto de los ítems 9º y 10º dijo no ser ciertos; en lo atinente a los enunciados en los numerales 12 y 13 no constarle; del hecho 14, expuso que no era verdad y no constarle; y del hecho 15, que no era un hecho.

Referente a los hechos del llamamiento en garantía, indicó que la cooperativa no puede ser vinculada, teniendo en cuenta que los asociados respecto de la cooperativa no están subordinados ni dependientes de ella, dado que ellos son los dueños y accionistas en calidad de socios, por lo que, al respecto se debe vincular el socio médico, quien es el que debe garantizar la prestación del servicio y simplemente la cooperativa es un intermediario respecto de los socios.

Como razones de la defensa, expuso que está demostrado que la menor falleció 6 días después en otra institución hospitalaria, esto, en el Hospital Departamental de Villavicencio, dado que una vez fue trasladada, la responsabilidad recae en cabeza del referido ente hospitalario, dado que en el hospital de Granada no sucedió la muerte.

Interpuso como excepciones las siguientes:

- *Falta de Jurisdicción y competencia*; expresó que la entidad es de derecho privado y prestador de salud, y al no constituirse como una entidad pública, la jurisdicción contenciosa no es la competente para conocer de una posible responsabilidad, máxime cuando no responde por sus asociados, quienes responden de forma directa por tener pólizas individuales de responsabilidad.

- *Ausencia y falta de daño sufrido en el Hospital de Granada por parte de los asociados de la Cooperativa a la mandante y su hija fallecida en otro hospital*; sustentó que jamás se le ha causado daño a la demandante en el Hospital de Granada, toda vez que el parto, aunque fue por cesárea, la misma fue consentida por la paciente, y que la menor nació normal, estando demostrado que jamás sufrió daño alguno en el hospital de Granada y que la menor fue trasladada a otro hospital fue debido a que la demandante lo solicitó por escrito; además, que al haber sido trasladada a otro hospital, la responsabilidad recae sobre el Hospital de Villavicencio, pues allí permaneció desde el día 09 hasta el 15 de marzo de 2008, éste último día en que falleció la menor.



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

- *Falta de nexo causal y el daño;* adujo que al no existir daño, es necesario ese nexo causal entre la falla del servicio y el daño y no existe nexo causal entre la omisión o la acción de una entidad toda vez que jamás el daño, fue causado en el hospital de Granada, ni a su madre y menso a la menor fallecida y que se debe es investigar que pasó en esos 6 días en el hospital de Villavicencio distinto a la de Granada, toda vez que lo que pretende el actor es que el estado le restituya de los daños que sufrió, supuestamente por una omisión médica, por parte de algún asociado nuestro.

- *Ausencia de responsabilidad del Hospital de Granada y de nuestros asociados;* afirmó que todo el proceso de parto se llevó de la mejor manera por parte del Hospital de Granada, recibiendo también plena atención por parte de sus asociados.

6.2. La Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda; contestó la demanda y el llamamiento, indicando oponerse a cada una de sus pretensiones; frente a los hechos de la demanda, señaló no constarle; y de los enunciados en el llamamiento en garantía, adujo en el relacionado en el numeral 1º no constarle, del enunciado en el 2º se atiene a lo que resultare probado; y respecto del ítem 3º ser cierto.

Propuso como excepciones las siguientes:

- *Riesgo excluidos del póliza No. 994000001485, y en consecuencia, ausencia de responsabilidad de la Compañía Aseguradora Solidaria de Colombia;* indicó que la póliza de seguro objeto de discusión en el proceso se encuentra contenido en el texto de la póliza, en la cual se señala en forma expresa los riesgos que amparan la Compañía de Seguros y las exclusiones aplicables a dicho contrato, son aquellas de las cuales responde, en desarrollo del contrato de seguro celebrado.

- *Ausencia de demostración de la ocurrencia y cuantía de la pérdida;* afirmó que de conformidad con el artículo 1077 del Código de Comercio, corresponde a quien reclama en este caso los demandantes demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida. Que dicha obligación no ha sido satisfecha por ningún medio probatorio admisible.

- *No amparo de daños extrapatrimoniales (daño moral, daño a la vida de relación) y lucro cesante sufrido por la víctima, de conformidad con las condiciones generales y caratula de la póliza No. 9940000014585 pactadas por las partes;* adujo que de conformidad con la cláusula segunda de las condiciones generales de la póliza denominada "exclusiones" se encuentra pactado entre las parte de contrato de seguro en el numeral 20, el no amparo de perjuicios morales y lucro cesante sufridos por la víctima, razón por la cual, en el evento de una remota condena deberá ser excluida la Compañía Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda., del pago de los mencionados perjuicios.

- *Falta de formulación de la reclamación normal ante Aseguradora Solidaria de*



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

Colombia dentro del término por parte de los demandantes; anotó que de conformidad con la cláusula décimo tercera de las condiciones generales de la póliza objeto de discusión, la Ley 389 de 1997 y el artículo 1077 del Código de Comercio, los damnificados tienen acción directa contra el asegurador, por los hechos ocurridos dentro de la vigencia de dicha póliza y reclamados dentro de dicho periodo y hasta dos años más a partir del evento que dio origen a su acción, y como se puede extraer de la demanda y del registro civil de defunción la recién nacido fallece el día 15 de marzo de 2008, es decir dentro del plazo para la reclamación formal se venció el día 15 de marzo de 2010, sin que las accionantes lo hayan presentado.

- *Prescripción*; manifestó que en el presente caso, la reclamación para el pago del siniestro derivado del contrato de seguro se encuentra prescrita, de conformidad con el artículo 1081 y 1131 del Código de Comercio y en concordancia con el artículo 2358 del Código Civil.

- *Límite de suma aseguradora (Excepción subsidiaria)*; apuntó que en el evento de que la aseguradora Solidaria de Colombia Ltda., sea condenada al pago de las pretensiones de la demanda, debe tenerse en cuenta el valor del límite asegurado pactado en la caratula de la póliza de responsabilidad civil extracontractual, teniendo en cuenta que sólo estaría obligada a pagar hasta el monto de la suma asegurada, pues es la obligación contractual asumida, no debiendo responder por suma alguna en exceso de acuerdo a lo consagrado en el artículo 1079 del Código de Comercio. Además, que sólo debe tenerse en cuenta que el deducible que está a cargo del asegurado del 10% del valor de la pérdida, en este caso, la eventual condena mínima en 100 SMLMV.

- *Cobro de lo no debido en lo que respecta al perjuicio extrapatrimonial de daño a la vida de relación de los demandantes*; indicó que todas las afirmaciones expuestas por el apoderado de la parte demandante son inciertas, ya que lastimosamente la menor no tuvo la oportunidad de interactuar en la vida de sus padres no adquiere la trascendencia o se refleja sobre la esfera externa de su vida, pues si bien es cierto, es la expectativa que se tenía sobre la vida de la menor se traduciría su sufrimiento a un daño moral diferente a lo pretendido.

- *Cobro de lo no debido en lo que respecta al perjuicio de lucro cesante consolidado y lucro cesante futuro pretendido por los demandantes*; señaló que para el presente caso, la parte demandante deberá probar que el ingreso y que ayudaba en el hogar; pues dicha indemnización no está llamada a prosperar, toda vez que es un daño incierto, dado que no se puede asegurar de que la menor fallecida hubiese estudiado una carrera profesional o desempeñar una actividad comercial artística, entre otros.

VII. Alegatos de conclusión.



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

7.1. El Departamento del Meta; reiteró lo expuesto en la contestación de la demanda, referente a la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva (fls. 961-963 C.4).

7.2. El Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.; luego de hacer un análisis probatorio, concluyó que no es procedente la responsabilidad del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., dada la inexistencia de causalidad entre la actuación del mismo y el daño alegado, pues una vez la menor fue recibida fue valorada medicamente, estableciéndose su condición y la atención pertinente para su patología (fls. 969-973 C.4).

7.3. La parte demandante, luego de analizar el acervo probatorio, concluyó que hay una falla médica en la atención de la paciente Erika Viviana Osorio Acosta, la cual trajo como consecuencia la muerte de menor Valeria Llanos Osorio, por la desidia y pereza de los médicos del Hospital Departamental de Granada – Meta (fls. 974-978 C.4).

7.4. La llamada en garantía Aseguradora Solidaria de Colombia entidad Cooperativa; adujo que en el evento de un fallo adverso, la aseguradora sólo deberá asumir la condena de perjuicios patrimoniales menos el deducible del 10% a cargo del asegurado Hospital Departamental de Granada E.S.E., sin encontrarse pactado dentro del contrato de seguro el amparo de perjuicios extrapatrimoniales como daño moral, daño a la salud o daño a la vida de relación (fls. 979-981 envés C. 4).

7.5. El Ministerio Público; se abstuvo de emitir concepto.

CONSIDERACIONES

Siendo competente este Despacho para conocer en virtud de lo dispuesto en el numeral 6º del artículo 134B del C.C.A., adicionado por el artículo 42 de la Ley 446 de 1998, y no encontrando causal de nulidad que invalide lo actuado, procede a fallar el asunto objeto de controversia, precisando, en primer lugar, que se dará estudio a las excepciones que tengan el carácter de previas y posteriormente, si es del caso, se estudiará el fondo de asunto.

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

En el sub lite, se pretende por la parte demandante, se declare la responsabilidad administrativa de las entidades demandadas a título de falla del servicio, y que como consecuencia de ello, se les condene a reparar los perjuicios causados, por el fallecimiento de la menor Valeria Llanos Osorio, producto del actuar irregular, ineficiente, negligente y tardía práctica de cesárea, lo anterior en hechos ocurridos a partir del día 07 de marzo de 2008, cuando fueron atendidos en el Hospital Departamental de Granada E.S.E.



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

Por su parte, el Hospital Departamental de Granada E.S.E., se opuso a las pretensiones de la demanda, excepcionando: *i)* la falta de causalidad entre el daño y la falla del servicio; *ii)* la ausencia de responsabilidad; *iii)* la inexistencia de los fundamentos de la demanda; *iv)* la falta de prueba del daño; y, *v)* la genérica.

A su turno, el Departamento del Meta, se opuso a las pretensiones de la demanda, excepcionando: *i)* la falta inexistencia de la obligación y la falta de legitimación en la causa para ser demandada; y, *ii)* la ausencia de nexo causal entre el Departamento del Meta y el daño sufrido por los demandantes.

Por otro lado, la entidad vinculada, Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., se opuso a las pretensiones de la demanda, formulando como excepciones: *a)* inexistencia de relación de causalidad entre el presunto perjuicio sufrido y la prestación de servicio médico de parte del Hospital Departamental de Villavicencio; y, *b)* la caducidad de la acción.

Igualmente la llamada en garantía, Cooperativa Asociativa de Trabajo Comunitario (COOASTCOM); se opuso a las pretensiones de la demanda y al llamamiento en garantía, presentado como excepciones: **1)** La falta de jurisdicción y competencia; **2)** La ausencia y falta de daño sufrido en el Hospital de Granada por parte de los asociados de la Cooperativa a los demandantes; **3)** La falta de nexo causal y el daño; y, **4)** La ausencia de responsabilidad del Hospital de Granada y de sus asociados.

Finalmente, la llamada en garantía Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda., indicó oponerse a cada una de las pretensiones de la demanda y del llamamiento en garantía, proponiendo como excepciones: **a)** El riesgo excluido de la póliza No. 994000001485, y la ausencia de responsabilidad de la Compañía Aseguradora Solidaria de Colombia; **b)** La ausencia de demostración de la ocurrencia y cuantía de la pérdida; **c)** El no amparo de daños extrapatrimoniales (daño moral, daño a la vida de relación) y lucro cesante sufrido por la víctima, de conformidad con las condiciones generales y caratula de la póliza No. 9940000014585 pactadas por las partes; **d)** La falta de formulación de la reclamación normal ante Aseguradora Solidaria de Colombia dentro del término por parte de los demandantes; **e)** La prescripción; **f)** El límite de suma aseguradora (Excepción subsidiaria); **g)** El cobro de lo no debido en lo que respecta al perjuicio extrapatrimonial de daño a la vida de relación de los demandantes; y, **h)** El cobro de lo no debido en lo que respecta al perjuicio de lucro cesante consolidado y lucro cesante futuro pretendido por los demandantes.

En este orden de ideas, el Despacho para dilucidar la situación descrita, precisa que como quiera que la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva propuesta por la demandada, Departamento del Meta, sus argumentos se encauzan a desvirtuar la responsabilidad que se le imputa en la demanda, la misma será



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

resuelta al momento de dirimir el fondo del asunto, al estar fundada en este tipo de razonamientos.

Así las cosas, el Despacho para resolver la situación descrita, se plantean los siguientes problemas jurídicos:

1. ¿Existe inepta demanda, frente al Departamento del Meta, al no ser convocada previamente a conciliar?
2. Se configura la excepción previa de caducidad de la acción, propuesta por el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.?
3. ¿Debe declararse probada la excepción de falta de jurisdicción y competencia, propuesta por la llamada en garantía, Cooperativa Asociativa de Trabajo Comunitario (COOASTCOM)?

En el caso de no prosperar las excepciones anteriores, el fondo del asunto será abordado bajo el siguiente interrogante:

4. Son las entidades demandadas, Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. y el Departamento del Meta, y la entidad vinculada Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., administrativamente responsables por los daños causados a los demandantes, como consecuencia de la falla del servicio en la atención médica que conllevó a la muerte de la menor Valeria Llanos Osorio?

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

5. ¿Están obligadas las entidades demandadas y vinculada a reparar los perjuicios reclamados por los accionantes, conforme a lo pretendido en la demanda?

En el evento que se atribuya responsabilidad al Hospital Departamental de Granada E.S.E. se tendrá que estudiar lo relativo a la reparación que correspondería asumir a las llamadas en garantía, para lo que se formula la siguiente pregunta:

6. ¿Corresponde a las llamadas en garantía, Cooperativa Asociativa de Trabajo Comunitario (COOASTCOM) y Compañía de Seguros Aseguradora Solidaria de Colombia, asumir la reparación de los perjuicios en los términos de los contratos de servicios y de seguro suscritos con el Hospital Departamental de Granada E.S.E.?

II. Del estudio de las excepciones previas.



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

2.1. De la ineptitud sustantiva de la demanda al no agotar el requisito de procedibilidad.

Advierte el Despacho, que no fue agotado el requisito de procedibilidad de la conciliación prejudicial respecto del Departamento del Meta, puesto que en la solicitud de conciliación presentada por la parte actora no fue convocada.

Sobre el particular, el artículo 37 de la Ley 640 de 2001, dispone:

«ART. 37. Requisito de procedibilidad en asuntos de lo contencioso administrativo. Antes de incoar cualquiera de las acciones previstas en los artículos 86 y 87 del Código Contencioso Administrativo, las partes, individual o conjuntamente, deberán formular solicitud de conciliación extrajudicial, si el asunto de que se trate es conciliable. La solicitud se acompañará de la copia de la petición de conciliación enviada a la entidad o al particular, según el caso, y de las pruebas que fundamenten las pretensiones.»

PARAGRAFO 1o. Este requisito no se exigirá para el ejercicio de la acción de repetición.

PARAGRAFO 2o. Cuando se exija cumplir el requisito de procedibilidad en materia de lo contencioso administrativo, si el acuerdo conciliatorio es improbadado por el Juez o Magistrado, el término de caducidad suspendido por la presentación de la solicitud de conciliación se reanudará a partir del día siguiente hábil al de la ejecutoria de la providencia correspondiente.»

Así las cosas, de la documental que acompaña la demanda se advierte que a folios 309 y 310 se encuentra aportada la certificación del trámite de conciliación realizado ante la Procuraduría 205 Judicial I para Asuntos Administrativos Judicial, en la cual fue convocado el Hospital Departamental de Granada .E.S.E., empero, en la misma no intervino el Departamento del Meta ya que no fue convocado por la parte actora, razón por la cual resulta notorio que frente a dicha entidad no se agotó el requisito de procedibilidad.

Por lo anterior, el Despacho, declarará probada de oficio la excepción de ineptitud sustantiva de la demanda por falta de agotamiento del requisito de procedibilidad; en consecuencia, la respuesta al primero de los problemas jurídicos planteados es positiva.

2.2. De la caducidad de la acción.

El apoderado del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., luego de traer a colación el artículo 136 del C.C.A., indicó que la menor falleció el día 15 de marzo de 2008 y que el término de los dos años se encuentra vencido, dado que no fue convocada ante la Procuraduría para agotar el requisito de procedibilidad establecido en el Decreto 1716 de 2009.

En torno al argumento esgrimido cabe precisar que, el mecanismo de la conciliación extrajudicial constituye un requisito establecido en el ordenamiento como paso



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

previo de obligatoria observancia para poder acudir a la jurisdicción de lo contencioso administrativo, tal como lo establece los artículos 35 de la Ley 640 de 2001 y 13 de la Ley 1285 de 2009.

Sin embargo, dicho requisito de procedibilidad, tiene como fin precaver el respectivo litigio y, dado que se trata de un trámite previo al juicio, se erige como una carga para el demandante quien, por consiguiente, debe convocar a dicha conciliación a todos y cada uno de los sujetos contra los cuales pretende activar el aparato jurisdiccional, es decir, que opera sólo respecto de los sujetos de los cuales el convocante pretenda obtener la reparación o el resarcimiento patrimonial del daño que aduce haber sufrido.

Por tanto, en el presente caso, al dirigirse la demanda contra entidades de derecho público, es contra aquellas que debe agotarse el requisito de procedibilidad, independientemente de que en sede judicial o inclusive en etapas posteriores del proceso, se llegare a determinar que otras personas o entidades deban vincularse a la actuación en calidad de litisconsortes necesarios.

Sobre el particular, el Consejo de Estado, precisó:

«... los litisconsortes necesarios podrán ser vinculados en la demanda, de lo contrario el juez, a petición de parte o de oficio, los vinculará al proceso en el auto admisorio de la misma o en cualquier momento antes de proferirse la sentencia de primera instancia, esto con el fin de otorgarles la oportunidad de asumir la defensa de sus intereses dado que la sentencia los puede afectar.

(...)

En este asunto no le asiste la razón a la parte recurrente en el sentido de que respecto de ella debió surtirse la conciliación extrajudicial, dado que la vinculación al proceso de la compañía adjudicataria del contrato no devino de la demanda interpuesta, sino como consecuencia de la decisión del Tribunal Administrativo a quo —por demás acertada— en el auto admisorio de la demanda y, en tal sentido, no se requería que la parte demandante agotara tal presupuesto de procedibilidad del medio de control. Se reitera que el litisconsorte necesario —como lo es el aquí apelante— puede o, mejor, debe ser vinculado al proceso hasta antes de dictar sentencia de primera instancia, motivo por el cual no es dable predicar que respecto de aquél opera la caducidad de la acción y mucho menos que debió ser objeto de una conciliación extrajudicial cuando no fue sujeto pasivo de la demanda y su vinculación puede darse, incluso, agotado todo el trámite procesal en sede de primera instancia, es decir, cuando el proceso claramente ya ha iniciado su curso y se encuentra a la espera de dictar sentencia»¹.

Así entonces, como quiera que en el presente proceso se encuentra establecido que el día 15 de marzo de 2010, la parte demandante solicitó ante la Procuraduría

¹ Consejo de Estado – Sección Tercera – Subsección A., sentencia del 14 de septiembre de 2015, exp. N° 25000-23-36-000-2013-01437-01(52378). C.P. (E) Hernán Andrade Rincón. Al respecto, consúltese también la sentencia del 30 de agosto de 2016, exp. N° 13001-23-33-000-2014-00220-01(57534) Sección Tercera – Subsección C, C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

General de la Nación la conciliación prejudicial respecto del mismo sujeto contra el cual formuló posteriormente la demanda, esto es, el Hospital Departamental de Granada E.S.E., la cual fue efectivamente convocada a dicha actuación previa, tal como lo hizo constar el Ministerio Público en la constancia visible a folios 309 y 310 del cuaderno 1.

Por su parte, el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. fue vinculado a petición de parte como litisconsorte necesario de la parte pasiva mediante auto del 08 de noviembre de 2011, en observancia de lo dispuesto en el artículo 83 del C.P.C., aspecto que permite concluir que no opera la caducidad de la acción, por lo que el Despacho, declarará no probada la excepción; en consecuencia, la respuesta al segundo de los problemas jurídicos planteados es negativa.

3.2. Falta de jurisdicción y competencia.

Sobre el particular, el Código Contencioso Administrativo en su artículo 82, determina el objeto de ésta jurisdicción en los siguientes términos:

*«La jurisdicción de lo contencioso administrativo está instituida para juzgar las controversias y litigios **originados en la actividad de las entidades públicas** incluidas las sociedades de economía mixta con capital público superior al 50% y de las personas privadas que desempeñen funciones propias de los distintos órganos del Estado. Se ejerce por el Consejo de Estado, los tribunales administrativos y los juzgados administrativos de conformidad con la Constitución y la ley.*

Esta jurisdicción podrá juzgar, inclusive, las controversias que se originen en actos políticos o de Gobierno.

La jurisdicción de lo contencioso administrativo no juzga las decisiones proferidas en juicios de policía regulados especialmente por la ley. Las decisiones jurisdiccionales adoptadas por las Salas Jurisdiccionales Disciplinarias del Consejo Superior de la Judicatura y de los Consejos Seccionales de la Judicatura, no tendrán control jurisdiccional.»

A su vez, el artículo 134B del C.C.A. establece la competencia de los Jueces Administrativos en primera instancia:

*«Los jueces administrativos conocerán en primera instancia de los siguientes asuntos:
(...)*

6. De los de reparación directa cuando la cuantía no exceda de quinientos (500) salarios mínimos legales mensuales.»

Ahora bien, el artículo 12 del Código de Procedimiento Civil², consagra que todo negocio que no esté atribuido por la ley a otras jurisdicciones le corresponde a la jurisdicción civil.

² Sobre el punto es importante indicar, que si bien en eventos como el presente, en los cuales era procedente la aplicación del C.G.P., al incurrir en lo dispuesto en el literal b) del numeral 1) del artículo 625 del C.G.P., el Despacho dará aplicación al



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

Igualmente, el Consejo de Estado ha establecido que el Fuero de Atracción se presenta cuando se demanda de forma concurrente a una entidad estatal, a un particular o personas de derecho privado caso en el cual la competencia corresponde a la jurisdicción de lo contencioso administrativo, con competencia para fallar frente a todos los demandados o vinculados; así las cosas, en el caso de autos, al encontrarse como integrantes de la pasiva entidades públicas y personas de derecho privado, al imputársele responsabilidad a todos ellos, es claro que esta jurisdicción es competente para conocer del asunto. En consecuencia la excepción no prospera, y así la respuesta al tercer problema jurídico es negativa.

III. Hechos probados.

3.1. Que la menor Valeria Llanos Osorio, es hija de los señores Wilder Llanos Henao y Erika Viviana Osorio Acosta, tal como se desprende del registro civil de nacimiento visible a folio 21 del cuaderno 1 principal.

3.2. Que el día 15 de marzo de 2008, falleció la infante Valeria Llanos Osorio, conforme se observa del registro civil de defunción obrante a folio 22 del cuaderno 1 principal.

3.3. Que la señora Erika Viviana Osorio Acosta, acudió a controles prenatales los días 07 de septiembre, 05 de octubre, 08 de noviembre y 07 de diciembre de 2007, los días 04, 15 y 28 de febrero de 2008, además, se le practicaron los exámenes de laboratorio de serología, VIH, orina, glucosa y toxoplasmas los cuales estuvieron dentro de los parámetros normales, tal como se observa en la historia clínica materno perinatal, visible a folios 26 al 34 y 41 del cuaderno 1.

3.4. Que el día 17 de julio de 2007, en el departamento de radiología de la Clínica Servimédicos Ltda., se le tomó ecografía obstétrica a la joven Erika Viviana Osorio Acosta, cuyo resultado arrojó un saco gestacional único, íntegro, regular, normoinserito, trofoblasto homogéneo, sin desprendimiento; además, un embrión vital y un embarazo de 7 semanas con 6 días, con una fecha probable de parte por biometría el día 27 de febrero de 2008 (fl. 37 C.1).

3.5. En el mismo sentido, el día 13 de diciembre de ese mismo año, a la señora Erika Viviana Osorio Acosta, en el área de radiología de la Clínica Servimédicos Ltda., se le tomó ecografía obstétrica, la que reportó un embarazo de 30 semanas, con una posición dorso anterior derecha y bienestar fetal, y fecha probable de parto el día 20 de febrero de 2008 (fl. 39 C.1).

3.6. Igualmente, el día 18 de febrero de 2008, en el Centro de Salud Salvador Salud E.U., se le tomó a la señora Erika Viviana Osorio Acosta, ecografía obstétrica, la



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

cual arrojó como resultado un embarazo de 39 semanas y 4 días, con una presentación cefálica y bienestar fetal; y fecha probable de parto el día 01 de marzo de 2008 (fl. 35 C.1).

3.7. Que los días 14 de octubre, 30 de noviembre y 01 de diciembre de 2007 y 13 de enero de 2008, la señora Erika Viviana Osorio Acosta, ingresó al servicio de urgencias del Hospital Departamental de Granada E.S.E., por presentar dolor abdominal bajito. En dicha institución fue valorada por los médicos de ese entonces, quienes le diagnosticaron *dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen*; por lo que ordenaron toma de exámenes de laboratorio, cuyos resultados fueron dentro de los límites normales; y monitoreo fetal reactiva (fls. 53 al 81 C.1).

3.8. Que el día 07 de marzo de 2008, siendo las 10:26 horas, la señora Erika Viviana Osorio Acosta, ingresó nuevamente al servicio de urgencias del Hospital Departamental de Granada, por presentar dolores de parto; donde fue auscultada por médico cirujano de turno, quien diagnosticó un embarazo de parto confirmado; ordenando hospitalizarla por trabajo de parto, control de signos vitales cada 6 horas, la toma de monitoreo fetal cada 2 horas, exámenes de laboratorio y valoración por ginecología para considerar maduración cervical e inducción de trabajo de parto (fls. 225-229 C.1).

3.9. Lo anterior siendo corroborado en la hoja de epicrisis de la entidad demandada, visible a folios 210 al 218 C.1; adicionalmente, se documenta allí en el acápite de antecedentes que según «ECO DE 17/07/07 CON EMB 7.6 SEMS» y «ECO DE 13/12/07», la materna tenía 42 y 42.4 semanas, respectivamente.

3.10. Ese mismo día a las 11:54 horas, la paciente fue valorada por el ginecólogo de turno, Dr. Rafael Santamaría, quien hizo constar de que los exámenes estaban dentro de los parámetros normales, con un embarazo de 40.6 semanas de gestación, una pelvis apta, no favorable para inducir el embarazo, con feto único vivo con peso estimado de 3400 gr; ordenando hospitalizarla para maduración cervical con oxitocina y toma de monitoreo fetal (fl. 209 C.1), resultados que arrojaron normalidad y frecuencia cardíaca fetal positiva (fls. 194-196, 198-199 y 206 C.1).

3.11. Se tiene que al día siguiente a las 10:52 horas, la paciente fue observada por médico general y ginecólogo de turno, quienes consignaron como diagnóstico un embarazo prolongado y preparto; igualmente, encontrarse en buen estado general, alerta, hidratada y afebril; en relación al embarazo, con una frecuencia cardíaca fetal de 142 LPM, encontrándose en preparto y sin cambios cervicales con respecto al ingreso; por lo que el ginecólogo ordenó inducir el trabajo de parto (fl. 186-187 C.1). Ese mismo día, a las 14:23 horas, fue nuevamente valorada por los médicos referidos, quienes encontraron a la materna en igual estado, con dilatación de 4 cm y borramiento del 50%; con monitoria fetal reactiva sin desaceleraciones polisistolia (fl. 182-183 C.1). A las 17:29 horas, ante el llamado de la enfermera quien la notó



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

rara, la paciente fue examinada por médico general, quien la halló en iguales condiciones y con una dilatación de 4 y borramiento de 40% (fl. 180 C.)

3.12. Luego a las 19:10 horas, fue auscultada por el ginecólogo – obstetra, Fernando Bocarejo, quien registró un «*EMBARAZO PROLONGADO, 41 SEMANAS (...) ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR, MOVIMIENTOS FETALES (+) (...) BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, HIDRATADA (...) TV. DILATACIÓN 4 cms. BORRAMIENTO: 50% FCF: 144 X' (...) MEMBRANAS INTEGRAS, PLANAS, PELVIS GINECOIDE (...) PLAN: IGUAL MANEJO*» (fl. 177 C.1). Igualmente, a las 19:13 y 22:05 horas, fue vista por médico general de turno, quien anotó encontrar a la materna en buen estado general, con exámenes físicos normales y movimientos fetales positivos, según monitoreo fetal realizado a las 21:11 horas (fls. 175-176 C.1).

3.13. Que el día 09 del mismo mes y año a las 06:04 horas, la señora Erika Viviana Osorio Acosta fue explorada por el cirujano de turno, quien apuntó «*PACIENTE CON DX ANOTADO QUIEN ACTUALEMNET (SIC) REFIERE SENTIRSE IEN, NIEGA CONTRACCIONES UTERINAS, MOVIMIENTOS FETALES +. (...) PACIENTE CONCIENTE, ORIENTADA, CON SV: TA: 110/70, FC: 78, FC: 146. (...) AL TACTO VAGINAL DILATACION DE 4 CMS, BTO: 60%, MEMBRANAS ROTAS. (...) PLAN SE CONTINUA VIGILNCIA (SIC), SE SOLICITA MONITORIA CARDIACO, Y SE ESPERA VALORACION POR G-O PARA DEFINIR CONDUCTA*» (fl. 173 C.1). A las 09:04 horas, es vista por médico general, quien apuntó:

«*NOTA MEDICA
PACIENTE CON DX ANOTADOS
REFIERE CONTRACCION MOV FETALES POSITIVO
ABDOMEN GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO FCF: 150
TV: D: 4 BTO:50% MEMBRANAS ROTAS
SE TOA (SIC) MONITORIA FETAL LINE DE BASE 150-160
NO DESACELERACIONES MOV FETALES REGISTRADOS
PACIENTE CON INGRESO DESDE EL DIA DE AYER
SE ENCUNTRA EN D: 4CM BTO: 50% SIN CAMBIO
HASTA EL DIA DE HOY SE ESPERA DR BOCAREJO GINECOLOGO DE
TURNO PARA QUE DEFINA LA CONDUCTA A SEGUIR
NOTA: CON INDUCCION DE OXITOCINA DESDE EL DIA DE AYER*»

3.14. Posteriormente, a las 10:21 horas, nuevamente es valorada por médico general, quien anotó que según había informado la auxiliar de enfermería, la paciente presentaba temperatura de 38.1° C; por lo que ordenó suministrar acetaminofén y ampicilina cada 6 horas; y que la frecuencia cardiaca fetal estaba en 160 con movimientos positivos, según el registro de monitoria fetal (fl. 169 C.1).

3.15. A la postre, a las 13:03 horas, la materna fue examinada por medicina general (fls 164-165 C.1), donde se apuntó:

«*TIPO: CIRUGIA
DIAGNOSTICO PREQUIRURGICO:
EMBARAZO PROLONGADO
TRABAJO DE PARTO ESTACIONARIO.*



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

**DX POST QUIRURGICO:
IDEM
LIQUIDO AMNIOTICO MECOINIADO (SIC) GRADO II
CORIOAMNIONITIS
PROCEDIMIENTO (SIC): CESAREA SEGMENTARIA
GINECOLOGO: DR BOCAREJO
ANESTESIOLOGA: EVSIOUKOVA
INSTRUMENTADORA: ADRIANA»**

3.16. A los 23 minutos después (13:26 horas), fue apreciada por el especialista en ginecología y obstetricia, Fernando Bocarejo, quien registró (fl. 146 C.1), en la hoja de EVOLUCION MEDICA – HOPITALIZACION:

**«INFORME QUIRURGICO CESAREA
DX: PREOPERATORIO: EMBARAZO PORLONGADO. 41 SEMANAS.
TRABAJO DE PARTO ESTACIONARIO.
DX: POSOPERATORIO: EL MISMO. + RN. VIVO, FEMENINO. +
CORIOAMNIONITIS.
PROCEDIMIENTO: CESAREA SEGMENTARIA.»
ANESTESIA. REGIONAL.
GINECOLOGO: Dr. BOCAREJO
ANESTESIOLOGA: Dra: EVSIOUKOVA.
AYUDANTE: Dr. LOZANO.-
INSTRUMENTADORA: ADRIANA.
DESCRIPCION:
ASEPSIA, ANTISEPSIA, INCISION PFANNSTIEL. SECCION DE PARED
POR PLANOS.
HISTEROTOMIA SEGMENTARIA. LIQUIDO AMNIOTICO MECONIO GII.
SE EXTRAE FETO VIVO, SE ASPIRAN FAUCES ANTES DE SALIDA DE
HOMBROS. LLORA AL NACER. SE ENTREGA A PEDIATRA
ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y COMPLETO, LIMPIEZA DE CAVIDAD
UTERINA. QUE SE ENCUENTRA CALIENTE.
HISTERORRAFIA EN DOS PLANOS. CC1
LAVADO DE CAVIDAD PERITONEAL.
CIERRE DE PARED POR PLANOS, ORINA CLARA.
SANGRADO APROXIMADO 300 cc
NO COMPLICACIONES»**

3.17. A las 13:35 horas, del día 09 de marzo, se registró en la hoja de evolución médica – cirugía, que Erika Viviana Osorio Acosta fue observada por el especialista en ginecología y obstetricia, Fernando Bocarejo (fl. 147 C.1), veamos:

**«NOTA OPERATORIA CESAREA
DX. PREOPERATORIO: EMBARAZO PROLONGADO. 41 SEMANAS.
TRABAJO DE PARTO ESTACIONARIO.
DX. POSOPERATORIO. EL MISMO + RN. VIVO FEMENINO. +
CORIOAMNIONITIS.
PROCEDIMIENTO: CESAREA SEGMENTARIA.
ANESTESIA. REGIONAL.
GINECOLOGO: Dr. BOCAREJO
ANESTESIOLOGA: Dra: EVSIOUKOVA.
AYUDANTE: Dr. LOZANO.-
INSTRUMENTADORA: ADRIANA.
NO COMPLICACIONES.**



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

ORDENES MEDICAS POSOPERATORIAS.
L. RINGER 500 cc + 10 U. OXITOCINA A 100 cc / hora.
L. RINGER 120 cc / HORA.
CLINDAMICINA AMP. 600 mgr. IV C/ 6 HORAS.
GETAMICINA AMP. 240 mgr. IV. C/ 24 HORAS.
DIPIRONA AMP. 2 Gr. IV. C/ 6 HORAS.
DICLOFENACO 75 Mgr. C / 12 HORAS.
VIGILAR SANGRADO GENITAL
CURVA TERMICA.
SS. CH.
CSV. AVISAR CAMBIOS.
RETIRAR SONDA VESICAL 3 HORAS POSOPERATORIO.
DIETA LIQUIDA A TOLERANCIA 6 HORAS POSOPERATORIO

DIAGNOSTICO:
0821 PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA»

3.18. Que el día 09 de marzo de 2008, a las 23:29, se escribió en la hoja de evolución médica, que la paciente Osorio Acosta fue observada por medicina general (fl. 144 C.1), donde se consignó:

«INGRESO A PISO GINECOLOGIA (SIC)
PACIENTE FEMENINA DE 22 AÑOS DE EDAD PROCEDENTE DE SALAS DE CIRUGIA
CON IDX
1. POP INMEDIATO DE CESAREA POR T. PARTO estacionario
2. CORIOAMNIONITIS
S/ PACIENTE REFIERE LEVE DOLOR EN AREA QUIRURGICA
NIEGA NAUSEAS O EMESIS
O/ PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES CON SV FC 88
FR 17 TA 100/80
MUCOSAS HUMEDAS ESCLERAS PALIDAS
FARINGE Y AMIGDALAS NORMALES NO EXUDADOS
CUELLO: MOVIL NO MASAS NO DOLOR A LA PALPACION NO INGURGITACION YUGULAR
TORAX: SIMETRICO MAMAS SECRETANTES, NO TIRAJES NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA CON RSCS RITMICOS SIN SOPLOS NI SOBREGREAGADOS RSRs MURMULLO VESICULAR SIMETRICO
ABDOMEN: DEPRESIBLE LEVE DOLOR A LA PALPACION EN HIPOGASTRIO, UTERO TONICO INVOLUCIONADO A NIVEL SUPRAUMBILICAL, HERIDA QUIRURGICA CUBIERTA.
GU: LOQUIOS ESCASOS HEMATICOS
SONDA VESICAL CON ORINA CLARA.
EXTREMIDADES: SIMETRICAS EUTROFICAS PULSOS SIMETRICOS CON LLENADO CAPILAR ADECUADO
NO EDEMAS SNSIBILIDAD Y PERFUSION CONSERVADOS.
NEUROLOGICO: SIN DEFICIT GLASCOW 15/15 ORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS
NO SIGNOS DE FOCALIZACION.
ANALISIS: PACIENTE HEMODINAMICA ESTABLE EN EL MOMENTO, TOLERANDO LA VIA ORAL, CON REPORTE DE CH CON HB DE 10 HCT 30 L 14.300 N 89% L 7.6
PLAN SE CONTINUA IGULA (SIC) MANEJO, RETIRAR SONDA VESICAL.»



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

3.19. Respecto del neonato, se encuentra probado que a las 12+37 había nacido «deprimido, cianosis generalizada, no presenta movimientos voluntarios... se traslada rápidamente a sala de partos para realizarle reanimación, se coloca bajo la servocuna, RN no responde, se coloca oxígeno por ambu y se inicia ventilación asistida, con estimulación a nivel plantar y en espalda, RN no responde, se continúa presión positiva durante 3 minutos, y se aspira cavidad oral salida de meconio abundante, RN responde a la estimulación lentamente, se observa taquipnea e hipotonía, quejido respiratorio, se continúa aspirando secreciones de cavidad oral, se coloca cámara de Hood a 8litx', se realiza profilaxis oftálmica, se toma muestra de tsh neonatal de cordón umbilical, se realiza (ilegible) umbilical y genital, se observa con tiraje costal, con piel rosada, quejido respiratorio, no llanto, con hipotonía, se viste, se canaliza ... 24 2 intentos y se coloca x BI DADA 10% a 12c/h en 100 e Buretril y se inicia Gluconato de calcio 2cm diluido a 10cm se pasa directamente, se toman muestras de laboratorio, se coloca en la incubadora, con monitorización continua, Dr. Leal da las indicaciones médicas a seguir y quien ha estado bajo la evolución del RN, habla con el padre para informarle la situación y el Riesgo de falla respiratoria y probable remisión a UCI»

3.20. Lo anterior es corroborado por medicina general, quien al valorar a la recién nacida ese mismo día a las 15:22 horas, anotó:

«RN FEMENINA PRODUCTO DE PRIMERA GESTACION MADRE DE 22 AÑOS, CON ANTECEDENTE EMBARAZO PROLONGADO, HOSPITALIZADA EN ESTA INSTITUCION DONDE SE REALIZA INDUCCION DE TRABAJO DE PARTO POR 3 DIAS SE DECIDE CESAREA POR INDUCCION FALLIDA, CON RUPTURA DE MEBRANAS INTRAHOPISTALARIA DE 24 HORAS DE EVOLUCION.

SE DOCUMENTA LIQUIDO AMNIOTICO MECONIADO GRADO II Y CAVIDAD HIPERTERMICA, DURANTE PROCEDEMIENTO QUIRURGICO, SE OBTIENE RN CON APGAR AL MIN DE 5/10 QUE REQUIRIO ADAPTACION CONDUCCIDA, VENTILACION POSITIVA CON AMBU POR MAS DE 3 MIN CON POBRE RESPUESTA, SE SECA VIGOROSAMENTE, SE REALIZA LAVADO GASTRICO CON 20 CC DE SSN.

DRENAJE OSCURO, RN AL EXAMEN FISICO CON PESO DE 3600 GRAMOS TALLA 49 CM PC DE 34 CM ROSADA, CON FONTANELAS NORMOTENSAS, PABELLO AURICULAR NORMOIMPLANTADO, CON TIRAJES UNIVERSALES QUEJIDO RESPIRATORIO, CON APGAR A LOS 5 MIN DE 6/10 Y A LOS 10 MIN DE 7/10.

SE INICIAN LEV DEXTROSA AL 10% A 12 CC HORA, GLUCONATO DE CALCIO 2 CC IV C 12 HORAS, AMPICILINA GENTAMICINA SUPLENCIA DE O2 CON CAMARA DE HOOD, SE CONSIGE SATURACION MAXIMA HASTA 90% ACTUALMENTE RN EN REGULAR ESTADO GENERAL, HIPOACTIVA, CON PERSISTENCIA DE QUEJIDO Y TIRAJES INTERCOSTALES CON SATURACION MAXIMA DE 89%

SE DECIDE INICIAR TRAMITES DE REMISION PARA MANEJO POR UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVOS NEONTALES

(...)

RN FEMENINA EN REGULARES CONDICIONES GENERALES CON EVIDENCIA DE QUEJIDO ESPIRATORIO (SIC) MUCOSAS HUMEDAS, ROSADAS



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS
ABD: GLOBOSO ONFALO 3 VASOS EN UENAS CONDICIONES
EXT: SIMETRICA
NEURO HIPOACTIVA, REFLEJOS PRIMITIVOS PRESENTES
IDX

1. RNAT – PAEG
2. ASFIXIA PERINATAL
3. ALAM
4. SDR MODERADO – SEVERO
5. RIESGO DE FALLA RESPIRATORIA
6. RIESGO DE SEPSIS POR CORIOAMNIONITIS MATERNA

DIAGNOSTICO:

P027 FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR CORIOAMNIONITIS
P003 FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR ENFERMEDADES
CIRCULATORIAS Y RESPIRATORIAS

ANALISIS

SE DECIDE POR ORDEN DE PEDIATRA

REMISION A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

CAUSA: ENFERMEDAD GENERAL

FINALIDAD: NO APLICA»

3.21. De la misma manera, siendo las 17:30 horas, la enfermera de turno escribió «se confirma remisión a UCI neonatal del hospital de Villavicencio, se realiza epicrisis a cargo del médico de turno Dra. Juliana Pérez, comentando por el pediatra Dr. Leal, se coloca a recién nacido en incubadora de transporte, taquipnea IR 70x', tiraje, con cámara de Hood a 8lirx', con poleo de DAD 10% a 12 cm/h x BI, con hipotonía, quejido respiratorio, se envía a remisión con Shirley auxiliar de ambulancia, se envía HCl a liquidar, la madre queda en el servicio de hospitalización». Luego, a las 18:10 horas, la menor ingresó a consultorio para entubación por parte del pediatra; posteriormente, se le inició 10 puf salbutamol, anotándose que la infante tenía alto riesgo de fallecer, por lo que el doctor Leal, explicó a familiares de la situación y finalmente salió con el médico auxiliar al Hospital Departamental de Villavicencio (fl. 291 C.1),

3.22. Ulteriormente, a las 18:33 de ese mismo día, según hoja de evolución médica- Urgencias del Hospital Departamental de Granada E.S.E. (fl. 293 C.1), se lee:

**«PACIENTE EN EL MOMENTO DE SER TRASLADADO Y SUBIDO A LA AMBULANCIA, PRESENTA DESATURACION IMPORTANTE, 80% SIN MEJORIA A PESAR DE AJUSTE FIO2 POR LO QUE SE DECIDE, BAJAR DE LA AMBULANCIA, LLEVARLO A URGENCIAS Y SE PROCEDE A REALIZAR IOT, PREVIA PREOXIGENACION, SE PASA 350 MCG DE MORFINA Y 0,5 MG DE VECURONIO, SE ASPIRAN SECRECIONES, SE PASA TOT NUMERO 3,5 Y SE ALOJA EN 10 A NIVEL DE ENCIAS, CAMPOS PULMONARES CON ADECUADA VENTILACION, SIMETRICA. PACIENTE A PESAR DE ESTAR CON IOT Y PRESION POSITIVA CON AMBU, PRESENTA DESATURACION IMPORTANTE, DE DIFICIL MANEJO, SE REVISOS PERMEABILIDAD DE TUBO, POSICION DE TUBO CON RX DE TORAX Y TODO NORMAL
RX DE TORAX AMBOS CAMPOS PULMONARES CON IMPORTANTE IMAGEN RADIOPACA EN AMBAS (SIC) COMPOS (SIC) PULMONARES Y TUBO SOBREINSERTADO, SE RETIRA TOT 1 ML, SE PASA BOLO SE SSN 30 CC POR HIPERGLICEMIA 226 MG/DL.**



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

POSTERIORMENTE SE DIALOGA CON EL PAPA Y LA ABUELITA ACERCA DEL MAL ESTADO GENERAL DEL RN, Y DE ALTO RIESGO DE FALLECER EN EL TRASLADO POR PARADA CARDIACA.
SALE PACIENTE FC 134X SAT 86-87%, PARA UCIN DEL HDV EN AMBULANCIA CON MEDICO Y AUXILIAR DE ENFERMERIA»

3.23. Se encuentra acreditado que la hija de Erika Viviana Osorio Acosta, el día 09 de marzo de 2008 a las 19:20 horas, ingresó a la Unidad de Intensivos del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., en compañía del médico, la enfermera y el conductor de la ambulancia, en incubadora. En dicha institución fue valorada por el neonatólogo (fls. 235-236 C.1), quien hizo constar:

*«Ingresa traído RN MA de traslado: "mamá de 22ª GI hospitalizada desde hace 3 días por inducción debida a gestación prolongada, ante falta de respuesta a la inducción se decide nacimiento por CSTI" "En la cirugía se halla líquido teñido de meconio, nació muy deprimida, le realizaron UPPI y a los 3 minutos fue atendida por el pediatra, él continuó la atención, el realizó un lavado gástrico a los 5 min alcanzó un Apgar de 6 y a los 10 min de 7/10" "Le dejaron con O2 en cámara cefálica y se le colocó 10% an a 12 min/h, ante ruptura de membranas de 24 h se decidió iniciar ampicilina + gentamicina"
"al poco de ver ser aceptado en esta institución el (ilegible) empeoró y se colocó ... y se inició UPPI con ..." "Durante el traslado no hubo nada especial"*

Ingresa en incubadora de transporte. El MD la apoya con UPPI con una FV ± 80/min. Hay una leve cianosis generalizada. FR:126/min FV (ilegible) Estuporosa un efecto farmacológico 80T parece sobreincrementado, hay abundante solido de (legible) espumoso-sungulento por la (no visible) luego de cada compresión de la UPPI hipo ventilación izquierda abundante (ilegible) gruesos. Sonidos cardiacos velados, abdomen normal.

(ilegible) P: 3.690 g

Se revisa fijación de TOT y se halla en 13 cm se retira hasta dejar en inserción de 10 cm se nota mucho escape y se decide colocar un tubo...

Se ... con 400 mg de morfina, se relaja con mg de... se retira TOP y al inicio inmu.. se halla volumen a la hora salida de líquido oscuro hemorrágico meconial por boca y nariz. Se ... zonda Nº 10.

Se coloca TOP Nº 4º, insertado 10 mm, se halla buena aspiración bilateral, pero aun hay algunos...

Se inicia aun en modo accon TI02 1,0 60 cpm ..20...

En pocos minutos alcanza Stívz de 100% y se inicia descenso lento de FiO2.

(20:20) Glucometría 164 mg/LIV cerrados desde el ingreso.

La St ha caído a 88% y hay una leve ... generalizada.

Rx tórax tomada en H. Granada luego de la IOP revela completa opacidad de ACP TOP a nivel de rama. El MD que trajo a la paciente me dijo que el Dr. Leal... radiografía y que había retirado el tubo 1cm de ... de inserción...»

3.24. Al día siguiente, se asentó³:

*«4:00 RN Continúa taquicárdico con desaturación
5:00 RN le realizan gases y glucometría. Normal; se cambia de pañal, diuresis (+) deposis (-) muy inestable.*

³ Fl. 276; 277 envés C.1



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

7:00 Queda neonato en incubadora, cerrada, dormido bajo cedación (sic) y relajación, con V/M, con DAD 5% más glucómetro, dopamina por catéter umbilical, con sog. Abierta, no drena.

7+20 am Neonato en incubadora cerrado, con soporte ventilatorio por tot bajo parámetros establecidos con sonda a bucal a libre drenaje monitorizado, en muy mal estado general spO2 74% marcado palidez, con catéter umbilical pasando gotas de DAS 5% + gluconato de calcio a 10 ml/h se toman signos vitales.

8:00 se instalan gotas Bopamina a 44 ms + 10 cc ... Dobutamina a 22 ms+10cc SSN a 5cc/hora, Bicarbonato 100cc + Agua a 10 cc/hora, 9:10 AM paciente presenta paro cardiaco con frecuencia de 40x' se le administra 2 dosis de adrenalina, 0,3ms, y masaje cardiaco y presión positiva, 9:15 paciente con frecuencia cardiaca 185x', saturación 71%, se retira catéter umbilical 4 cm.

10+40am Neonato continua en mal estado general SPO2 73% con tendencia a la hipotensión se aumentó gotas de dopamina 11 am visitado por el padre, continua en mal estado general 11+40 am valorado por cardiólogo y se toma ecocardiograma, continua muy inestable. 12+55 h: RN pasa resto de la mañana igual estado general se pasa sonda vesical x bolsa recolectora, se toma glucometria 57 mgdl.

13: H Recibo neonato en estado crítico, piel pálida sedado y relajado; en un FiO2 100%, SPO2 95-90%; con SOG abierta, sin drenaje, monitorizado con cat. Umbilical pasando DIU%+3ml de 6/ ca a lum/h de milminona a 1,2 ml/h; con sonda vesical a drenaje 24 h continua en aceptables condiciones desaturado.

13:00. Se CSV; taquidárdico; hipotenso; T°38°C con incubadora con T° 30C; se apaga incubadora; se avisa a pediatra de turno.

14:00 Por om se dobutaina a 2ml/h; Dio% y se deja a 1ml/h; se inicia Noradrenalina a 0,5 ml/

15H Toman eco transfontanelar; JCFe concentra Doputamina monitor no registra PA; tensión con dinamap S2 55/47.

16h; Se ↓ Dopamina a 0,5ml/h; cambio de posición, cambio de monitor; tampoco registra ta; ... a la manipulación, taquicárdico; PA con dinamap 48 51/43, Fc 175 x', SPO2 80-65%u; se avisa a terapeuta respiratorio.

17H Recibe visita paterna, PA con dinamap 48 51/43, FC 175 X', hasta 186, SPO2 90%u, labil a la manipulación; se desatura hasta 82%. 18H, glucometría de 103 mg/d se aumenta dopamina a 1ml/h; continua taquicárdico; normotérmico; por cm se ↑ Dopamina a 7ml/h.

19H. Entrego Neonato es estado crítico, hemodinamicamente inestable; con SOG abierta; con cat. Umbilical permeable pasando LEV SOM; en UM; SPO2 92-94; P/R Homocultivos 1 y 2; Indices de asfixia tomada a las 16:H.

19H. Recibo RN en incubadora cerrada, ... continuamente con TOT útil, SUG a drenaje en NUN, CE permeables x catéter umbilical venoso, sonda vesical a ... RN en captables condiciones.

19+10 se observa RN en descanso de saturación.

20H se observa RN taquicardico... afebril, se informa al pediatra.

21H Continua RN en delicadas condiciones.

22H Se suspende Dopamina SAM x taquicardia.

23H Se realiza cambio de posición. RN en iguales condiciones.

24H Continua RN en aceptables (ilegible)»

3.25. Que el día 11 de marzo de 2008 (fls.275 y adverso fl. 276 C.1), se apuntó en la hoja de atención general que:

«01: RN inestable presenta hipotensión se le aumenta al goteo de dopamina 0.2 mg + Dobota de 1.2cc.



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

1am Se CSV mejora cifras +/A, e continua con igual manejo desaturado 80% se cambia de posición.

3am Se .. RN estable, ... permeables.

4am continua RN en iguales condiciones generales.

5am RN pasa regular noche, se aspiran secreciones, se cambia posición.

6am Se toma gluco y gasa ...

7am ... recibo RN en incubadora cerrada, manteniendo continuamente con TOT ... SUC a drenaje LEV permeable, SUC RN estable.

07:00 En incubadora cerrada a 31.6°- pct con 37°C deruido – acoplado al ventilador – se observa rosado - edemas en miembros superior – recibe apoyo inotrópico y líquidos de base por catéter umbilical, vena periférica en MID – sonda vesical con orina de color normal – SOG – si drenaje.

08:00 signos vitales continúan estables, lev ciente taquicárdico.

09:00 continua estable dentro de su cuadro clínico – se realiza cambio de posición para medidas anti escasas, tolera bien el procedimiento.

10:30 lo visita el papá, se encuentra con cifras de TA media en cifras por debajo del percentil mínimo.

11:30: TA media, continua bajando, diuresis abundante 4.5 de gastipara 5h del tuind – se informa al Dr. Mendoza quien ordena aumentar goteo de dopamina.

12:50 Duermee acoplado al ventilador con apoyo inotrópico – mejora TA media pero no ha mineralizado aun – buen gasto urinario – se encuentra estabilizado – se hace cambio de posición previo masaje en espalda de – se deja decúbito dorsal.

13 H- Recibo neonatos en incubadora en supino, rosado a febril, fontanela normales, abdomen blando con soporte ventilatorio FO² 100% FR 66 x' SPO₂ 99% SOG; serrado (sic), catéter umbilical venoso con infusión inotrópicos, catéter solemnizado vena periférica, monitorizado, 14H- control signos por horario. 15H RN quien se observa (ilegible) a la hipotensión (sic) se informa la pediatra de turno: y ordena verbalmente Aumentar a la Noradrenalina 0,7ccH 15H Continúa con soporte ventilatorio (ilegible) RN muy labol a la manipulación, 16Hº, Nomo térmico con saturación adecuados; 17H Continua eliminando, x sonda vocal; 18Hº Cambio de posición (...) 18:55H Entrego neonato en unidad con soporte ventilatorio GLU> 4cc kh.

19H. Recibo neonato sedado y relajado, piel con palidez marcada, en posición prono, en ventilación mecánica, con FrO² 100% , SPO₂ 100%; CON SOG abierta; monitorizado ; con cat. umbilical pasando NTP 10,5 ml/h, Dopamina a 1ml/h, milrinone a 0,5 ml/h Dobutamina a 1,2 ml/h, Noradrenalina a 0,7 ml/h; con sonda vesical a bolsa recolectora; P/T eco; se CSV. PA dentro de parámetros normales.

20H; CSV PA normal, 20:30; Neonato muy despierto presenta desaturación hasta 76%, que se recupera a 88%, la jefe coloca Sedación.

21H; Se deja Neonato en decúbito dorsal; terapeuta.

21H aspira secreciones; se realiza higiene oral; toman gases capilares; se CSV se observa PA sistólica ↑; ↓ FC hasta 156.

22:00 Se CSV; desaturado hasta 80%; se cambia de posición e hidratación de piel; mejora SpO₂ A 96%.

23H. CS PA normal taquicardico hasta 1947 con Tº 36,7°C; SPO₂ 98%.

24H; Neonato sedado; acoplado al ventilador spo₂ 96%; se cambia a DID; se realiza masaje corporal; eliminando por sonda; continua taquicardico; se realiza higiene oral.»

3.26. Posteriormente, el día 12 de marzo de 2008 (fls. 274-275 C.1), se apuntó en la hoja de atención general lo siguiente:

«1:00 neonato, se controlan signos, con SPO₂ 97% con taquicardia.



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

2:00 RN persiste taquicardia se cambia de posición, se deja de supino
03H; CSV, PA normal con el Dinamap persiste con la taquicardia, SPO2 99%.
04H; CSV; estables, ↓ la FC; SPO2 97% se cambia a DLI.
05H; CSV PA Normal; fc 180, spo2 97
06h; toman placa de Rx torax; realizan higiene bronquial; toman gases capilares.

Glucometria de 140 mg/cl; eliminó x sonda vesical;

07H; Entrego Neonato sedado, en prono; en um SPO2 96%; no dreño x SO6; con cat. umbilical permeable

10+10am Neonato en incubadora cerrada con soporte ventilatorio por tot bajo parámetros establecidos con sonda a bucal a libre drenaje sonda vesical a bolsa recolectora, con catéter umbilical permeable pasando motropia -NTP
8am se toman signos vitales estables se realiza limpieza general, neonato estable (ilegible)

FISIOTERAPIA

Paciente con ventilación mecánica, se observa despierto se le toma PC=35,5 CM, se realiza hidratación de piel, se toma hipotónico al aparecer por efecto de sedación y estimulación sensoriomotriz., Tto sin complicaciones.

10+40 am. Neonato igual manejo médico no ha drenado por sonda orogástrica, isitado por el papá 11+20 am Neonato estable se cambia de posición a decúbito lateral izquierdo pero se desatura con facilidad y presenta taquicardia hasta 210 x' se cambia de posición nuevamente.

12+55h Neonato pasa resto de la mañana estable dentro de su cuadro clínico labil a la manipulación, elimina bastante.

13H Recibo Neonato en unidad en incubadora cerrado con DX; (ilegible); co tubo orotraqueal soporte; ventilatorio modo Alkmuz Alumc; + parámetros establecidos; con sonda orotraqueal a bucal; a libre drenaje, monitoreo hemodinámico desvi con cateter umbilical + soporte NP 10,5 cc/h; soporte inotopico Norodrenalino 0,7cc/h Dopom 1cc/h milrinozc 0,5cc/h; Dobelomc 1,2cc; abdomen blando a la palpación, sond vesical a libre drenaje ...

14H Se CSV, y se registra en HC....

15H Hipotemico, se realiza medida onttermica...

16H Cambio de posición + cuidado de la piel; 17H (ilegible) con soporte ventilatorio.

18H toma de opos arterial +glucometria 144 mgdl; 18:55 H Entrego Neonato en Unidad bajo efectos de sedación con Glu 1,7cc Kh

19H Recibo RN en incubadora cerrado, alerta, afebril, con TOT del, SOG a drenaje en (ilegible), LEV permeales, sonda vesical a catéter no (ilegible).

20H Se observa RN despierto algo distraído.

20+30 RN presenta desaturación de 70% se aspiran secreciones y se dan aspiraciones positivas sale a 81% y hay sucesivamente 1 lentamente.

21H Se observa RN estable sin cambios, se cambia de posición.

22H Se observa hemodinamicamente estable.

23H Se pasa, se realiza aseo personal, se cambia de posición.

23+30 RN presenta errado de desaturación, taquicardico con Tº 1.

24H Se observa RN estable con medios físicos xc Tº.»

3.27. Al día siguiente, 13 de ese mismo mes y año, se registró por parte del personal de enfermería de turno, haber encontrado al neonato en incubadora, bajo sedación, hemodinamicamente estable, taquicárdico, con soporte de ventilación mecánica, catéter permeable, sonda vesical funcional, con palidez facial; igualmente, le realizaron cambio de posición, lavado gástrico hasta obtener líquido claro, terapia respiratoria, hidratación de piel, aseo personal. A las 21 horas, se observa inestable; a la siguiente, con saturación en 86%, por lo que el médico de turno vuelve y sube



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

al goteo de las inotrópicas; a las 23, se encuentra hipertenso, por lo que la Jefe pasa bolo de lactato de Ringer x QM.

2.28. Que el día 14 de esa misma fecha, el bebé continuaba con signos vitales dentro de los parámetros normales, con igual manejo al tratamiento; continuando hipotenso, por lo que se le aumentaron los parámetros inotrópicos; inestable, labil a la manipulación, taquicardia aumentada, en mal estado general, desaturado y con pupilas mióticas (272 y adverso C.1).

2.29. Que el día 15, la criatura continuaba taquicárdico hasta 138%, desaturado al 87% hasta 75%; a las 08:00 horas, en estado crítico, hemodinámicamente inestable; luego de media hora, baja SPO2 hasta 75%, por lo que terapeuta da UPP y sube a 73% lentamente; aspira secreciones; posteriormente, a las 9:30 horas, baja SPO2 A 50%-48%, por lo que la Jefe toma muestras del catéter umbilical, dejándolo en DID y encontrando mejoría de SPO2 al 74%-76%; se le plica sedación y relajación; a las 10 horas, continuó en malas condiciones generales hipoxémica, con cianosis generalizada, SPO2 54%; media hora después, continuó hipoxémica, hipotensa, biadicárdica, presentando paro respiratorio; por lo que el pediatra, inició maniobras de reanimación durante 20 minutos, siendo fallida y a las 10:50 horas la menor fallece; y a las 12 horas se envía a la morgue (fl. 272 y 278 C.1).

2.30. Que el señor Juan Francisco Benavidez Diazgranados (fl. 670 C.4), en testimonio indicó ser pediatra neonatólogo del Hospital Departamental de Villavicencio; en cuanto a los hechos, afirmó no recordar nada al respecto, sin embargo se le puso de presente la historia clínica de la menor, visible a folios 230 al 271 del cuaderno principal N° 1; quien luego señaló que se trataba de un bebé que había nacido por cesárea y en malas condiciones, lo cual había llegado remitido del Hospital de Granada en malas condiciones, por lo que se obedeció a todos los protocolos que se le inicia a un paciente que tiene asfixia al nacer, por lo que se requirió de inotrópicos, los cuales son medicamentos que se utilizan para mejorar las tensiones, porque estaba muy potenso; utilizándose también, ventilación con unos parámetros muy altos, para mejorar la oxigenación, y la orden de exámenes, dentro de los cuales fueron un ecocardiograma, en el que se observó que el paciente tenía una enfermedad llamada hipertensión pulmonar severo, la cual se desarrolló por la condiciones en las que había nacido, que el porcentaje de mortalidad de dichos pacientes con dicha enfermedad es de un 95%; por lo que la evolución del paciente no fue satisfactoria y al sexto día se deterioró y falleció.

Adicionó, que al paciente se le suministró antibióticos, inotrópicos, alimentándolo con nutrición parenteral, realización de monitoreo continuo de terapias respiratorias y de gases arteriales, observándose allí que cada vez se iba deteriorando. Agregó, que al paciente también se le hizo un ecocardiograma, por el antecedente de la asfixia que tuvo al nacer y por la sospecha clínica de que el paciente podía tener una hipertensión pulmonar, la cual fue confirmada por el cardiólogo quien anotó una «hipertensión pulmonar severa» con mal pronóstico, por lo que se le hizo el



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

tratamiento, pero no respondió. Que desde que ingresó el menor, su tendencia siempre fue al deterioro, por lo que nunca mostró mejoría.

A la pregunta de cuáles son las causas generales de acuerdo con la literatura médica y con los conocimientos científicos para que se produzca la enfermedad denominada hipertensión pulmonar severa; contestó, que la causa principal es la falta de oxígeno que puede ser dentro del in útero o fuera de la mamá; también adujo, que otras causas como: el meconio, que es el popo de los neonatos, que ellos antes o al momento de nacer lo pueden aspirar y se va hacia los pulmones; la infección; una malformación pulmonar, como consecuencia de no habersele desarrollado bien sus venas o las arterias del pulmón; o alguna otra malformación congénita. Afirmó, que en presente caso, el niño tuvo aspiración de meconio al momento del nacimiento, por lo que probablemente haya sido esa la causa; y que la causa científica de eso, es que hay falta de oxígeno estando adentro y eso produce una relajación del esfínter y el bebé hace toda su deposición allí y eso condiciona al momento de nacer unas malas condiciones, pues normalmente ellos están tragando liquido adentro de la mamá, pero no pueden tragar meconio, porque eso hace que pueda tener complicaciones.

Respecto del interrogante, qué se debe que falte el oxígeno in útero al bebé; contestó que habían varias causas: haber malformaciones en el útero de la mamá, que el bebé con alguna extremidad comprima el cordón y le deje de llegar oxígeno, que se enrolle el cordón en el cuello y le deje de llegar oxígeno, o alguna infección fuerte de la mamá.

2.31. Que el señor Luis Alejandro Díaz Torres (fl. 670 C.4), en testimonio indicó ser pediatra en el Hospital Departamental de Villavicencio; en cuanto a los hechos, afirmó no recordar nada al respecto, por lo que se le puso de presente la historia clínica de la menor, visible a folios 230 al 278 del cuaderno principal N° 1; quien afirmó que el menor había ingresado al Hospital Departamental de Villavicencio en muy malas condiciones generales y en pésimo estado, que en el ingreso el niño estaba con ventilación mecánica, falla respiratoria, al parecer con hipoglicemia, muy grave; de una materna de 22 años, con un embarazo prolongado, que se indujo por 3 días y sometida a una cesárea por ruptura prematura de membranas, naciendo muy mal con apgar de 5/10, por lo que se remitió al Hospital Departamental en mal estado, y con un pronóstico reservado.

En cuanto al tratamiento brindado, fue visto en la Unidad de Cuidados Intensivos, en malas condiciones generales, con medicamentos inotrópicos para tener el corazón funcionando, con ventilación mecánica, con uso de antibióticos, al encontrarse infectado; sedado, para controlar el dolor que puedan tener; con manejo de terapias respiratorias y nutrición parenteral; además, habersele realizado un ecocardiograma, cuyo reporte fue una hipertensión pulmonar severa, la cual fue manejada; con una sepsis, al encontrarse con infección severa, siendo tratado con medicamentos adecuados y conforme a su patología. Afirmó que dicha sepsis, pudo



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

haberse contraído al momento de nacer, y tal vez haberse producido por la corioamnionitis presentada por la madre.

2.32. Igualmente, el señor Rafael Santamaría Figue, en declaración rendida en el Juzgado Promiscuo Municipal de Granada – Meta, a través de Comisorio, dijo ser ginecobstetra; que el día 07 de marzo de 2008, había recibido a la señora Erika Viviana Osorio, con una gestación de 41 semanas, que previa valoración ginecológica con un feto vivo a término, examen genital y monitoría fetal que documenta un estado fetal satisfactorio, se le dio ingreso al departamento obstétrico para maduración cervical e inducto conducción del trabajo de parto; refirió que los días siguientes, fueron manejados por el doctor Fernando Bocarejo, ginecólogo de turno, asegurando, que sin tener injerencia directa, evidenció que se siguieron los protocolos para trabajo de parto. Afirmó, que dos días después, le realizaron la cesárea electiva por detención secundaria del trabajo de parto y estado fetal insatisfactorio; mencionó haberla visto nuevamente el día 13 de marzo de 2008, en junta médica con el doctor Jairo Ramos, médico ginecólogo de la institución, conceptuaron en conjunto una evolución adecuada del pos-operatorio; que al día siguiente hizo una nota de evolución, con las mismas características, y el día 15 de ese mismo mes y año, asentó como evolución final un diagnóstico con posoperatorio mediato con evolución satisfactoria hacia la mejoría, autorizando la salida de la paciente. Afirmó, que dentro de los protocolos establecidos en el Hospital Departamental y los demás a nivel nacional, toda paciente con embarazo a término después de una verificación de estado fetal satisfactorio y con una calificación de bishop menor de 4, deber ser llevada a maduración cervical y posterior inducto-conducción, como lo realizó el ginecobstetra de turno en su momento; dijo, que se conoce en los protocolos que las inducciones se deben mantener durante 72 horas, y si no desencadena en el trabajo de parto, se toma la premisa de inducción fallida y se procede a desembarazar por cesárea; aunado a ello, afirmó, que no tenía conocimiento de las complicaciones del recién nacido, días después de su nacimiento; concluyendo y reiterando, que se tomaron y siguieron los protocolos establecidos por el Hospital Departamental (fls. 882 y 886 C. 4)

IV. Fundamentos Jurídicos.

1. 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, trátese de derechos pecuniarios o no pecuniarios, individuales o colectivos⁴.

⁴ Por el tratadista Dr. JUAN CARLOS HENAO.



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

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. 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*



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

*las mismas tienen algún nexo o vínculo con el servicio público*⁵

En consecuencia, respecto de las situaciones enunciadas en el acápite jurisprudencial transcrito, se tiene que el régimen bajo el cual se analice la responsabilidad del Estado, será diferente dependiendo del origen del daño, pues en la primera hipótesis (falla del servicio) se estudiará bajo el régimen subjetivo, mientras que en la segunda (riesgo excepcional) se hará bajo el régimen objetivo, regímenes que como lo ha sostenido el Consejo de Estado⁶, son coexistentes y no excluyentes, correspondiendo su determinación, al juez que conoce el caso particular tal como lo establece el principio *iura novit curia*⁷.

3. Para el caso que nos ocupa, esto es, la responsabilidad estatal por falla en el servicio médico obstétrico, 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”*⁸.

Adicionalmente, tratándose de este tipo de fallas, el Alto Tribunal de lo Contencioso Administrativo, ha precisado que dadas las cifras de mortalidad de las maternas en la atención del embarazo, el parto y en la etapa posterior, en estos casos, al encontrarse conductas reiteradas en la indebida atención de esta fase de la vida de las mujeres, ello constituye clara discriminación en razón del sexo. En este orden, en sentencia del 1º de agosto de 2016, proferida en el radicado No. 13001-23-31-000-2001-01592-01(34578), precisó:

“...En el caso concreto encuentra la Sala razones para predicar la clara inadecuación de la atención prestada a las exigencias de la lex artis y la prudencia médica y la incidencia de esta circunstancia en el aminoramiento de la posibilidad de recuperación. Sin embargo, considera la Sala que aparte de esta irregularidad, el caso concreto se inscribe dentro de una problemática ya sistemática en el país de deficiente atención materno-obstétrica, la cual se ha señalado en varias ocasiones como constitutiva de discriminación de género. Al respecto, la Sala recoge lo señalado en sentencia de unificación de 28 de agosto de 2014:

“En el caso concreto se ha encontrado fundamento para declarar la responsabilidad estatal y procedentes las pretensiones, pero no solo eso, la Sala encuentra motivos para ordenar la adopción de medidas adicionales de reparación integral, en la medida en que éste evidencia la

⁵ Consejo de Estado; Sección Tercera; sentencia del 16 de septiembre de 1999; Exp.10922 C.P. Ricardo Hoyos Duque.

⁶ Tal como lo indicó el Máximo Órgano de la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo, en sentencia del 28 de mayo de 2012, expediente No. 18.893, Consejero Ponente: Danilo Rojas Betancourth.

⁷ Principio que en su literalidad significa que el juez conoce el derecho.

⁸ Consejo de Estado, sentencia del 07 de febrero de 2018, expediente No. 40.890, Consejero Ponente: Ramiro Pazos Guerrero.



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

proyección de una actitud de invisibilidad a la condición físico-anímica de la mujer, y por lo tanto, una forma de discriminación ajena al Estado Social de Derecho.

En efecto, la Sala advierte que el caso sublite, lejos de constituir un episodio aislado, se inserta dentro de un patrón reiterado de deficiencias en la atención gineco-obstétrica, que evidencia una actitud de invisibilidad e indiferencia frente a la atención propia de la salud sexual y reproductiva, rezago de un modelo patriarcal y de discriminación por motivo de género. En efecto, de la revisión de las cifras oficiales de mortalidad y morbilidad materna y perinatal es dable concluir que el país presenta serios problemas en sus estándares de atención en ginecología y obstetricia acentuadas en determinadas regiones. Así, por ejemplo según el Instituto Nacional de Salud "los departamentos con las mayores tasas de mortalidad perinatal son Chocó (39 por mil), San Andrés y Providencia (25 por mil), Caldas (25 por mil). La mortalidad perinatal es también relativamente alta en Huila (22 por mil), Vaupés (21 por mil), Cesar (20 por mil), Santander (20 por mil) y Córdoba (20 por mil)"⁹. Estas cifras son alarmantes si se comparan con los países con índices más altos de mortalidad perinatal en la zona de América Latina y el Caribe, como Haití (25 por cada 1000 nacidos vivos) y Bolivia (19 de cada 1000 nacidos vivos). Iguales consideraciones se pueden hacer en lo relativo a las tasas de mortalidad materna, frente a la cual las estadísticas revelan una notoria correlación entre este fenómeno y los índices de pobreza, siendo especialmente alarmantes los índices observables en el Chocó, los departamentos de la región amazónica y algunos de la zona Caribe, como Córdoba y el departamento de la Guajira¹⁰. Por otra parte, el análisis que permiten los Anales del Consejo de Estado, revela que el 28.5% de las sentencias de responsabilidad médica proferidas en 2014 (registradas hasta la fecha de elaboración de esta sentencia) y un 22.5% de las del 2013, corresponden a fallas en la atención en ginecología y obstetricia, ya sea por deficiencias en la atención en el embarazo y el parto o por la práctica de histerectomías innecesarias. Que un porcentaje tan significativo de las sentencias recientes en materia de responsabilidad médica corresponda a una sola especialidad, debe alertar sobre las deficiencias en la atención que se presta en la misma.

A las anteriores consideraciones hay que añadir que gran parte de los casos propios de la ginecología y la obstetricia no corresponden a situaciones patológicas. En efecto, además de las enfermedades propias del aparato reproductor femenino, la ginecología y la obstetricia tienen por objeto los procesos naturales del embarazo y el parto. No siendo estos eventos patológicos, lo razonable es pensar que su resultado no será la muerte o enfermedad de la madre, tampoco de la criatura esperada. En tal sentido, en muchos (aunque claramente no en todos) de los casos en que se alega la falla médica en ginecología y obstetricia, el desenlace dañoso refleja una mayor irregularidad.

Así mismo, se ha de tener en cuenta que a diferencia de otras ramas de la medicina, la Ginecología guarda directa relación con la dimensión específicamente femenina de la corporalidad. Es la rama de la medicina que se encarga de la atención a la mujer en cuanto mujer y de aspectos tan importantes en la realización del programa vital como la fertilidad y la maternidad. Que entre las muy diversas ramas de la medicina, aquella

⁹ (Cfr. Instituto Nacional de Salud, "Protocolo de vigilancia en Salud Pública Mortalidad Neonatal y Perinatal Tardía", disponible en línea en la página: <http://www.vigepi.com.co/sivigila/pdf/protocolos/560p%20mor%20perin.pdf>

¹⁰ Cfr. Ministerio de Salud y Protección Social, Política Nacional de Sexualidad, Derechos sexuales y derechos reproductivos, "Tablas y Gráficas para el análisis epidemiológico en salud sexual y reproductiva". Informe técnico. Julio de 2014.



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

que se ocupa específica y directamente de la mujer sea justamente la que presenta fallas generalizadas (al menos regionalmente) debe alertar sobre la persistencia del menosprecio histórico hacia lo femenino.

A lo anterior, hay añadir que el descuido de la atención ginecológica no solamente no se compagina con la dignidad de la mujer, sino que, en los casos con un componente obstétrico, también resulta seriamente lesivo de los derechos del ser humano esperado y recién nacido. No se olvide, a este respecto, que el obstetra se pone en contacto con el ser humano desde la concepción y que las complicaciones en la gestación, el parto y el puerperio bien pueden repercutir indeleblemente en la vida de una persona¹¹.

V. 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 la muerte de la bebé Valeria Llanos Osorio, acaecida el día 15 de marzo de 2008, tal como se advierte de la historia clínica del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.

Dicho lo anterior, el Despacho, procede a establecer si el daño padecido por los accionantes, es o no atribuible al Hospital Departamental de Granada E.S.E. y/o a la entidad vinculada E.S.E. Hospital Departamental de Villavicencio, bajo el título de imputación de falla del servicio, conforme fue planteado en el problema jurídico principal que se desarrolla en este fallo.

Como lo relatan los antecedentes, la parte actora solicita se declare la responsabilidad del Hospital Departamental de Granada E.S.E., por la muerte de la menor Valeria Llanos Osorio, al considerar que hubo un actuar negligente, irregular e ineficiente procedimiento médico, en la atención recibida por la madre gestante Erika Viviana Osorio Acosta, al momento de acudir al servicio de urgencias de la E.S.E. Hospital Departamental de Granada, encontrándose cumplida su etapa de gestación, en hechos ocurridos a partir del día 07 de marzo de 2008 hasta el momento de la muerte de la recién nacida.

Al respecto, se constató que la joven Erika Viviana Osorio Acosta, de 22 años de edad, primigestante, ingresó al servicio de urgencias del Hospital Departamental de Granada E.S.E. el día 07 de marzo de 2008 a las 10:26 a.m., con los malestares propios del proceso de parto.

Al momento de su ingreso a la entidad hospitalaria fue atendida y valorada por el médico general de turno, haciéndose constar que ingresa en buen estado general, con diagnóstico de embarazo a término, por lo que se ordenó su hospitalización, controlar signos vitales cada 6 horas y monitoreo fetal cada 2 horas, exámenes de

¹¹ Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera, sentencia de unificación jurisprudencial del 28 de agosto de 2014, Exp. 23001233100020010027801 (28.804), M.P. Stella Conto Díaz del Castillo.



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLA VICENCIO

laboratorio y valoración por ginecología para considerar maduración cervical e inducción de trabajo de parto.

A las 11:54 horas, la paciente fue auscultada por el ginecólogo de turno, quien registró que los exámenes de laboratorio se encontraban dentro de los parámetros normales, que la gestante cursaba con un embarazo de 40.6 semanas de gestación, pelvis apta, no favorable para inducir el embarazo, con feto único vivo con peso estimado de 3.400 gr; por lo que ordenó su hospitalización, maduración cervical con oxitocina y toma de monitoreo fetal, éste que arrojó normalidad y frecuencia cardiaca fetal positiva. Prueba que permite inferir que tanto la madre gestante como la nasciturus arribaron al centro hospitalario en buen estado de salud, mostrando un proceso gestacional normal, tal y como adicionalmente se lee en las notas de enfermería, vistas a folio 98 del c.1. en las cuales se registra que la paciente se encuentra en óptimas condiciones al ingreso al servicio de hospitalización, ese mismo día 07 de marzo de 2008.

Adicionalmente, se apuntó en el acápite de antecedentes de la respectiva epicrisis, que la materna, según ecografía de fecha 17 de julio de 2007, para el día 07 de marzo de 2008, tenía un embarazo de 42 semanas, ésta que fue corroborada con la ecografía tomada el 13 de diciembre de 2007 que arrojó como fecha probable de parto el 20 de febrero de 2008, por lo que para la fecha de ingreso al Hospital, tenía 42.4 semanas de gestación.

Posteriormente, la historia clínica da cuenta al día siguiente, esto es, el 08 de marzo de 2020, a las 10:52 horas, la paciente fue observada por médico general y ginecólogo de turno, quienes consignaron como diagnóstico un embarazo prolongado y parto; igualmente, que la madre estaba en buen estado general, alerta, hidratada, afébril, con una frecuencia cardiaca fetal de 142 latidos por minuto, encontrándose en parto y sin cambios cervicales con respecto al ingreso; por lo que el ginecólogo ordenó inducir el trabajo de parto.

Ese mismo día, a las 14:23 horas, fue nuevamente valorada por los médicos referidos, quienes encontraron a la materna en igual estado, con dilatación de 4 cm y borramiento del 50%; con monitoria fetal reactiva sin desaceleraciones polisistolia; seguidamente, a las 17:29 horas, la evolución médica da cuenta que en ese momento, la auxiliar de enfermería que está realizando el monitoreo fetal llama a la médico de turno, expresándole que la paciente "está rara se encuentra plana", por lo que la galena le ordena pasar 500 de Dextrosa al 5%- Lactato en bolo, colocarse decúbito lateral izquierdo y oxígeno a 2 litros x minuto. En esa misma nota se deja constancia que la materna había sido valorada anteriormente por el ginecólogo quien determinó "dar chance a la paciente de dejar evolucionar T. de parto".

Luego a las 19:10 horas, fue auscultada por el ginecólogo – obstetra, Fernando Bocarejo, quien registró un embarazo prolongado de 41 semanas, con una actividad uterina irregular, movimientos fetales positivos de 144, en buen estado general,



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

alerta, hidratada, con una dilatación de 4 cm y borramiento de 50%. Igualmente, a las 19:13 y 22:05 horas, fue vista por médico general de turno, quien anotó encontrar a la materna en buen estado general, con exámenes físicos normales y movimientos fetales positivos, según monitoreo fetal realizado a las 21:11 horas.

Que el día 09 del mismo mes y año a las 06:04 horas, la señora Erika Viviana Osorio Acosta fue explorada por el profesional de turno, quien la encontró en buen estado general, con movimientos fetales positivos, con dilatación de 4 cms, borramiento del 60%, con membranas rotas; por lo que consideró continuar igual manejo, vigilancia, monitoria cardiaca. Luego de tres horas, es vista por médico general, quien apuntó que la paciente se encontraba con contradicciones, movimientos fetales positivos de 150-160, con dilatación de 4, borramiento del 50%; e inducida con oxitocina desde el día anterior.

Igualmente, el historial médico da cuenta, que al haber presentado la materna, una temperatura de 38.1 °C, fue nuevamente valorada por medicina general, a las 10:21 horas, momento en el que se ordenó el suministro de acetaminofén y ampicilina cada 6 horas; aunado a ello, según registro de monitoría fetal, se registró una frecuencia cardiaca fetal de 160 con movimientos positivos.

A la postre, siendo las 12:00 la materna ingresa a sala de cirugía de urgencias, por lo que a las 13:03 horas, se le realizó, por parte del ginecólogo de turno, procedimiento quirúrgico de cesárea segmentaria, en el que se registró como diagnóstico pre quirúrgico un embarazo prolongado y trabajo de parto estacionario; y como diagnóstico post quirúrgico, líquido amniótico meconiado grado II y corioamnionitis.

A los 23 minutos después, el especialista en ginecología y obstetricia, Fernando Bocarejo, en su informe quirúrgico por cesárea, anotó como diagnóstico preoperatorio un embarazo prolongado de 41 semanas y un trabajo de parto estacionario; y como diagnóstico posoperatorio, el mismo más un recién nacido vivo femenino, más una corioamnionitis; cuya descripción se anotó: *ASEPSIA, ANTISEPSIA, INCISION PFANNSTIEL. SECCION DE PARED POR PLANOS. HISTEROTOMIA SEGMENTARIA. LIQUIDO AMNIOTICO MECONIO GII. SE EXTRAE FETO VIVO, SE ASPIRAN FAUCES ANTES DE SALIDA DE HOMBROS. LLORA AL NACER. SE ENTREGA A PEDIATRA ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y COMPLETO, LIMPIEZA DE CAVIDAD UTERINA. QUE SE ENCUENTRA CALIENTE. HISTERORRAFIA EN DOS PLANOS. CC1. LAVADO DE CAVIDAD PERITONEAL. CIERRE DE PARED POR PLANOS, ORINA CLARA. SANGRADO APROXIMADO 300 cc. NO COMPLICACIONES».*

Ese mismo día, a las 23:29 horas, se registró que la paciente Osorio Acosta fue observada por el médico general, quien consignó como diagnósticos: POP inmediato de cesárea por trabajo de parto estacionario y corioamnionitis; a su vez, que la paciente estaba en buenas condiciones generales con SV FC 88 FR 17 TA 100/80, hemodinámicamente estable, tolerando la vía oral.



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

Respecto de la recién nacida Valeria Llanos Osorio, la historia clínica da cuenta de su nacimiento el día 09 de marzo de 2008 a las 12+37 en las siguientes condiciones: *«deprimido, cianosis generalizada, no presenta movimientos voluntarios... se traslada rápidamente a sala de partos para realizarle reanimación, se coloca bajo la servocuna, RN no responde, se coloca oxígeno por ambu y se inicia ventilación asistida, con estimulación a nivel plantar y en espalda, RN no responde, se continúa presión positiva durante 3 minutos, y se aspira cavidad oral salida de meconio abundante, RN responde a la estimulación lentamente, se observa taquipnea e hipotonía, quejido respiratorio, se continúa aspirando secreciones de cavidad oral, se coloca cámara de Hood a 8litx', se realiza profilaxis oftálmica, se toma muestra de tsh neonatal de cordón umbilical, se realiza (ilegible) umbilical y genital, se observa con tiraje costal, con piel rosada, quejido respiratorio, no llanto, con hipotonía, se viste, se canaliza ... 24 2 intentos y se coloca x BI DADA 10% a 12c/h en 100 e Buretril y se inicia Gluconato de calcio 2cm diluido a 10cm se pasa directamente, se toman muestras de laboratorio, se coloca en la incubadora, con monitorización continua, Dr. Leal da las indicaciones médicas a seguir y quien ha estado bajo la evolución del RN, habla con el padre para informarle la situación y el Riesgo de falla respiratoria y probable remisión a UCI»*

Lo anterior es corroborado por medicina general, quien al valorar a la recién nacida ese mismo día a las 15:22 horas, anotó que había recibido recién nacido de sexo femenino, producto de primera gestación, con antecedente de embarazo prolongado, indicando que a la madre se le realizó inducción de trabajo de parto por 3 días y en el que se decidió cesárea por inducción fallida; igualmente, se documentó líquido amniótico meconiado grado II y cavidad hipertérmica; obteniéndose a la recién nacida con apgar de 5/10, por lo que requirió adaptación conducida, ventilación positiva con ambu por más de 3 minutos, con pobre respuesta, realizándole lavado gástrico con 20 cc de SSN drenaje oscuro, al examen físico se apuntó un peso 3600 gramos, talla 49 cm, PC 34 cm, rosada, con fontanelas normotensas, pabellón auricular normoimplantado, con tirajes universales quejido respiratorio, con apgar a los 5 min de 6/10 y a los 10 min de 7/10; por lo que se le inicia lev dextrosa al 10% a 12 cc hora, gluconato de calcio 2 cc iv c 12 horas, ampicilina gentamicina suplencia de O2 con cámara de hood, se consigue saturación máxima hasta 90%, en regular estado general con evidencia de quejido respiratorio, hipoactiva, con persistencia de quejido y tirajes intercostales con saturación máxima de 89%; por lo que decide iniciar trámites de remisión para manejo por unidad de cuidado intensivos neonatales.

Igualmente, se registró como diagnósticos: 1) Feto y recién nacido afectados por corioamnionitis; y 2) Feto y recién nacido afectados por enfermedades circulatorias y respiratorias; cuyo análisis se decidió por orden del pediatra remitirla a la unidad de cuidados intensivos neonatales.

Remisión que fue confirmada, siendo las 17:30 horas, en la UCI del Hospital de Villavicencio; en cuya epicrisis se anotó que recién nacida había sido colocada en incubadora de transporte, taquipnea IR 70x', tiraje, con cámara de Hood a 8litx', con



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

poleo de DAD 10% a 12 cm/h x BI, con hipotonía, quejido respiratorio. Luego, a las 18:10 horas, la menor ingresó a consultorio para entubación por parte del pediatra; posteriormente, se le inició 10 puf de salbutamol; además, el doctor Leal, informó al papá y la abuela el mal estado general de la recién nacida y del alto riesgo de fallecer en el traslado por paro cardíaco; finalmente sale con el médico auxiliar hacia el Hospital Departamental de Villavicencio.

Aunado a lo anterior, se documentó que la señora Erika Viviana Osorio Acosta, había realizado controles prenatales y ecografías, en las que se indicó que el embarazo transcurría con normalidad, cuya última imagen data del día 18 de febrero de 2008, es decir, pocas semanas antes del ingreso al hospital para su labor de parto; aunado a ello, no se observan en su historial médico anotaciones de antecedentes que indicaran que su embarazo no se había desarrollado con normalidad, por ende el hecho de que la actora hubiese ingresado oportunamente al Hospital Departamental de Granada E.S.E. con la condición de parto prolongado pero con feto en condiciones satisfactorias, con actividad cardíaca normal, constituye un indicio de que la atención fue inadecuada y pudo ocasionar tanto el sufrimiento fetal como el mal estado general en el que nació la menor.

A fin de establecer si hubo o no una falla del servicio por parte de la entidad demandada y teniendo en cuenta la posibilidad que tiene el Juez de acudir a la literatura médica científica que reposa en las páginas web¹², es necesario traer a colación la cartilla de Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para la conducción del trabajo de parto¹³, en la que indica que *el trabajo de parto prolongado es una importante causa de mortalidad y morbilidad materna y perinatal. Entre las causas subyacentes frecuentes se incluyen las contracciones uterinas ineficientes, presentación o posición fetal anormal, pelvis ósea inadecuada o anomalías de partes blandas de la madre. Además, se señala, que los métodos tradicionales utilizados para acelerar el trabajo de parto han sido el uso de infusión intravenosa de oxitocina y la ruptura artificial de membranas (amniotomía).*

Así mismo, consultada la página web del Ministerio de la Protección Social, se observa la Guía de atención del embarazo prolongado¹⁴, la cual hace mención a lo siguiente:

«Embarazo posfechado es el que ha sobrepasado la fecha probable de parto confiable calculada (40 semanas).

Embarazo posmaduro hace referencia a la descripción de un neonato con aspectos clínicos reconocibles que indican un embarazo prolongado.

¹² Consejo de Estado - Sección Tercera - Subsección C, sentencia del veintiocho (28) de marzo de dos mil doce (2012), Radicación número: 05001-23-25-000-1993-01854-01(22163) Consejero ponente: Enrique Gil Botero: *«Por lo tanto el juez puede valerse de literatura - impresa o la que reposa en páginas web, nacionales o internacionales, ampliamente reconocidas por su contenido científico - no como un medio probatorio independiente, sino como una guía que permite ilustrarlo sobre los temas que integran el proceso y, por consiguiente, brindarle un mejor conocimiento acerca del objeto de la prueba y del respectivo acervo probatorio, lo que, en términos de la sana crítica y las reglas de la experiencia, redundará en una decisión más justa».*

¹³ https://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf

¹⁴ <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%204.%20%20ATENCIÓN%20DEL%20EMBARAZO%20PROLONGADO.pdf>



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

Se define como fecha de última regla confiable aquella que se presenta en mujeres con ciclos regulares que no han estado expuestas a anticonceptivos hormonales o medicamentos que alteren el ciclo en los últimos tres meses, y que no hayan presentado sangrado en los primeros tres meses de embarazo, que sepan con exactitud la fecha del primer día de la última regla.

(...)

2. Diagnóstico

El término embarazo prolongado representa un diagnóstico basado en la mejor estimación disponible de la duración de la gestación al momento del parto. El diagnóstico óptimo de edad gestacional es entorpecido por la inexactitud en fechar el embarazo. Los métodos clínicos son inferiores para determinar la edad gestacional en comparación con la ultrasonografía temprana. La determinación de la edad gestacional por ecografía temprana resulta en disminución del número de embarazos prolongados (1). La edad gestacional determinada por ultrasonido disminuye la proporción de partos más allá de los 294 días de gestación en un 39%. Sin embargo, el ultrasonido también otorga un margen de error, el cual es aproximadamente de 1 semana para ecografías del primer trimestre, 2 semanas para ecografías hechas durante el segundo trimestre, y 3 semanas para ultrasonidos hechos en el tercer trimestre. Así, aun mujeres con edades gestacionales basadas en ecografías del primer trimestre pueden tener una ventana de tiempo de más o menos 14 días.

Además, debido a que la edad gestacional dada por ecografía está basada en el tamaño del feto o del embrión, una asociación entre el tamaño al momento del ultrasonido y los resultados posteriores puede crear sesgos sistemáticos en la evaluación del riesgo asociado con la edad gestacional. Por ejemplo, puede sobrestimarse la edad gestacional por ultrasonido, en fetos grandes para la edad gestacional, lo que podría llevar a la conclusión errónea de macrosomía asociada a edad gestacional avanzada. Lo mismo sucede con fetos pequeños para la edad gestacional.

2.1 Morbilidad y mortalidad perinatal

Se ha determinado un incremento significativo en la mortalidad fetal a partir de las 41 semanas de gestación (10)(11) (Odds Ratio de 1.5, 1.8 y 2.9 a las 41, 42 y 43 semanas respectivamente) (1). El OR para mortalidad perinatal no demostró una dependencia significativa de la edad gestacional (1).

La restricción del crecimiento intrauterino se asocia independientemente con una tasa de mortalidad alta en las gestaciones prolongadas (10).

Tres variables han sido identificadas como predictores independientes de mortalidad perinatal:

- 1. Pequeño para la edad gestacional: RR 5.7*
- 2. Edad materna mayor o igual a 35 años: RR 1.88*
- 3. Grandes para la edad gestacional estuvieron asociados con un modesto efecto protector para muerte perinatal: RR 0.51*

Campbell et al. compararon 65.796 embarazos en Noruega mayores o iguales a 42 semanas con 379.445 nacimientos al término (37 a 41 semanas) y concluyeron que la prolongación del embarazo estuvo asociada con el incremento significativo en resultados adversos. El compromiso fetal fue mayor en fetos pequeños para la edad gestacional, mientras que la distocia



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

de hombros, disfunción del trabajo de parto, trauma obstétrico y hemorragia materna fueron más comunes en fetos grandes para la edad gestacional (1).

Clausson et al. evaluaron una base sueca de embarazos a término y pos término, con neonatos normalmente formados, y mostraron que el embarazo prolongado estaba asociado con el aumento en la frecuencia de convulsiones neonatales, síndrome de aspiración de meconio y valores de Apgar menor de 4 a los 5 minutos. De nuevo la morbilidad en los pequeños para la edad gestacional pos término fue mayor que en los de adecuado peso para la edad gestacional (1).

(...)

2.2 Problemas maternos

La gestante que esté pasada dos semanas de su fecha probable de parto experimenta varios problemas. El primero es la tensión emocional de aprehensión, expectativa y ansiedad; el segundo se relaciona con la intervención médica en términos de evaluaciones e intentos de parto; y el problema potencial final es el trauma físico que puede ser experimentado en el parto de un feto macrosómico (2).

2.3 Problemas en el infante

Los problemas fetales asociados con gestación prolongada pueden dividirse en dos categorías:

- 1. Los asociados a función uteroplacentaria disminuida, resultando en oligoamnios, crecimiento fetal disminuido, paso de meconio, asfixia, y riesgo potencial de muerte fetal.*
- 2. Los asociados con función placentaria normal, resultando en crecimiento fetal, con el subsecuente riesgo aumentado de trauma durante el parto, incluyendo distocia de hombros con posible daño neurológico permanente.»*

De conformidad con lo anterior, de una simple vista a la historia clínica de vida de la gestante, se evidencia que no fue tratada de acuerdo a su estado, no se tuvo en cuenta que cuando ingresó al hospital tenía 42 semanas de gestación, según las notas transcritas en la epicrisis, donde se apuntó en el acápite de antecedentes que según «ECO DE 17/07/07 CON EMB 7.6 SEMS, EXTRAPOLADA HOY: 42 SEMANAS», fecha ésta que se debió tener como la más confiable al haber sido corroborada con la «ECO DE 13/12/07 CON EMB 30 SEMS, EXTRAPOLADA HOY:42.4 SEMS»; además, se obvio que la paciente tenía un Bishop de 3, -siendo calificado en ese momento como no favorable para la inducción, tal y como se apuntó en la nota médica que aparece al folio 211-, al momento de su ingreso al hospital tal y como se registró a folio 210 del expediente, así como la impresión diagnóstica de parto prolongado, situación que lo tornaba de alto riesgo; pese a lo cual se procedió a la estimulación y/o inducción con oxitocina, la que duró 3 días, siendo fallida y ante la presencia de fiebre se procedió a desembrazarla, finalmente, por cesárea de urgencias.

Igualmente, no se observa en el acervo probatorio que el personal médico haya procedido a identificar las causas del embarazo prolongado con el fin de establecer a tiempo, si era necesaria la práctica de una cesárea inmediata o de urgencia, al momento del arribo al centro hospitalario; así mismo, se pasó por alto la alarma dada tanto por la auxiliar de enfermería como por la médica de turno, el día 08 de



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

marzo de 2008 a las 17:29 horas cuando se verificó que la gestante no estaba en óptimas condiciones, lo cual quedó reseñado en su historia clínica bajo la expresión “está rara se encuentra plana”, situación que llevó a la galena presente en ese momento a tomar medidas a fin de recuperarla. No obstante lo anterior, por el contrario la paciente tuvo que esperar hasta el día 09 de marzo de 2008 que los profesionales consideraran útil la ejecución de dicho procedimiento quirúrgico, como consecuencia de la presencia de síntomas de fiebre, siendo que sólo hasta ese momento se percataron que la inducción había sido fallida.

En atención a lo expuesto, considera el Despacho que la atención brindada a la gestante Erika Viviana Osorio Acosta así como a la menor Valeria Llanos Osorio fue inadecuada, porque a pesar de haber ingresado con diagnóstico de trabajo de parto prolongado, los galenos de la E.S.E. Hospital Departamental de Granada – Meta, menospreciaron esta condición omitiendo los protocolos médicos para la atención del parto, tratándose de una paciente con Bishop no favorable para la inducción del parto, adicionalmente obviaron los síntomas que empezó a padecer durante su estancia en el Hospital, los que se encuentran claramente documentados en su historial médico, conforme fueron referidos en el acápite de hechos probados y retomados en el presente análisis, acreditándose la falla del servicio médico obstétrico, la cual conllevó al sufrimiento fetal del infante e ingesta de meconio y su remisión a la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.; y como consecuencia de ello, a su posterior fallecimiento.

En este sentido, el Despacho resalta la doctrina médica que aborda la sentencia del Consejo de Estado¹⁵, se tiene que la presencia de meconio es un signo de sufrimiento fetal, al respecto señala:

«El meconio es la primera secreción intestinal del recién nacido y está compuesto por células epiteliales, pelo fetal, moco y bilis. El sufrimiento fetal intrauterino puede producir la evacuación in útero en el líquido amniótico. El feto puede aspirar el líquido amniótico teñido con meconio cuando el boqueo o los movimientos respiratorios profundos de éste se estimulan por la hipoxia y la hipercapnia. La presencia de meconio en la tráquea puede producir obstrucción y una respuesta inflamatoria de las vías aéreas, lo que genera dificultad respiratoria grave. La presencia de meconio en el líquido amniótico es un signo de alarma de sufrimiento fetal (...) Control. Durante el trabajo de parto deben realizarse una observación cuidadosa y el control fetal. Cualquier signo de sufrimiento fetal (p. ej., aparición de líquido amniótico meconial con ruptura de membranas, pérdida de la variabilidad interlatidos, taquicardia fetal o patrones de desaceleración) justificación la evaluación de la salud fetal mediante un examen minucioso de los trazados cardíacos y el pH del cuero cabelludo fetales. Si la evaluación identifica un feto comprometido, deben emprenderse medidas correctivas o determinar el nacimiento en el momento indicado... Pronóstico. Las complicaciones son frecuentes y se asocian con una mortalidad importante. Las nuevas modalidades del tratamiento, como ventilación de alta frecuencia, óxido nítrico inhalado y OMEC, redujeron la mortalidad hasta <5%. En los pacientes que sobreviven a la aspiración del meconio, la DBP o la enfermedad

¹⁵ Sección Tercera - Subsección C; Consejero ponente: ENRIQUE GIL BOTERO; Bogotá D.C., veintiocho (28) de marzo de dos mil doce (2012); Radicación número: 05001-23-25-000-1993-01854-01(22163).



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

pulmonar crónica pueden ser resultado de toxicidad por oxígeno y ventilación mecánica prolongada. Los que presentan una lesión asfíctica importante pueden tener secuelas neurológicas.»¹⁶

Desde esa perspectiva, es claro para el Despacho que el nasciturus estuvo expuesto a sufrimiento fetal, teniendo en cuenta i) que el bebé estaba en condiciones normales de gestación al momento de su ingreso al centro hospitalario, como lo demuestran los controles prenatales y las notas médicas de ingreso de la gestante al hospital demandado; ii) que dentro de los hallazgos en el partograma no se encontró ninguna enfermedad en la madre que pudiera orientar lesión del nasciturus; iii) que la gestante ingresó al servicio de urgencias en sano estado y con un embarazo pos término de 42 semanas, iii) que el índice APGAR, al momento del alumbramiento, se encontraba en 5 sobre 10, lo que es demostrativo que el neonato reportaba unas condiciones de salud muy precarias, es decir, que el sufrimiento fue prolongado y generó daños severos, en este caso la dificultad respiratoria, la sepsis y posterior muerte.

Así las cosas, considera el Despacho que el Hospital Departamental de Granada E.S.E. incurrió en falla médica producto del actuar irregular, ineficiente y negligente por parte de los profesionales de la salud, frente al diagnóstico de la gestante Erika Viviana Osorio Acosta y por ende de la menor Valeria Llanos Osorio.

En consecuencia, se declarará al Hospital Departamental de Granada E.S.E., administrativamente responsable de los daños sufridos por los demandantes.

Por otro lado, en lo que respecta a la responsabilidad endilgada a la entidad vinculada, E.S.E. Hospital Departamental de Villavicencio, se probó que las conductas adelantadas por este centro médico de tercer nivel, fueron adecuadas y oportunas, en la medida que conforme se acredita con la historia clínica, se tomaron los exámenes pertinentes de acuerdo a la sintomatología que iba desarrollando la infante, ordenándose de forma precisa las indicaciones y recomendaciones por parte de los galenos que la atendieron; siendo el diagnóstico y tratamiento suministrado por la ESE adecuado y oportuno para el evolución que allí se conoció. En consecuencia, se negarán las pretensiones de la demanda frente a esta entidad. En este orden de ideas, la respuesta al cuarto problema jurídico planteado, es que el Hospital Departamental de Granada E.S.E., es responsable de los perjuicios reclamados por los demandantes, responsabilidad que no es atribuible a la E.S.E. Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., por las razones expuestas.

VI. De las llamadas en garantía.

Recuerda el Despacho que la entidad demandada, E.S.E. Hospital Departamental de Granada -. Meta, llamó en garantía a la Cooperativa Asociativa de Trabajo Comunitario (COOASTCOM), la cual suscribió un contrato de prestación de

¹⁶ GOMELLA, Tricia, CUNNINGHAM, Douglas, EYAL, Fabien, ZENK, Karin "Neonatología", Ed. Médica Panamericana, Quinta Edición, Buenos Aires, 2006, pág. 604 y s.s.



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

servicios N° 031 de 2008, dentro del cual estaba la prestación del subproceso de Ginecología. Así mismo solicitó citar en garantía a la compañía de seguros Aseguradora Solidaria de Colombia, con fundamento en la Póliza 994000001485.

Al respecto, se tiene que el día 29 de febrero de 2008, el Hospital Departamental de Granada E.S.E. y la Cooperativa Asociativa de Trabajo Comunitario – COOASTCOM, suscribieron el contrato de prestación de servicios No. 031, por el cual este último se comprometió con el primero a prestar los procesos asistenciales de urgencias y observación, hospitalización, referencia, contrareferencia, ambulatorio cirugía, apoyo diagnóstico y terapéutico; además, los servicios de cardiología, ginecología, ortopedia, medicina interna, otorrinolaringología, pediatría, psiquiatría, urología, cirugía general, gastroenterología, oftalmología y anestesiología; por un valor de \$4.375'733.978. Para la ejecución contractual, se pactó el término de once meses, contados a partir de la firma del acta de inicio (fls. 351-365 C.1).

Que para amparar las obligaciones derivadas del contrato anteriormente mencionado, el contratista adquirió la póliza de seguros con la Compañía Aseguradora Solidaria de Colombia S.A. No. 994000001485, cuya fecha de vigencia se anotó desde el 29 de febrero de 2008 hasta el 30 de mayo de 2012, (fl. 60 C. llamamiento en garantía); posteriormente, se observa prórroga de la misma visible a folio 336 C.1, la cual se documenta en el acápite de objeto modificatorio, que las vigencias se ajustaron desde el día 02 de marzo de 2008 hasta el 02 de junio de 2012.

En consecuencia, y a juicio del despacho, el llamamiento requerido es procedente, pues, como quedó visto, se probó la existencia del vínculo sustancial entre la parte llamante (E.S.E. Hospital Departamental de Granada - Meta) y la llamada (Cooperativa Asociativa de Trabajo Comunitario – COOASTCOM) y ésta última, con la también llamada Aseguradora Solidaria de Colombia, se encuentra demostrado, máxime cuando está acreditado que el periodo de ejecución de los contratos en el año 2008, corresponde con el momento en que se presentó el daño alegado en la demanda de la referencia, esto es, desde el día 07 de marzo de 2008, razón por la cual, se condenará solidariamente tanto a la Cooperativa Asociativa de Trabajo Comunitario – COOASTCOM como a la mencionada compañía de seguros, ésta última hasta la concurrencia del valor asegurado con la mencionada póliza.

Así las cosas, la respuesta al quinto problema jurídico planteado es afirmativa, siendo procedente el estudio relativo a los perjuicios reclamados.

VII. Liquidación de perjuicios.

7.1. Perjuicios materiales.



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

Lucro cesante.-

Solicita la parte demandante que se reconozca este tipo de perjuicios a los padres de la menor Valeria Llanos Osorio, en la modalidad de lucro cesante consolidado y futuro, teniendo en cuenta la fecha de muerte de la menor a la fecha de la sentencia, el salario mínimo legal vigente para la fecha de la sentencia y hasta la fecha en que la menor hubiera cumplido los 25 años de edad.

En lo relativo, es necesario tener en cuenta que la jurisprudencia imperante en la sección tercera del Consejo de Estado, ha sido unánime y pacífica en materia de reparación de perjuicios por la muerte de menores de edad, conforme a lo cual se ha establecido que será procedente su reconocimiento y pago cuando éstos alcancen la mayoría de edad, siempre que se acredite su carácter cierto, pues los perjuicios eventuales o hipotéticos no admiten reparación alguna, por lo que en cada caso deberá efectuarse el análisis de sus particularidades con el fin de determinar si las mismas dan cuenta de reales condiciones de certeza o probabilidad razonable en cuanto a que el mismo percibiría un ingreso y que lo haría a favor de quien reclama dicho concepto, por ejemplo cuando se demuestra que el menor *“ejercía una actividad productiva con la que contribuía a la economía familiar, o cuando las condiciones particulares presentes al momento del deceso permiten inferir razonablemente que estaba en condiciones reales, ciertas y verificables de hacerlo a futuro, así como en aquellos casos en los que es la propia víctima menor quien reclama el lucro cesante futuro a su favor en casos de una eventual lesión cuyos efectos lesivos perdurarán a futuro, en los que se ha reconocido la posibilidad de presumir la afectación, en tanto conlleva una pérdida de la capacidad de obtener el propio sustento, lo que genera un daño que sin duda debe ser resarcido”*¹⁷

En este orden, teniendo en cuenta que la bebé Valeria Llanos Osorio, falleció seis días después de haber nacido, mal puede inferirse que habría de laborar y ayudar al sostenimiento de sus padres, al tratarse de un hecho futuro e incierto. Así las cosas, no se reconocerá ningún rubro por este concepto.

7.2. Perjuicios morales.

Atendiendo a lo dispuesto por la jurisprudencia vigente del Consejo de Estado, sobre el reconocimiento y liquidación del perjuicio moral, el cual ha sido definido como el dolor, la angustia, la aflicción, etc., padecidos por las víctimas directas o indirectas. 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 Mérida Valle de la Hoz, precisó que la tasación de los daños causados por muerte, se han diseñado cinco niveles de cercanía

¹⁷ Sentencia del 10 de marzo de 2017, expediente No. 41315, consejero ponente: Ramiro Pazos Guerrero



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

afectiva entre la víctima directa y aquellos que acuden a la justicia calidad de perjudicados o víctimas indirectas: Veamos:

GRAFICO No. 1					
REPARACION DEL DAÑO MORAL EN CASO DE MUERTE					
	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
Regla general en el caso de muerte	Relaciones afectivas conyugales y paternofiliales	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
Porcentaje	100%	50%	35%	25%	15%
Equivalencia en salarios mínimos	100	50	35	25	15

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 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.

En consecuencia, se reconocerá este tipo de perjuicios, a los señores Wilder Llanos Henao y Erika Viviana Osorio Acosta, en cuantía de cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes a cada uno de ellos.

7.3. Daño a la vida en relación.

Al respecto es importante señalar que el Alto Tribunal de lo Contencioso Administrativo, abandonó la denominación de "perjuicio fisiológico" y se refirió al perjuicio en estudio, como la "daño a la vida de relación", el cual con posterioridad fue denominado "alteración grave de las condiciones de existencia" bajo el entendido de que, cuando se trata de lesiones que producen alteraciones físicas que, a su vez, afectan la calidad de vida de las personas, la víctima directa tiene derecho al reconocimiento de una indemnización adicional a la que se reconoce por el perjuicio moral, por lo que aquél no debe limitarse a los casos de lesiones corporales que producen alteraciones orgánicas, sino que debe extenderse a todas las situaciones que alteran de manera grave las condiciones habituales o de existencia de las personas¹⁸.

Luego, sobre el tema en sentencia del 14 de septiembre de 2011, se dijo:

"Por lo tanto, cuando el daño tenga origen en una lesión corporal (daño corporal), sólo se podrán reclamar y eventualmente reconocer los siguientes tipos de perjuicios –siempre que estén acreditados en el proceso –:

i) los materiales de daño emergente y lucro cesante;

¹⁸ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 1 de noviembre de 2007 (expediente 16407).



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

ii) y los inmateriales, correspondientes al moral y a la salud o fisiológico, el primero tendiente a compensar la aflicción o padecimiento desencadenado por el daño, mientras que el último encaminado a resarcir la pérdida o alteración anatómica o funcional del derecho a la salud y a la integridad corporal.

Desde esa perspectiva, se insiste, el daño a la salud comprende toda la órbita psicofísica del sujeto. En consecuencia, la tipología del perjuicio inmaterial se puede sistematizar de la siguiente manera: i) perjuicio moral;

ii) daño a la salud (perjuicio fisiológico o biológico);

iii) cualquier otro bien, derecho o interés legítimo constitucional, jurídicamente tutelado que no esté comprendido dentro del concepto de "daño corporal o afectación a la integridad psicofísica" y que merezca una valoración e indemnización a través de las tipologías tradicionales como el daño a la vida de relación o la alteración grave a las condiciones de existencia o mediante el reconocimiento individual o autónomo del daño (v.gr. el derecho al buen nombre, al honor o a la honra; el derecho a tener una familia, entre otros), siempre que esté acreditada en el proceso su concreción y sea preciso su resarcimiento, de conformidad con los lineamientos que fije en su momento esta Corporación.

Es decir, cuando el daño antijurídico radica en una afectación psicofísica de la persona, el daño a la salud surge como categoría autónoma y, por lo tanto, desplaza por completo denominaciones o tipos de perjuicios abiertos que han sido empleados en otras latitudes, pero que, al igual que en esta ocasión, han cedido paso al daño corporal como un avance jurídico que permite la reparación efectiva y objetiva del perjuicio proveniente de la lesión al derecho constitucional y fundamental a la salud...

...Así las cosas, el daño a la salud posibilita su reparación considerado en sí mismo, sin concentrarse de manera exclusiva y principal en las manifestaciones externas, relacionales o sociales que desencadene, circunstancia por la cual este daño, se itera, gana concreción y objetividad en donde las categorías abiertas la pierden y, por lo tanto, permite garantizar los principios constitucionales de dignidad humana y de igualdad material". (Subrayado fuera del texto original".

Así las cosas, teniendo en cuenta que en el caso bajo estudio, no se acreditó este tipo de perjuicios, pues no se probó un diagnóstico específico que permita determinar una afección de este tipo, razón por la que se negarán las pretensiones elevadas en este sentido.

VIII. De las medidas de reparación Integral.

Atendiendo la relevancia del asunto objeto de litis, el Consejo de Estado, en sentencia de unificación del 28 de agosto de 2014¹⁹, plantea las medidas restaurativas que deben adoptarse en los casos de falla médica obstétrica, al respecto puntualizó:

¹⁹ Consejo de Estado - Sección Tercera; Consejera ponente: Stella Conto Díaz del Castillo; Bogotá, D. C., veintiocho (28) de agosto de dos mil catorce (2014); Radicación número: 23001-23-31-000-2001-00278-01(28804)



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

«... en repetida jurisprudencia, que aquí se reitera y unifica, se ha reconocido la posibilidad de declarar la procedencia de medidas de reparación no pecuniarias en casos de lesión de otros bienes constitucional y convencionalmente protegidos.

Se trata de reconocer, aún de oficio, la afectación o vulneración relevante de bienes o derechos convencional y constitucionalmente amparados. Procederá siempre y cuando, se encuentre acreditada dentro del proceso su concreción y se precise su reparación integral. Se privilegia la compensación a través de medidas reparatorias no indemnizatorias a favor de la víctima directa y a su núcleo familiar más cercano, esto es, cónyuge o compañero(a) y los parientes hasta el 1° de consanguinidad o civil, en atención a las relaciones de solidaridad y afecto que se da lugar a inferir la relación de parentesco. Debe entenderse comprendida la relación familiar biológica, la civil derivada de la adopción y aquellas denominadas "de crianza".

Las medidas de reparación integral operarán teniendo en cuenta la relevancia del caso y la gravedad de los hechos, todo con el propósito de reconocer la dignidad de las víctimas, reprobando las violaciones a los derechos humanos y concretar la garantía de verdad, justicia, reparación, no repetición y las demás definidas por el derecho internacional. Para el efecto el juez, de manera oficiosa o a solicitud de parte, decretará las medidas que considere necesarias o coherentes con la magnitud de los hechos probados (Artículo 8.1 y 63.1 de la Convención Interamericana de Derechos Humanos).

(...)

... la Sala advierte que el caso sublite, lejos de constituir un episodio aislado, se inserta dentro de un patrón reiterado de deficiencias en la atención gineco-obstétrica, que evidencia una actitud de invisibilidad e indiferencia frente a la atención propia de la salud sexual y reproductiva, rezago de un modelo patriarcal y de discriminación por motivo de género. (...)

(...)

Así mismo, se ha de tener en cuenta que a diferencia de otras ramas de la medicina, la Ginecología guarda directa relación con la dimensión específicamente femenina de la corporalidad. Es la rama de la medicina que se encarga de la atención a la mujer en cuanto mujer y de aspectos tan importantes en la realización del programa vital como la fertilidad y la maternidad. Que entre las muy diversas ramas de la medicina, aquella que se ocupa específica y directamente de la mujer sea justamente la que presenta fallas generalizadas (al menos regionalmente) debe alertar sobre la persistencia del menosprecio histórico hacia lo femenino.

A lo anterior, hay añadir que el descuido de la atención ginecológica no solamente no se compagina con la dignidad de la mujer, sino que, en los casos con un componente obstétrico, también resulta seriamente lesivo de los derechos del ser humano esperado y recién nacido. No se olvide, a este respecto, que el obstetra se pone en contacto con el ser humano desde la concepción y que las complicaciones en la gestación, el parto y el puerperio bien pueden repercutir indeleblemente en la vida de una persona.

Por todo lo anterior, la Sala acoge jurisprudencia sobre la pertinencia de la aplicación de medidas de reparación integral en los casos en los que se echa de menos el trato que la mujer requiere por su propia condición, lo que evidencia la discriminación género y, por lo tanto, condenará a ofrecer excusas a los demandantes en una ceremonia privada que deberá efectuarse dentro de los tres (3) meses siguientes a la fecha de ejecutoria de este fallo, siempre que los mismos así lo consientan y a establecer un link en su página



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

web con un encabezado apropiado en el que se pueda acceder al contenido magnético de esta providencia.»

De acuerdo con el marco jurisprudencial y teniendo en cuenta las circunstancias particulares de *sub judice*, no cabe duda que se encuentran dentro de los eventos destacados en la citada jurisprudencia, en la medida que se corroboró la negligencia en la prestación del servicio brindado a la joven de 22 años de edad, Erika Viviana Osorio Acosta, al haber tenido que padecer la indebida atención durante el parto, por prolongación de esta fase, situación que estuvo asociada con el paso de meconio, dificultad respiratoria, y posterior muerte de la menor Valeria Llanos Osorio; lo que conllevó a la vulneración de los derechos de la gestante a recibir una atención eficaz e inmediata, así como denotó una clara discriminación por motivos de género, al desconocer su condición de joven madre primípara, que configuraron en últimas violencia gineco-obstétrica.

En virtud de lo anterior, el Despacho, en aplicación de los postulados convencionales nacionales e internacionales y el criterio jurisprudencial, considera pertinente incluir en la condena, la adopción de **medidas restaurativas** que se concretan en ordenar publicar esta sentencia en la página web y en las instalaciones físicas de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental de Granada – Meta.

Concordante y como medidas de **no repetición**, el Despacho ordenará a la Empresa Social del Estado Hospital Departamental de Granada – Meta, en compañía de la Secretaría de Salud Departamental del Meta y la Personería del municipio de Granada (Meta), adoptar una política contundente, tendiente a crear conciencia sobre la necesidad de garantizar la atención médica especializada y oportuna a la mujer embarazada y al recién nacido, a efectos que no se repitan eventos como el que aconteció en el *sub lite*.

IX. 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.

X. Del reconocimiento de personería.

10.1. Se reconocerá personería para actuar al abogado Carlos José del Campo Machado, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.363.655 y portador de la tarjeta profesional No. 36.328 del Consejo Superior de la judicatura, como apoderado del Hospital Departamental de Granada E.S.E., tal y como se advierte en el poder visto a folio 948 y subsiguientes del cuaderno principal N° 4.

10.2. Finalmente, se le reconocerá personería para actuar al abogado Héctor Aguirre Castillo, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.065.319 expedida en



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

Bogotá D.C. y portador de la tarjeta profesional No. 18.797 del Consejo Superior de la judicatura, como apoderado del Departamento del Meta, tal y como se advierte en el poder visto a folio 964 y subsiguientes del cuaderno principal N° 4.

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 probada de oficio la excepción de ineptitud sustantiva de la demanda por falta de agotamiento del requisito de procedibilidad del Departamento del Meta, de conformidad a lo expuesto en el presente fallo.

SEGUNDO. Declarar no probada la excepción denominada caducidad de la acción, propuesta por el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., conforme lo expuesto en la parte motiva.

TERCERO. Declarar no probada la excepción de falta de jurisdicción y competencia, interpuesta por la llamada en garantía Cooperativa Asociativa de Trabajo Comunitario (COOASTCOM), conforme las razones expuestas.

CUARTO. Declarar que la Empresa Social del Estado Hospital Departamental de Granada – Meta, es administrativa y patrimonialmente responsable por los perjuicios morales, ocasionados a los demandantes por la muerte de la menor Valeria Llanos Osorio, conforme a las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

QUINTO. Condenar a la Empresa Social del Estado Hospital Departamental de Granada – Meta, a la Cooperativa Asociativa de Trabajo Comunitario (COOASTCOM) y a la compañía de seguros Aseguradora Solidaria de Colombia a pagar solidariamente, ésta última hasta la concurrencia de los riesgos amparados, a pagar a los demandantes Wilder Llanos Henao y Erika Viviana Osorio Acosta, por concepto de perjuicios morales, la suma de cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes, para cada uno, de conformidad a lo expuesto en la parte considerativa.

SEXTO. Condenar a la Empresa Social del Estado Hospital Departamental de Granada - Meta a título de medidas restaurativas, a publicar esta sentencia en la página web y en las instalaciones de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental de Granada – Meta, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

SÉPTIMO. Condenar a la Empresa Social del Estado Hospital Departamental de Granada - Meta, en la modalidad de medidas de no repetición, para que en compañía de la Secretaría de Salud Departamental del Meta y la Personería del municipio de Granada (Meta), adopten una política contundente, tendiente a crear conciencia sobre la necesidad de garantizar la atención médica especializada y oportuna a la mujer embarazada y al recién nacido, a efectos que no se repitan eventos como el que aconteció en el *sub lite*.



JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

OCTAVO. Negar las demás pretensiones, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

NOVENO. Sin condena en costas.

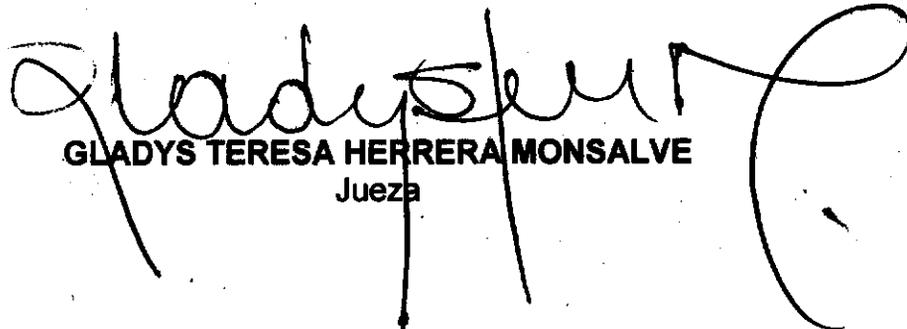
DÉCIMO. Dese cumplimiento a la sentencia a en los términos de los artículos 176, 177 y 178 del C.C.A.

DECIMO PRIMERO. Reconocer personería para actuar al abogado Carlos José del Campo Machado, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.363.655 y portador de la tarjeta profesional No. 36.328 del Consejo Superior de la judicatura, como apoderado del Hospital Departamental de Granada E.S.E., tal y como se advierte en el poder visto a folio 948 y subsiguientes del cuaderno principal N° 4.

DECIMOSEGUNDO. Reconocer personería para actuar al abogado Héctor Aguirre Castillo, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.065.319 expedida en Bogotá D.C. y portador de la tarjeta profesional No. 18.797 del Consejo Superior de la judicatura, como apoderado del Departamento del Meta, tal y como se advierte en el poder visto a folio 964 y subsiguientes del cuaderno principal N° 4.

DECIMOTERCERO. 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.)

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,


GLADYS TERESA HERRERA MONSALVE
Jueza

 <p>Rama Judicial Consejo Superior de la Judicatura República de Colombia</p>
JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO
NOTIFICACIÓN
En Villavicencio, a los _____ se NOTIFICA PERSONALMENTE la providencia de fecha <u>17 DE MARZO DE 2020</u> 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 33 31 005 2010 00233 00
JUEZ: GLADYS TERESA HERRERA MONSALVE.
NATURALEZA: REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTE: WILDER LLANOS HENAO Y ERIKA VIVIANA OSORIO ACOSTA
DEMANDADO: DEPARTAMENTO DEL META Y HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E
PROVEÍDO: DIECISIETE (17) DE MARZO DE 2020
INSTANCIA: PRIMERA INSTANCIA.

En cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 323 del C.P.C., en obediencia al Acuerdo PCSJA20-11549 de 2020, y mientras dura la emergencia sanitaria por causa del COVID-19, se fija el presente edicto en el portal Web de la Rama Judicial www.ramajudicial.gov.co Juzgados Administrativos-Edictos 2020, hoy trece (13) de mayo de 2020 a las 7:30 a.m. y se notifica en la misma fecha por correo electrónico a las partes de la anterior providencia,

~~ROSA ELENA VIDAL GONZÁLEZ~~
Secretaría

DESEFIJACION

15/05/2020- siendo las 5:00 P.M. se desfija el presente edicto después de haber permanecido fijado en un lugar visible por el término de tres días.

~~ROSA ELENA VIDAL GONZÁLEZ~~
Secretaría

