



TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DEL META

Villavicencio, veintiocho (28) de octubre de dos mil veintiuno (2021)

SALA DE DECISIÓN ESCRITURAL No. 5

MAGISTRADA PONENTE: CLAUDIA PATRICIA ALONSO PÉREZ

RADICACIÓN: 50 001 33 31 002 2011 00315 01
1° INSTANCIA: JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO
ACCIÓN: REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTE: ENRIQUE GONZÁLEZ DELGADO Y OTROS
DEMANDADO: HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO ESE-CAJACOPI EPS-

Revisado el proceso de la referencia, advierte la sala que no ha ocurrido causal de nulidad que invalide la actuación procesal surtida, razón por la cual procede a decidir el RECURSO DE APELACIÓN formulado por la parte actora¹, contra la sentencia del 30 de septiembre de 2019², proferida por el Juzgado Noveno Administrativo de Villavicencio, por medio de la cual se negaron las pretensiones de la demanda.

A N T E C E D E N T E S

1. SÍNTESIS DE LA DEMANDA³:

Ante esta jurisdicción, en ejercicio de la acción de Reparación Directa consagrada en el artículo 86 del CCA., concurren ENRIQUE GONZÁLEZ DELGADO (padre de la víctima), EDDY ENRIQUE GONZÁLEZ MARÍN, MATÍAS ENRIQUE GONZÁLEZ ROMERO, JOHAN ALBEIRO GONZÁLEZ ROMERO (hermanos de la víctima) y LUZ MARINA APONTE ACERO (compañera permanente del padre de la víctima), contra el HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO ESE y CAJACOPI EPS.

Pretenden los demandantes que se declaren administrativamente responsables a las demandadas por los perjuicios morales y materiales derivados de la muerte de la menor MARÍA CHAVELY GONZÁLEZ MARÍN, ocurrida el 23 de septiembre de 2009 como consecuencia de la inadecuada, deficiente y tardía atención e indebidos tratamientos y procedimientos realizados en el HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO ESE.

Como reparación del daño piden por concepto de perjuicios morales el equivalente a "por lo menos" 200 SMLMV para cada demandante. Subsidiariamente solicita 2000 gramos oro, para cada demandante.

¹ Páginas 210-221 Archivo digital (02). 671-682 físico

² Páginas 179-208 Archivo digital (02). 655-669 físico

³ Páginas 2-18 Archivo digital (01). 1-17 físico

En cuanto a los perjuicios materiales, solicita una suma superior a \$61.000.000 (ver acápite de cuantía) en favor de los padres de la menor fallecida y/o quien demuestre mejor derecho, cuya liquidación se hará atendiendo la edad de la fallecida, el IPC y la fórmula establecida por el Consejo de Estado.

Finalmente pide el cumplimiento de los artículos 176, 177 y 178 del CCA.

El sustento fáctico, lo narra el apoderado de la parte actora, expresando que la menor MARÍA CHAVELY GONZÁLEZ MARÍN nació el 18 de marzo de 1997 con limitaciones, siendo criada por la compañera permanente de su padre.

Aduce que el 27 de agosto de 2009, la menor ingresó al HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO ESE, con tos y fiebre, pero no fue atendida rápidamente, sin embargo, ante la insistencia de la familia fue hospitalizada. Su salud fue deteriorándose hasta que se dio orden de traslado a UCI pediátrica, pero, ello no fue posible porque la entidad no tenía convenio con la EPS, por lo cual se intentó el traslado al HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR en Bogotá, pero no se materializó dado que el Hospital remitente adujo no contar con un medio de transporte con ventilador y equipos medicalizados, cuando en realidad sí contaba con ambulancia TAM.

Comenta que el traslado se dio días después cuando ya era tarde, pues pese a los esfuerzos desplegados en la nueva institución, la menor falleció.

Reprocha a la entidad no habersele practicado a la paciente los exámenes necesarios y suficientes para diagnosticar adecuadamente su estado de salud y así se le hubiese prescrito un tratamiento correcto. Además, no se remitió oportunamente ni se autorizó acceder a la UCI pediátrica del HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO ESE, ni se dispuso la ambulancia medicalizada para lograr el traslado.

De igual forma, señala que no se realizaron los cultivos necesarios para determinar el medicamento adecuado para atacar los microorganismos que estaban afectando su sistema respiratorio.

2. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA:

Mediante autos del 24 de abril de 2012⁴ y 23 de mayo de 2012⁵, se tuvo por no contestada la demanda por parte de las demandadas.

⁴ Páginas 553-555 Archivo digital (01). 425 físico

⁵ Páginas 599 Archivo digital (01). 452 físico

3. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA⁶:

El Juzgado Noveno Administrativo del Circuito de Villavicencio, en sentencia del 30 de septiembre de 2019, negó las pretensiones de la demanda.

Para tal efecto, analizó el régimen de responsabilidad aplicable, concluyendo que en el caso se encontraba plenamente acreditado el daño, consistente en la muerte de la menor MARÍA CHAVELY GONZÁLEZ MARÍN el día 3 de septiembre de 2009.

En cuanto a la falla en el servicio, adujo que conforme a la historia clínica y el dictamen pericial se tiene que la atención entre el 27 de agosto y 17 de septiembre cuando se logró el traslado a la UCI pediátrica fue oportuna, adecuada e integral, pues se realizaron todos los exámenes requeridos por la paciente. En cuanto a la falta de tratamiento correcto, el *a quo* concluyó que desde el momento en que se diagnosticó la neumonía multilobar adquirida en comunidad fue tratada con antibióticos, pero los mismos no surtieron el efecto esperado.

Frente al argumento relacionado con la ausencia de equipos y especialistas, se acreditó que la paciente fue atendida por pediatría, neuropediatría, hematología, terapia respiratoria y física, médicos cirujanos y medicina general, razón por la que el reproche no tuvo vocación de prosperidad.

"Finalmente, en este punto del análisis, en lo relacionado con la omisión de remisión alegada por la parte actora, es importante precisar, que si bien hubo demora en el traslado de la paciente a una UCI pediatría, dado que esta fue ordenada desde el 9 de septiembre 2009, lográndose solo hasta el 17 del mismo mes y año; no es menos cierto, que durante este mismo periodo, se le brindó la oportunidad de ingresar a la UCI de adultos, lugar donde se continuó con el tratamiento y manejo requerido para su padecimiento, el cual fue adecuado conforme se acreditó con el dictamen pericial, por lo que se concluye que la tardanza en la remisión de la menor, no influyó en la causación del daño."

4. RECURSO DE APELACIÓN⁷:

La parte actora presentó recurso de apelación insistiendo en que a la paciente *"no se le practicaron los exámenes necesarios y suficientes para diagnosticar adecuadamente su estado de salud y así se le hubiese prescrito un tratamiento correcto puesto que se le trató inadecuadamente, tampoco se le brindó el cuidado necesario y no se le hizo la oportuna remisión a la unidad de cuidados intensivos pediátrica como era necesario por culpa de que CAJACOPI no autorizara y dispusiera una ambulancia en las*

⁶ Páginas 179-208 Archivo digital (02). 655-669 físico

⁷ Páginas 210-221 Archivo digital (02). 671-682 físico

condiciones adecuadas para realizar su traslado". Como sustento de esta afirmación hace referencia a parte de la historia clínica.

Así mismo, frente a las conclusiones contenidas en el dictamen pericial emitido por la Universidad Nacional de Colombia, adujo que el mismo no conlleva a la inexistencia de falla en el servicio como quiera que fue el mismo ICBF el que tuvo que intervenir para lograr el traslado.

Concluye señalando que en el asunto no se realizó el traslado oportuno de la menor a un centro médico de mayor complejidad que pudo haber sido efectuado por autorización oportuna de la EPS o por remisión prioritaria del HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO ESE.

5. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN Y CONCEPTO DEL MINISTERIO PÚBLICO EN SEGUNDA INSTANCIA:

Mediante auto de fecha 22 de enero de 2020⁸, se admitió el recurso de apelación y se dispuso que una vez quedara en firme la providencia se corriera traslado a las partes para alegar de conclusión, de no presentarse solicitudes de pruebas en esta instancia.

La parte demandante⁹ reiteró en esencia los argumentos expuestos en el recurso de alzada.

CAJACOPI EPS¹⁰, a través de su apoderado solicitó confirmar la sentencia de primera instancia, por cuanto no se probó la relación de causalidad y la culpa, afirmación que tiene asidero en el dictamen pericial rendido por la Universidad Nacional de Colombia, aunado a ello, los testimonios traídos al proceso no fueron claros, ni demuestran la responsabilidad de las demandadas, ni los perjuicios que se reclaman.

El HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO ESE¹¹, también pidió confirmar la sentencia de primera instancia recordando que en la actividad médica, la obligación es medios y no de resultados y *"con las pruebas aportadas al proceso es obligatorio concluir que la atención medica brindada en el Hospital Departamental de Villavicencio fue oportuna y adecuada y que no existe relación de causalidad entre la atención médica y el daño alegado por lo que se debe excluir de toda responsabilidad medico científica y patrimonial a la institución que represento."*

El Ministerio Público guardó silencio en esta etapa procesal.

⁸ Páginas 7 Archivo digital (04). 5 físicos.

⁹ Páginas 9-33 Archivo digital (04). 6-21 físico.

¹⁰ Páginas 34-38 Archivo digital (04). 22-26 físico.

¹¹ Páginas 39-44 Archivo digital (04). 27-31 físico.

CONSIDERACIONES

I. Competencia:

La Sala observa que en aplicación de lo dispuesto por el numeral 1 del artículo 133 del C.C.A., modificado por el artículo 41 de la Ley 446 de 1998, es competente este Tribunal para conocer del presente asunto, teniendo en cuenta además los límites de la segunda instancia al tratarse de apelante único, según lo previsto en el artículo 357 del C.P.C¹², aplicable por remisión expresa del artículo 267 del CCA.

II. Problema Jurídico:

El problema jurídico se contrae en determinar si le asiste responsabilidad administrativa a las demandadas, por los perjuicios causados a los demandantes con ocasión de la muerte de MARÍA CHAVELY GONZÁLEZ MARÍN derivada de la atención médica brindada entre el 27 de agosto y 23 de septiembre de 2009, y, si como consecuencia de esta situación, estos tienen derecho al reconocimiento y pago de una indemnización, y en tal caso, determinar su monto.

Advierte la sala la necesidad de recordar el tema de *La falla del servicio médico, la pérdida de oportunidad en el servicio de salud* y posteriormente realizar el análisis de subsunción en el *caso concreto* de acuerdo con los elementos probatorios allegados en debida forma al proceso.

III. La Falla del Servicio Médico:

Desde la propia demanda se aborda el tema de la responsabilidad bajo la teoría conocida como la Falla del Servicio o Falla Probada del Servicio, en la que deben probarse los tres conocidos elementos de la responsabilidad, por ende, se entra a explicar en el ámbito de la prestación del servicio médico cómo opera dicho fundamento, toda vez que

¹² **ARTÍCULO 357. COMPETENCIA DEL SUPERIOR.** <Artículo modificado por el artículo 1, numeral 175 del Decreto 2282 de 1989. El nuevo texto es el siguiente:> *La apelación se entiende interpuesta en lo desfavorable al apelante, y por lo tanto el superior no podrá enmendar la providencia en la parte que no fue objeto del recurso, salvo que en razón de la reforma fuere indispensable hacer modificaciones sobre puntos íntimamente relacionados con aquélla. Sin embargo, cuando ambas partes hayan apelado o la que no apeló hubiere adherido al recurso, el superior resolverá sin limitaciones. En la apelación de autos, el superior sólo tendrá competencia para tramitar y decidir el recurso, liquidar costas y decretar copias y desgloses. Si el superior observa que en la actuación ante el inferior se incurrió en causal de nulidad que no fuere objeto de la apelación, procederá en la forma prevista en el artículo 145. Para estos fines el superior podrá solicitar las copias adicionales y los informes del inferior que estime conveniente. Cuando se hubiere apelado de una sentencia inhibitoria y la revocare el superior, éste deberá proferir decisión de mérito aun cuando fuere desfavorable al apelante."*

por vía jurisprudencial se han desarrollado en este campo algunos matices que deben tenerse en cuenta al momento de resolver casos referidos a este tema.

Ello por cuanto la evolución jurisprudencial frente al servicio médico, luego de la falla del servicio en la que debían probarse los tres elementos de la responsabilidad extracontractual del estado (falla del servicio, daño y nexo causal), ha pasado desde la falla presunta acogida mediante sentencia del 30 de junio de 1992 en la que se invirtió la carga de la prueba imponiendo al demandado la carga de aportar la prueba de la diligencia y cuidado en la prestación del servicio, acogiendo prácticamente una responsabilidad objetiva, hasta la carga dinámica de la prueba en la que ésta se pedía a quien estaba en mejores condiciones de aportarla; sin embargo, finalmente se retornó nuevamente la Falla del Servicio en la que la carga probatoria se rige por el postulado del artículo 177 del CPC, y que se entiende como aquella fuente de responsabilidad patrimonial del Estado que comprende los casos en los que la administración causa un daño antijurídico porque el servicio que presta no funciona, o funciona mal o de manera deficiente, bien sea por hechos, omisiones u operaciones administrativas.

Bajo este régimen, como atrás se anunció, los elementos axiológicos que deben demostrarse por el demandante son: (i) *La Falla o Falta de la Administración*, bien por la omisión en la prestación del servicio, ora por su retardo, irregularidad, ineficiencia o ausencia del servicio; (ii) *El Daño*, consistente en la lesión de un bien jurídicamente protegido, el cual debe ser cierto y determinado o al menos determinable; y (iii) *La Relación de Causalidad* entre la falla y el daño, esto es, que ese daño se haya producido como consecuencia de la falla de la administración o lo que es lo mismo que la falla haya sido determinante y relevante en la producción del daño.

No obstante, cabe aclarar que en el cambio jurisprudencial al pasar de la carga dinámica de la prueba a la falla del servicio, se admitió en materia probatoria una especial importancia a la prueba indirecta, fundamentalmente los indicios, así como a las reglas de la experiencia como aquella según la cual en condiciones normales de atención sólo es posible explicarse la ocurrencia de un daño cuando quiera que se cometen actuaciones negligentes, por ello la prueba indiciaria resulta de gran relevancia en este asunto, así como también lo es en torno a la demostración del vínculo causal, en relación con el cual la misma jurisprudencia ha considerado que cuando no sea posible obtener certeza sobre la relación causal entre la falla y el daño, debido a la complejidad de los conocimientos científicos o tecnológicos o por la carencia de material probatorio, el juez puede acudir al denominado "*grado suficiente de probabilidad de su existencia*", es decir, esa relación causal queda demostrada, de manera indirecta mediante indicios, al llevar al juez a la convicción que los elementos de juicio aportados son suficientes para tener el vínculo causal por establecido, esto no significa en manera alguna que el demandante quede exonerado del deber de demostrar ese nexo causal, lo que ocurre es

que según esta regla de prueba, ese elemento puede ser acreditado indirectamente con indicios¹³.

También agregó la postura actual del Consejo de Estado que el actor no debe demostrar que si se hubiera prestado de manera adecuada y oportuna el servicio médico asistencial el daño no se habría producido, en este punto basta con establecer en el proceso, que al menos la falla que ocurrió le restó al paciente oportunidades de sobrevivir o de curarse, que es lo que se conoce como la pérdida de una oportunidad, cuya determinación no puede aceptarse con una mera especulación. Dice la Alta Corporación que *"es necesario que de **manera científica** quede establecido cuál era la posibilidad real del paciente de recuperar su salud o preservar su vida, y que esa expectativa real haya sido frustrada por omisiones o erradas acciones en la actuación médica. En este aspecto hay que prestar la máxima atención y no resolver como pérdida de oportunidad eventos en los cuales lo que se presentan son dificultades al establecer el nexo causal."*¹⁴

Para un mejor entendimiento, se pasa a explicar este tema de la pérdida de oportunidad en materia de salud.

IV. La pérdida de la oportunidad en el servicio de salud:

En términos generales, la pérdida de chance u oportunidad ha sido definida por el Consejo de Estado como los *"eventos en los cuales una persona se encontraba en situación de poder conseguir un provecho, de obtener una ganancia o beneficio o de evitar una pérdida, pero ello fue definitivamente impedido por el hecho de otro sujeto, acontecer o conducta ésta que genera, por consiguiente, la incertidumbre de saber si el efecto beneficioso se habría producido, o no, pero que al mismo tiempo da lugar a la certeza consistente en que se ha cercenado de modo irreversible una expectativa o una probabilidad de ventaja patrimonial."*¹⁵

Es decir, que dicha pérdida de chance responde a la frustración de una esperanza dirigida a obtener un resultado que pone a la persona en una situación más favorable a la previa o incluso a la evitación de un perjuicio, por ello, en esta figura coexisten dos elementos que son: i) *"la certeza de que en caso de no haber mediado el hecho dañino el damnificado habría conservado la esperanza de obtener en el futuro una ganancia o de evitar una pérdida para su patrimonio"*¹⁶ y ii) la incertidumbre de que de haber

¹³ Consejo de Estado. Sección tercera. Subsección A. CP: María Adriana Marín. Sentencia del 7 de mayo de 2021. Rad: 41001-23-31-000-2008-00309-01(52751). Actor: Martha Lucía Lozano Sánchez.

CONSEJO DE ESTADO. Sección Tercera. Sentencia del 19 de agosto de 2009. C.P. ENRIQUE GIL BOTERO. Rad. 76001-23-31-000-1997-03225-01(18364). Actor: Glueimar Echeverry Alegría y Otros. Demandado: ISS.

¹⁴ CONSEJO DE ESTADO. Sección Tercera. Sentencia del 31 de agosto de 2006. C.P. RUTH STELLA CORREA PALACIO. Rad. 68001-23-31-000-2000-09610-01(15772). Actor: María Olga Sepúlveda Ramírez. Demandado: Hospital Ramón González Valencia.

¹⁵ Consejo de Estado. Sección Tercera. Sentencia del 11 de agosto de 2010. CP: Mauricio Fajardo Gómez. Rad: 05001 23 31 000 1995 00082-01 (18593). Actor: Pedro Emilio Valencio.

¹⁶ Consejo de Estado. Sección Tercera. Sentencia del 11 de agosto de 2010. CP: Mauricio Fajardo Gómez. Rad: 05001 23 31 000 1995 00082-01 (18593). Actor: Pedro Emilio Valencio.

*"mantenido la situación fáctica y/o jurídica que constituía presupuesto de la oportunidad, realmente la ganancia se habría obtenido o la pérdida se hubiere evitado."*¹⁷

Debe advertirse que la indemnización por la pérdida de la oportunidad comprende unos límites, que consisten, de un lado, en que aquella no procede cuando se esté frente a daños hipotéticos o eventuales, y del otro, que lo frustrado sea la oportunidad y no el beneficio que se esperara lograr o la pérdida que se pretendía evitar, ya que estos constituyen elementos distintos del daño.

Ahora bien, el Consejo de Estado en la citada providencia respecto de la demostración de la relación causal existente entre el acontecimiento o la conducta dañosa y la desaparición de la posibilidad de obtener el beneficio o evitar un perjuicio, ha señalado que: *"la pérdida de oportunidad no representa, por tanto, una especie de daño subsidiario en defecto de prueba respecto de la relación causal entre el hecho o conducta censurados y el beneficio definitivamente perdido, sino una clase autónoma de daño respecto del cual no puede presentarse la tantas veces mencionada incertidumbre causal, toda vez que tal falta de certeza debería conducir, directa e indudablemente, a la exoneración de responsabilidad por el anotado concepto; de allí que resulte atinado aseverar que "cuando hablamos de la pérdida de una oportunidad, no podemos incluir allí la simple imposibilidad de saber cuál es la causa de un daño"*.

De este modo, la pérdida de oportunidad, ha expuesto la jurisprudencia que, se encuentra dentro del contexto del daño, tratándose de un perjuicio de carácter autónomo: *"(...) la Sala considera que la pérdida de oportunidad se ubica en el campo del daño, sin desconocer que por elementales razones guarda estrecho vínculo con la relación de causalidad, -la causalidad existente entre el hecho imputable y el daño para estructurar la responsabilidad- y por lo mismo, **resulta ser un perjuicio autónomo** que, no obstante, es indemnizable, diferente al daño final padecido por el paciente"*^{18,19}

Así las cosas, se ha entendido que el daño no siempre refiere una vulneración de un derecho subjetivo, dado que la pérdida de oportunidad es un perjuicio autónomo de este, y en esa medida, la sola esperanza probable de obtener un beneficio o de evitar una pérdida constituye un bien jurídicamente protegido, cuya afectación *"confiere derecho a una reparación que debe limitarse a la extensión del "chance" en sí mismo, con prescindencia del resultado final incierto, frente a lo cual resulta lógico que dicha oportunidad perdida "tiene un precio por sí misma, que no puede identificarse con el*

¹⁷ ibidem

¹⁸ SENTENCIA DE 27 DE ABRIL DE 2011, EXP. 18.714. M.P. GLADYS AGUDELO ORDÓÑEZ; EN ESE MISMO SENTIDO, PUEDE CONSULTARSE LA SENTENCIA DICTADA EL PASADO 8 DE JUNIO DEL PRESENTE AÑO, EXP. 19.360.

¹⁹ SENTENCIA DEL 12 DE MARZO DE 2015. C.P.: HERNAN ANDRADE RINCON. RAD. 88001233100020030007301.

*importe total de lo que estaba en juego, sino que ha de ser, necesariamente, inferior a él”, para su determinación*²⁰.

Por último, para que exista pérdida de oportunidad como daño indemnizable, deben concurrir tres requisitos, a saber: **i)** la certeza de la existencia de una oportunidad que se pierde, es decir, de que si no hubiere ocurrido el hecho dañoso, la víctima hubiere sostenido su expectativa de obtener una ganancia o evitar un detrimento; **ii)** la imposibilidad de forma definitiva de obtener tal ganancia o evitar el detrimento, es decir, que los resultados que esperaba la víctima no podrán ser recuperados nunca; **iii)** El afectado debe para el momento del hecho dañino, encontrarse en una situación potencialmente apta para pretender obtener el provecho perdido; los anteriores fueron definidos en sentencia del 25 de agosto de 2011²¹, así:

*"(i) Certeza respecto de la existencia de una oportunidad que se pierde, aunque la misma envuelva un componente aleatorio, lo cual significa que esta modalidad de daño da lugar a un resarcimiento a pesar de que el bien lesionado no tiene la entidad de un derecho subjetivo —pues se trata de un mero interés legítimo, de la frustración de una expectativa, sin que ello suponga que se trata de un daño puramente eventual—, siempre y cuando se acredite inequívocamente la existencia de "una esperanza en grado de probabilidad con certeza suficiente"*²² *de que de no haber ocurrido el evento dañoso, la víctima habría mantenido la expectativa de obtener la ganancia o de evitar el detrimento correspondientes*²³;

(ii) Imposibilidad definitiva de obtener el provecho o de evitar el detrimento, vale decir, la probabilidad de obtener la ventaja debe haberse convertido en inexistente, pues si la consolidación del daño dependiera aún del futuro, se trataría de un perjuicio eventual e hipotético, no susceptible del reconocimiento

²⁰ SENTENCIA DEL 25 DE AGOSTO DE 2011, RAD. 25000-23-26-000-1997-03994-01(19718). DEMANDANTE: CARMEN ELISA FORERO Y OTROS. C.P. MAURICIO FAJARDO GÓMEZ.

²¹ RAD. 25000-23-26-000-1997-03994-01(19718), POSICIÓN REITERADA DE MANERA RECIENTE EN SENTENCIA DEL 31 DE MAYO DE 2016, RADICADO NO. 63001233100020030026101 (38267). C.P. DANILO ROJAS BETANCOURTH. ACTOR: EDILBERTO PIEDRAHITA TENORIO.

²² IDEM, PP. 38-39.

²³ A ESTE RESPECTO SE HA SOSTENIDO QUE "... LA CHANCE U OPORTUNIDAD, ES UNA POSIBILIDAD CONCRETA QUE EXISTE PARA OBTENER UN BENEFICIO. EL INCIERTO ES EL BENEFICIO PERO LA POSIBILIDAD DE INTERVENIR ES CONCRETA, PUES EXISTE DE FORMA INDISCUTIBLE. POR ESO SOSTENEMOS QUE EXISTE DAÑO JURÍDICAMENTE INDEMNIZABLE CUANDO SE IMPIDE ESA OPORTUNIDAD O ESA CHANCE: SE PRESENTA EL DAÑO... LAS DIFICULTADES PUEDEN PRESENTARSE EN LA EVALUACIÓN, PORQUE LÓGICAMENTE ÉSA NO PUEDE SER LA DEL BENEFICIO QUE POSIBLEMENTE SE HABRÍA OBTENIDO SINO OTRA MUY DISTINTA" (ÉNFASIS AÑADIDO). CFR. MARTÍNEZ RAVÉ, GILBERTO Y MARTÍNEZ TAMAYO, CATALINA, RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL, TEMIS, BOGOTÁ, 2003, P. 260.

EN SIMILAR SENTIDO, TRIGO REPRESAS SEÑALA QUE "[E]N EFECTO, SI LA CHANCE APARECE NO SÓLO COMO POSIBLE, SINO COMO DE MUY PROBABLE Y DE EFECTIVA OCURRENCIA, DE NO DARSE EL HECHO DAÑOSO, ENTONCES SÍ CONSTITUYE UN SUPUESTO DE DAÑO RESARCIBLE, DEBIENDO SER CUANTIFICADA EN CUANTO A LA POSIBILIDAD DE SU REALIZACIÓN Y NO AL MONTO TOTAL RECLAMADO.

LA PÉRDIDA DE CHANCE ES, PUES, UN DAÑO CIERTO EN GRADO DE PROBABILIDAD; TAL PROBABILIDAD ES CIERTA Y ES LO QUE, POR LO TANTO, SE INDEMNIZA (...) CUANDO IMPLICA UNA PROBABILIDAD SUFICIENTE DE BENEFICIO ECONÓMICO QUE RESULTA FRUSTRADA POR EL RESPONSABLE, PUDIENDO VALORARSE EN SÍ MISMA CON PRESCINDENCIA DEL RESULTADO FINAL INCIERTO, EN SU INTRÍNSECO VALOR ECONÓMICO DE PROBABILIDAD" (SUBRAYAS FUERA DEL TEXTO ORIGINAL). CFR. TRIGO REPRESAS, FÉLIX ALBERTO, PÉRDIDA DE CHANCE, CIT., P. 263.

de una indemnización que el porvenir podría convertir en indebida²⁴; lo expuesto se antoja lógico en la medida en que si el resultado todavía puede ser alcanzado, el "chance" aún no estaría perdido y nada habría por indemnizar; por tanto, si bien se mantiene la incertidumbre respecto de si dicho resultado se iba a producir, o no, la probabilidad de percibir la ganancia o de evitar el perjuicio sí debe haber desaparecido definitivamente del patrimonio –material o inmaterial– del individuo porque dichos resultados ya no podrán ser alcanzados jamás.

Tal circunstancia es la que permite diferenciar la 'pérdida de oportunidad' del 'lucro cesante' como rubros diversos del daño, pues mientras que la primera constituye una pérdida de ganancia probable –dado que, según se ha visto, por su virtud habrán de indemnizarse las expectativas legítimas y fundadas de obtener unos beneficios o de evitar una pérdida que por razón del hecho dañoso nunca se sabrá si habrían de conseguirse, o no–, el segundo implica una pérdida de ganancia cierta –se dejan de percibir unos ingresos que ya se tenían²⁵–;

(iii) La víctima debe encontrarse en una situación potencialmente apta para pretender la consecución del resultado esperado, es decir que debe analizarse si el afectado realmente se hallaba, para el momento en el cual ocurre el hecho dañino, en una situación tanto fáctica como jurídicamente idónea para alcanzar el provecho por el cual propugnaba, posición jurídica que "no existe cuando quien se pretende damnificado, no llegó a emplazarse en la situación idónea para hacer la ganancia o evitar la pérdida"²⁶.

Ahora bien, esta modalidad de daño tiene mayor presencia en los eventos de responsabilidad médica, en que se omite un actuar más diligente por parte de los galenos que tienen a cargo el tratamiento de la enfermedad del paciente, de tal manera que este último hubiere conservado las oportunidades de recuperarse. Por ello, en tales eventos no existe certeza que la mala prestación del servicio médico sea el causante directo del daño (muerte, amputación de un miembro, etc.), pues allí se estaría ante una falla del servicio médico que conllevaría a una indemnización plena, sino certeza de la pérdida de las probabilidades del paciente de estar en una mejor situación o de evitar un perjuicio, cuya indemnización se presenta en menor proporción.

²⁴ HENAO, JUAN CARLOS, EL DAÑO. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL DEL ESTADO EN DERECHO COLOMBIANO Y FRANCÉS, UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA, BOGOTÁ, 1998, PP. 159-160.

²⁵ AL RESPECTO LA DOCTRINA AFIRMA QUE "...EN EL LUCRO CESANTE ESTÁ 'LA CONVICCIÓN DIGAMOS MÁS O MENOS ABSOLUTA DE QUE DETERMINADA GANANCIA SE PRODUZCA', MIENTRAS QUE EN LA PÉRDIDA DE CHANCE HAY 'UN ÁLEA QUE DISMINUYE LAS POSIBILIDADES DE OBTENERLA', DIRÍASE QUE EN EL LUCRO CESANTE EL RECLAMO SE BASA EN UNA MAYOR INTENSIDAD EN LAS PROBABILIDADES DE HABER OBTENIDO ESA GANANCIA QUE SE DA POR DESCONTADO QUE DE NO HABERSE PRODUCIDO EL HECHO FRUSTRANTE SE HABRÍA ALCANZADO. DESDE EL PRISMA DE LO CUALITATIVO CABE SEÑALAR QUE EL LUCRO CESANTE INVARIABLEMENTE HABRÁ DE CONSISTIR EN UNA GANANCIA DEJADA DE PERCIBIR, EN TANTO QUE LA PÉRDIDA DE CHANCE PUEDE ESTAR CONFIGURADA POR UNA GANANCIA FRUSTRADA Y ADEMÁS POR LA FRUSTRACIÓN DE UNA POSIBILIDAD DE EVITAR UN PERJUICIO". CFR. VERGARA, LEANDRO, PÉRDIDA DE CHANCE. NOCIÓN CONCEPTUAL. ALGUNAS PRECISIONES, LL, 1995-D-78, N° 3, APUD TRIGO REPRESAS, FÉLIX ALBERTO, PÉRDIDA DE CHANCE, CIT., P. 262.

²⁶ ZANNONI, EDUARDO, EL DAÑO EN LA RESPONSABILIDAD CIVIL, CIT., PP. 110-111.

En efecto, cuando se verifica si se configuró este tipo de daño, se debe determinar que al momento de prestar los servicios médicos, se excluyó la diligencia y cuidado con que se debió actuar para hablar de una eficaz prestación del servicio de salud y pese a que no existe certeza de que si la administración hubiere actuado con la mencionada diligencia, el paciente habría recuperado su salud, lo cierto es que si la entidad hospitalaria hubiere actuado de esa manera, no le habría hecho perder al paciente el chance u oportunidad de recuperarse, lo que debe quedar demostrado en el proceso.

El papel del intérprete judicial en estos casos consiste en apoyarse en las pruebas de carácter técnico y/o científico, a fin de determinar el porcentaje de probabilidad sobre el que se funda el porcentaje de la pérdida de oportunidad, y conforme a ello, llegar al monto de la indemnización. Es decir, *"la forma de indemnizar la pérdida de la oportunidad, deberá ser proporcional al porcentaje que se le restó al paciente con la falta o retardo de suministro del tratamiento, intervención quirúrgica, procedimiento o medicamento omitido"*²⁷.

V. Caso Concreto:

Pues bien, en el caso concreto tenemos que la menor MARÍA CHAVELY GONZÁLEZ MARÍN nació el **18 de marzo de 1997**²⁸. A continuación, se destaca la cronología de la atención médica recibida (se transcribe incluso con errores).

El día 3 de abril de 1998²⁹, recibió atención en el HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO ESE, por presentar *"CONVULSIÓN TOXICO GENERALIZADA MASIALORREA Y DESVIACIÓN DE LA MIRADA MAS O MENOS TREINTA SEGUNDO... PRIMER EPISODIO HACE 5 MESES"*. En el examen físico mostró *"MICROCEFALIA FONTANELA CERRADAS, RETARDO SICOMOTOR MARCADO"*. En las siguientes páginas se observa que la paciente fue atendida en adelante por la institución dada su condición.

Para **el 19 de mayo de 1999**³⁰, se determina que *"la paciente continua con crisis diarias, no se sienta, no seguimientos, no lenguaje"*, por lo que se ordenó terapia y controles. **El 04 de octubre de 2000**³¹, se describió que *"manifiesta la acudiente que la niña tuvo un desarrollo normal hasta el año cuando le dio fiebre alta "Meningitis?". Convulsiones... No se sienta ni demás desarrollo motor... Al examen físico se observa brucismo, contacto visual. Sonrisa social niña tranquila"*. En las siguientes páginas se observa las notas de terapia ocupacional a las que fue sometida la niña dadas sus patologías.

²⁷ CONSEJO DE ESTADO. SECCIÓN TERCERA. SENTENCIA DEL 24 DE OCTUBRE DE 2013. C.P. ENRIQUE GIL BOTERO. RAD. 68001-23-15-000-1995-11195-01 (25869). ACTOR: NÉSTOR JOSÉ BUELVAS CHAMORRO. DEMANDADO: NACION-MINISTERIO DE SALUD Y OTROS

²⁸ Páginas 27 Archivo digital (01). 22 físico

²⁹ Páginas 3 Archivo digital (03). 1 Anexo físico

³⁰ Parte final página 8 Archivo digital (03). 4 Anexo físico

³¹ Parte final página 11 Archivo digital (03). 6 Anexo físico

El 13 de junio de 2003³² se indicó "La pte María Chvely de 6 años de edad con Dx: Retraso Mental Grave y Retraso Psicomotor severo y síndrome convulsivo, según visitas realizadas a la pte y su familia ellos continúan con las mismas necesidades económicas y de vivienda, la pte ha tenido poca evolución y ha faltado por un tiempo a terapias por el difícil acceso a los servicios de salud, además el poco conocimientos (sic) que tienen los cuidadores acerca del manejo de la enfermedad que la niña padece les impide ayudarla en la casa cuando les es imposible traerla a la terapia, en las visitas realizadas indicamos la forma de estimular a la menor, por medio del juego basándonos en la edad del desarrollo. Se realiza y enseña a los cuidadores la forma de estimulación táctil con diferentes texturas. Así mismo, la estimulación de motricidad final y gruesa. Se indica a la familia reforzar vínculo afectivo y fomentar la sociabilidad con los demás. Debido a la dificultad para acercarse (sic) a la Unidad de Salud Mental, les solicitamos una cita para el día 05-junio-03 a las 9:00 am con el fin de comprometerlos y hacer que la pte inicie sus terapias nuevamente, la próxima cita es para el 12 de junio y prometen continuar trayendo a la menor a la terapia, **consciente de que no hay probabilidad de mejoría en totalidad. Sino de que todo lo que se hace es para que no retroceda en los adelantos alcanzados.**"

El 26 de julio de 2007³³, se describió por el área de neurología que la menor tenía "parálisis cerebral tipo cuadriparesia espástica – Epilepsia focal en tto...Presenta bruxismo presento crisis ayer frecuencia ictal cada 2-3 días".

Posteriormente, **el 27 de agosto de 2009 a las 11:42**³⁴, ingresó la paciente al área de urgencias del HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO ESE, indicando "PACIENTE 12 AÑOS CON SECUELAS DE MENINGITIS QUE CONSULTA POR CUADRO 10 HORAS DE EVOLUCIÓN DE TOS SEVERA QUE INICIO SÚBITO, EMTIZANTE, QUEJIDOS. ASOCIADO A FIEBRE DE 8 DÍAS DE EVOLUCIÓN LA CUAL SE EXACERVÓ HACE 10 HORAS ASOCIADA A CONVULSIÓN MADRASTRA ADMINISTRÓ ACIDO VALPROICO Y CEDIO POSTEIOR A "20 MINUTOS" SI NUEVOS EPISODIOS.. ACUDIENTE REFIERE QUE NO ADMINISTRO DOSIS DE LA NOCHE EL 18/08/09 CONSULTO A IPS SAN FELIPE A CITA DE CONTROL PRESENTANDO ESE DIA EDEMAS DE PIES. ORDENARON CEFALEXINA CAPSULA C/6H. CON MEJORIA.".

Allí se referenció como antecedentes de la paciente "SECUELAS DE MENINGITIS A LOS 3 MESES DE EDAD. EPILEPSIA FOCAL SINTOMATICA MENEJADA CON ACIDO VALPROICO. NEFROPATIA? HACE 18 MESES CON 8 DIAS DE ESTANCIA EN EL RECREO. OTITIS MEDIA SUPURATIVA BILATERAL HACE DOS MESES MANEJA AMPICILINA.

³² Página 30-31 Archivo digital (03). 15-16 Anexo físico

³³ Parte final de la página 41 Archivo digital (03). 22 Anexo físico

³⁴ Página 123 Archivo digital (03). 74 Anexo físico

MICOSIS ORAL HACE 2 MESES MENEJADA CON NISTATINA. RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO SEVERO."

En el examen físico se evidenció "REGULAR ESTADO GENERAL CON TOS SEVERA CAINOZANTE, SO₂ 88% AL AIRE AMBIENTE... R_sC_s TAQUICARDICOS SIN SOPLOS... NO SIGNOS DE FOCALIZACIÓN, HIPERQUINETICA. NO CEDESTACION ESPONTANEA. MOVILIZA 4 EXTREMIDADES. NO PRONUNCIA PALABRAS"³⁵. Ante esta sintomatología se diagnosticó "EPILEPSIA FOCAL EN TRATAMIENTO, SINDROME FEBRIL, NEFROPATIA?, NEUMONIA Vs CUERPO EXTRAÑO, DIFICULTAD RESPIRATORIA SECUNDARIO, TOS."³⁶. En consecuencia, se dejó en observación, con medicamentos y con órdenes de "RAYOS X TORAX PA Y LAT. ELECTROLITOS Na K Cl Ca, VALORACIÓN POR PEDIATRÍA."³⁷.

En la nota evolución correspondiente el **29 de agosto de 2009 a las 15:38** de la página 128 (fl. 76 reverso anexo), se indicó lo siguiente:

NOTA DE EVOLUCION

PCTE DE 12 AÑOS 5 MESES CONDX.

1. NEUMONIA MULTILOBAR

2. SINDROME FEBRIL

3. RETARDO GLOBAL DEL DESARROLLO

PCTECON MEJORIA DE CUADRO RESPIRATORIO CON TOLERANCIA DE LA BVIA ORAL DIURESIS + DEPOSICIONES -

PACIENTE EN RELATIVO BUEN ESTADO GENERAL, ALERTABLE CON TOS OCASIONAL, CON SV: FC 143 FR 26 T 36.50 SAT 95% CON O₂ POR CANULA C/C NORMOCRANEO MUCOSAS SEMISECAS ROSADAS. NO ADENOAPTIAS CERVICALES, ESCLERAS ANICTERICAS. TORAX: SIMETRICO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIO RS CS RITMICOS SIN SOPLOS RS RS SIN AGREGADOS, AMBOS CAMPOS BIEN VENTILADOS. SE AUSCULTAN SIBILANCIAS LEVE INTENSIDAD ABDOMEN: RS IS PRESENTES BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, EXTREMIDADES: HIPOTROFICAS, BIEN PERFUNDIDAS SIN EDEMAS, NEURO: NO SINGOS DE FOCALIZACION MOVILIZA 4 EXTREMIDADES, NO SIGNOS MENINGEOS. CON RETARDO PSICOMOTOR

VALORADO POR PEDIATRA DE TURNO QUIEN INDICA CONTINUAR IGUAL MANEJO POR MEJORIA DE CUADRO RESPIRATORIO IDX:

SINDROME FEBRIL

SINDROME CONVULSIVO

RETARDO SEVERO GLOBAL DEL DESARROLLO

PLAN:

DIETA PARA LA EDAD

DW 5% 500CC+ 12.5 NATROL + 5CC KATROL A 60CC/HORA

DIPIRONA 500 MG IV CADA 8 HORAS SI T >38.5 GRADOS

ACIDO VALPROICO 8CC CADA 8 HORAS

MIDAZOLAM 2 MG IV SI CONVULSIONA

AMPICILINA SULBACTAM 400 MG IV C 6H

SALBUTAMOL 2 PUFF C 6H

BROMURO DE IPRÓATROPIO 2 PUFF C 6H

TERAPIA RESPIRATORIA

PENDIENTE BK JUGO GASTRICO

HOSPITALIZAR EN PEDIATRIA

VALORACION POR ICBF

AVISAR CAMBIOS

El 1 de septiembre de 2009³⁸, se notó "ausencia de rol de padre y madre frente al cuidado de la menor, en busca de apoyo institucional caso se notifica a ICBF". **A las 7+00 am** la menor presentaba "palidez generalizada". **El 2 de septiembre de 2009³⁹**

³⁵ Página 124 Archivo digital (03). 74 Anexo físico

³⁶ Página 125 Archivo digital (03). 75 Anexo físico

³⁷ Página 125 Archivo digital (03). 75 Anexo físico

³⁸ Inicio página 228 Archivo digital (03). 133 Anexo físico

³⁹ Inicio página 223 Archivo digital (03). 130 Anexo físico

en la terapia respiratoria se describió que la paciente estaba en "condiciones regulares sin signos de dificultad respiratoria y con O2 x canula nasal".

El 4 de septiembre de 2009 a las 3:30⁴⁰, la paciente se encontraba estable sin cambios, siendo valorada por la Doctora Claudia quien ordenó tomar paraclínicos, por lo demás, la paciente según la nota de las **5:00 pm** pasó la tarde estable. **El día 5 de septiembre de 2009⁴¹**, la paciente presentó sangrado por la boca. **El día 6 de septiembre de 2009⁴²**, la menor estuvo en mal estado general.

Del día 9 de septiembre de 2009 obra nota que describe que "Pte que PRESENTA baste TOS y movilización de SECRECIONES – Duerme continua En igual estado general baño en cama. **Viene de contrareferencia y informo de la remisión de la niña que posiblemente la reciben en Bogotá. Se presto hoja de evolución de ayer**"⁴³.

A las 13:15⁴⁴ se indica que se encuentra pendiente "que confirman cama en referencia por parte de la UCIP, **se llevo la solicitud de remisión a las 11:30 am**". **A la 1:00 pm⁴⁵**, el área de enfermería recibió la "paciente conciente (sic) en cuna estable afebril, hidratada dormida presentando palidez generalizada, dificultad respiratoria y edema generalizado."

El 10 de septiembre de 2009 a la 1:00 pm⁴⁶ se recibió "paciente conciente (sic) en cuna estable afebril, hidratada despierta, presentando edema generalizado y dificultad respiratoria con soporte oxígeno y canula binasal". **A las 4:00 pm** tuvo un pico febril de 38.1 manejado con dipirona. **El 11 de septiembre de 2009⁴⁷** el área de terapia respiratoria, describió a la paciente "en mejores condiciones generales sin signos de dificultad respiratoria", sin embargo **a las 7 am** se indicó que la paciente presentaba "esfuerzo respiratorio moderado"⁴⁸.

El 12 de septiembre de 2009 a las 5+40⁴⁹ se indicó que la "pte mejoría por episodios. Se observa marcada dificultad respiratoria", lo que fue informado al Dr. Forero a las 5:50 am. **A las 10+40⁵⁰** "En revista Dr Forero indica intubación orotraqueal, pte con trabajo respiratorio severo, con trastorno se oxigena cámara de Hood,... pte se pasa a salas de reanimación, se realiza sedación, analgesia y relajación".

⁴⁰ Inicio página 212 Archivo digital (03). 125 Anexo físico

⁴¹ Inicio página 206 Archivo digital (03). 122 Anexo físico

⁴² Parte final página 148 Archivo digital (03). 90 Anexo físico

⁴³ Página 181 Archivo digital (03). 106 Anexo físico Ver también página 184, folio 108 del anexo

⁴⁴ Página 185 Archivo digital (03). 109 Anexo

⁴⁵ Página 183 Archivo digital (03). 107 Anexo físico

⁴⁶ Página 174 Archivo digital (03). 103 Anexo físico

⁴⁷ Parte final página 53 Archivo digital (03). 29 Anexo físico

⁴⁸ página 172 Archivo digital (03). 102 Anexo físico

⁴⁹ Parte final página 55 Archivo digital (03). 30 Anexo físico

⁵⁰ Página 43 Archivo digital (03). 24 Anexo físico

A las 7:31 pm⁵¹ se registró en la UCI el ingreso de la paciente indicándose que "INGRESA PROVENIENTE DE PEDIATRÍA CON DIAGNOSTICO DE **FALLA VENTILATORIA POR NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD**, INGRESA ASITIDA CON AMBU. DESPIERTA SE INICIA SOPORTE VENTILATORIO CON PARAMETROS REGISTRADOS EN SABANA DE ENFERMERÍA, SE TOMAN GASES ARTERIALES QUE REPROTAN EQUILIBRIO ACIDO BASICO CON TRASTORNO EN LA OXIGENACIÓN. ELETROLITIS CON HOPOKALEMIA E HIPOCALCEMIA. SE REALIZA 1 SESIÓN DE TERAPIA RESPIRATORIA MANIOBRAS DE ACELERACIÓN DE FLOJO, SUCCIÓN Y CUIDADOS DE TUBO OROTRAQUEAL, SE OBTIENE SECRECIONES MUCUPURULENTAS. "

El día 13 de septiembre de 2009, a las 12:12 am⁵², se describió "PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL, BAJO EFECTOS DE SEDACION Y CON BOLOS DE RELAJACION POR ASINCRONIA VENTILATORIA. TAQUICARDICA, CON TENDENCIA A LA HIPOTENSION Y DESATURACION. EN VENTILACION MECANICA. **REQUIRIENDO AUMENTO DE PARAMETROS VENTILATORIOS**. RSRs DISMINUCION DEL MURMULLO VESICULAR Y ESTERTORES FINOS EN ASCSPS; SE TOMARON GASES ARTERIALES DE CONTROL CON ACIDOSIS RESPIRATORIA Y TRASTORNO SEVERO EN LA OXIGENACION; SE REALIZAN 3 SESIONES DE INHALOTERAPIA INTERCALADA CON SALBUTAMOL Y BROMURO DE IPRATROPIO Y 3 SESIONES DE TERAPIA RESPIRATORIA CON DRENAJE POSTURAL, VIBRACION, ACELERACION DE FLUJO Y SUCCION DE SECRECIONES MUCOPURULENTAS ESCASAS POR TUBO OROTRAQUEAL, SE TOMA MUESTRA PARA GRAM, CULTIVO Y KOH Y SE ENVIA AL LABORATORIO."

A las 9:31 am⁵³, se reseñó que la paciente presentaba un "PESIMO ESTADO GENERAL. SEVERO COMPROMISO PULMONAR, SE ORDENA VALORACION CON CIRUGIA PEDIATRICA CON REPORTE DE ECOGRAFIA TORAXICA. ADEMAS DE VALORACION POR HEMATOLOGIA YA QUE NO HAY CLARIDAD SOBRE LA TROMBOCITOPENIA PODRIA SER 2RIA A LOS ANTICONVULSIVANTE (ACIDO VAPROICO), **ESTA PTE ESTA REMITIDA A UCIP PERO CAJA COPI NO TIENE CONVENIO EN EL DPTO CON UCIP. ESTA BAJO SU RESPONSABILIDAD**, SE COMENTARA CON LOS FAMILIARES ESTA SITUACION ADEMAS **SE ENCUENTRA EN UCI OE ADULTOS TEMPORALMENTE HASTA QUE LA ARS RESUELVA SU REMISION**".

A las 10 horas⁵⁴, se indicó que la paciente es "VALORADA POR DR TOUS PEDIATRA DE TURNO QUIEN DEJAR LIQUIDOS DE BASE A 50CC/H, REPOSICION DE POTASIO. **REMISION URGENTE A UCIP, SE SOLICITA VALORACION POR CIRUGIA GENERAL. HEMATOLOGIA. NUTRICION. Y CIRUCIA PEDIATRICA PREVIA ECOGRAFIA DE TORAX, DR TOUS DIALOGA CON CAJACOPI (YULY**

⁵¹ Página 56 Archivo digital (03). 31 anexo físico

⁵² Página 56 Archivo digital (03). 31 anexo físico

⁵³ Parte final Página 80 Archivo digital (03). 43 anexo físico

⁵⁴ Página 63 Archivo digital (03). 34 anexo físico

CRUZ), EL CUAL LE MANIFIESTA QUE PTE DEBE SER REMITIDA URGENTE PARA UCIP LA CUAL MANIFIESTA QUE NO HAY CONVENIO EN EI DPTO. SE DEJA CONSIGNADO EN HCL SE INFORMARA A FAMILIARES.”. A las 12 horas, “SE ENVIA EVOLUCIÓN A CAJACOPI VIA FAX PARA TRAMITES DE **REMISIÓN URGENTE A UCIP 12.55 QUEDA PTE EN UNIDAD BAJO EFECTOS DE SEDOANALGESIA”.**

A las 13 horas⁵⁵, se indicó “PENDIENTE TRASLADO A BOGOTA 13 55 SE TRASLADA PARA BOGOTA SE LLEVA CON SOPORTE VENTILATORIO POR TOT COMETADO A VM DENTRO DE LOS PARAMETROS ESTABLECIDOS”.

A la 1:41 pm⁵⁶, se indicó que pasó la mañana en “MAL ESTADO GENERAL, BAJO SEDACIÓN Y BOLOS DE RELACIÓN PARA LOGRAR SINCRONIA VENTILATORIA SIN EMBARGO CON EPISODIOS DE TAQUIPNEA Y ASINCRONIA, CON TENDENCIA A LA HIPOTENSIÓN A PESAR DE SOPORTES MAL PERFUNDIDA. CON SOPORTE VENTILATORIO MECANICO ASISTO CONTROLADO CON REQUERIMIENTO DE FIO2 MAXIMAS E INCRMENTEO DEL PEEP, A LA AUSCULTACION CON ESTERTORES DIFUSOS BILATERALES, LA PLACA DE TORAX MUESTRA OPACIDAD EN CUATRO CUADRANTES, MEDICO PEDIATRA ORDENA ECOGRAFIA DE TORAX QUE MUESTRA CONSOLIDACION PULMONAR OCUPANDO GRAN PARTE DE VOLUMEN PULMONAR BILATERALMENTE, SE REALIZAN DOS SESIONES DE TERAPIA RESPIRATORIA CON DRENAJE POSTURAL Y MANIOBRAS DE VIBRACION Y ACELRACION DE FLUJO + SUCCION DE SECRECIONES MUCOHERRUMBROSAS GRUESAS EN REGULAR CANTIDAD + 2 SESIONES DE INHALOTERAPIA CON PUFF DE SALBUTAMOL Y BROMURO DE IPATROPIO, PERMANECE CON SP02<0.90. TIENE PENDIENTE TRASLADO A UCI HOSPITAL SIMON BOLIVAR EN BOGOTA.”

A las 15 horas⁵⁷, se indicó que “**15.30 PTE SE INSTALA EN CAMILLA CON EL FIN DE TRASLADARLA A BOGOTA, PTE CON TEDENCIA A LA DESATURACION, PTE ENTRA EN BRADICARDIA DE 35 XMN SE DESATURA POR EL CUAL LA MEDICO DEL TRASLADO SE COMUNICA CON EL MEDICO PEDIATRA LE INFORMA SOBRE LA SITUACION Y EL SUSPENDE EL TRASLADO VIA TELEFONICA, SE INSTALA NUEVAMENTE EN CAMA 08 SE LE CONTINUAN LIQUIDOS ORDENADOS”.** A las 16 horas, la “PTE EN CAMA MEJORA LA SUTURACION Y LA BRADICARDIA POR EL CUAL SE EVIDENCIA DE QUE EL **VENTILADOR DE TRASPORTE NO CUMPLIA CON LOS PARAMETROS PARA DICHO TRASLADO PTE EN CAMA”.**

A las 5:02 pm⁵⁸, se indicó “PACIENTE CON SOLICITUD DE REMISION A UCI PEDIATRICA CON CAMA CONFIRMADA EN HOSPITAL SIMON BOLIVAR BOGOTA CUYO TRASLADO NO SE HA LOGRADO REALIZAR DEBIDO A LA FALTA DE VENTILADOR DE

⁵⁵ Página 63 Archivo digital (03). 34 anexo físico

⁵⁶ Página 56 Archivo digital (03). 31 anexo físico

⁵⁷ Página 63 Archivo digital (03). 34 anexo físico

⁵⁸ Página 81 Archivo digital (03). 43 anexo físico

TRANSPORTE CON LA CAPACIDAD SUFICIENTE PARA LOS REQUERIMIENTO DE LA PACIENTE. **SE INSISTE A LA ARS CORRESPONDIENTE -CAJACOPI, EN LA NECESIDAD DE REMISION URGENTE A UCI PEDIATRICA Y EN LA NECESIDAD DE CONSECUSSION DE AMBULANCIA MEDICALIZADA CON VENTILATOR DE TRANSPORTE ADECUADADO PARA EL TRASLADO DE LA PACIENTE. POR AHORA SE CONTINUA MANEJO EN ESTA INSTITUCION."**

A las 7:08 pm⁵⁹, se explicó que "NO ES POSIBLE TRANSLADAR DEBIDO A QUE EL EQUIPO MEDICO DE AMBULANCIA MEDICALIZADA TRAE VENTILA DE TRASNPORTE NO APTO PARA CONDICIOONES VENTILATORIAS DE LA PACIENTE **Y EN EL INTENTO DE TRASLADO LA PACIENTE PRESENTA DESATURACION EXTREMA Y BRADICARDIA** POR LO TANTO Y HASTA QUE LA AMBULANCIA MEDICALIZADA NO TRAIGA EQUIPOS ADECUADOS ESTARA PENDIENTE TRASNLADO. SE REALIZO UNA SESION DE TEAPIA CON MANIOBRAS DE ACELERACION DE FLUJO + SUCCION DE SECRECIONES MUCOAMRILLAS EN REGULAR CANTIDAD + DOS SESIONES DE INHALOTERAPIA PUFF CON SALBUTAMOL/ BROMURO DE IPATROPIO."

El 14 de septiembre de 2009 a las 12:33 am⁶⁰, paciente continuaba con "MAL ESTADO GENERAL INESTABLE HEMODINAMICAMENTE CON SOPORTE VENTILATORIOCONTROLADO POR PRESION. PARAEMTROS REGISTRADOS EN SABANA DE ENFERMERIA, A LA AUSCULTACION CON RONCUS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES. DISMINUCION DEL MURMULLO VESICULAR EN BASES, DESATURACION. ACCESOS DE TOS. SE TOMA CONTROL DE GASES ARTERIALES QUE REPORTAN ACIDOSIS RESPIRATORIA, ALTERACION SEVERA EN LA OXIGENACION, ELECTROLITOS CON HIPOKALEMIA. SE REALIZA SESIONES DE TERAPIA RESPIRATORIA: MANIOBRAS DE ACELERACION DE FLUJO. SUCCION DE SECRECIONES MUCUPURULENTAS ABUNDANTES + 4 SESIONES OE INHALOTERAPIA ALTERNANDO SALBUTAMOL/ BROMURO DE IPATROPIO."

A las 6, 7 y 12 horas⁶¹ se describió que la paciente estaba pendiente "REMISIÓN A UCI PEDIATRICA POR PARTE DE SU ARS". **A las 13 horas⁶²**, se indicó que "PEND REMISIÓN A UCI PEDIÁTRICA HOSPITAL SIMON BOLIVAR EN BOGOTÁ CUANDO HAYA DISPONIBILIDAD EN AMBULANCIA POR PARTE DE CAJAOCOPI". **A las 15 horas**, se reseñó que "SE CONTINUA IGUAL TTEO MEDICO, EN ESPERA DE QUECAJACOPI CONSIGA AMBULANCIA CON VM, DE TRANSPORTE ADECUADA, PARA EL TRASLADO A BOGOTA EL CUAL NO SIDO POSIBLE". **A las 18 horas** informa "REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA QUE CAJACOPI YA CONSIGUIÓ AMBULANCIA QUE PUEDE TRASLADAR LA PTE A BOGOTÁ".

⁵⁹ Página 56 Archivo digital (03). 31 anexo físico

⁶⁰ Página 56 Archivo digital (03). 31 anexo físico

⁶¹ Página 60 Archivo digital (03). 33 anexo físico

⁶² Página 60 Archivo digital (03). 33 anexo físico

A las 6:12 pm⁶³, se describió que la "PACIENTE QUE PASA LA TARDE BAJO SEDACION, NORMOTENSA, AFEBRIL, CON PULSOXIMETRIAS < 80% A PESAR DE SOPORTE VENTILATORIO MECÁNICO CON INCREMENTO DE PARAMETROS DESDE LA MADRUGADA DE HOY. A LA AUSCULTACION CON MURMULLO VESICULAR DISMINUIDO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES CON RONCUS DIFUSOS, SE REALIZAN DOS SESIONES DE TERAPIA RESPIRATORIA CON DRENAJE PSOTURAL Y MANIOBRAS DE KINESITERPIA TORACICA + SUCCION DE SECRECIONES MUCOAMARILLAS PRUEBAS EN REGULAR CANTIDAD + ENJUAGUE BUCAL + DOS SESIONES DE INHALOTERAPIA CON SALBUTAMOL / BECLOMETAZONA Y MANIOBRAS DE RECLUTAMIENTO ALVEOLAR : MANIOBRA DE GATINONI + VENTILACION EN POSICION PRONO SE INCREMENTA PEEP A 12 Y SE DISMINUYE FIO2 AL 85% CON TODO LO ANTERIOR SE LOGRA INCREMENTO DE PULSOXIMETRIA A 87%. **TIENE PENDIENTE TRASLADO A HOSPITAL SIMON BOLIVAR.** SE TOMA MUESTRA DE SECRECION DE TUBO OROTRAQUEAL PARA GRAM - CULTIVO, SE ENVIA AL LABORATORIO."

A las 11:49 pm⁶⁴, se reportó mejoría de pulsoximetría llegando hasta el 95%.

El 15 de septiembre de 2009 a las 3:08 pm⁶⁵, nuevamente la paciente estaba "EN MAL ESTADO GENERAL, BAJO SEDACION Y BOLOS DE RELAJACION. EDEMATIZADA TAQUICARDICA CON EPISODIOS DE TAQUIPNEA. EN VENTILACION MECANICA CON PARAMETROS ALTOS. PEDIATRA DE TURNO ORDENA DISMINUIR PEEP A 12 Y AUMENTA FIO2 AL 100% AUNQUE SE HA DISMINUIDO GRADUALMENTE HASTA 70%. SE AUSCULTA MURMULLO VESICULAR DISMINUIDO EN ASCSPS CON ESTERTORES DIFUSOS.". Se continuó con las terapias respiratorias.

A las 3:48 pm⁶⁶, se dejó escrito "PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS ANOTADOS CON SOPORTE VENTILATORIO INTERMITENTEMENTE HIPOTENSA QUE REQUERIO INOTROPICOS ACTUALMENTE DOPAMINA 12MCG KILO MIN CON BUEN GASTO URINARIO PERFUSION DISTAL ADECUADA. **COMENTA CASO DIRECTAMENTE CON BOGOTÁ 7PM TRASLADO EN AMBULANCIA MEDICALIZADA CON VENTILADOR PEDIATRICO**". Allí se describió como diagnósticos "**OTRAS SEPTICEMIAS ESPECIFICADAS, NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA**".

El 16 de septiembre de 2009 a las 13 horas⁶⁷ el diagnóstico de la paciente era "EPILEPSIA + FALLA VENTILATORIA + NEUMONIA MULTILOBAR + TROMBOCITOPENIA". **A las 23 horas**⁶⁸, se indicó que la paciente fue "VALORADA POR MEDICO DE AMBULANCIA DE LLANO QUIEN MANIFIESTA TRASLADO A BOGOTA 23:35".

⁶³ Página 57 Archivo digital (03). 31 anexo físico

⁶⁴ Página 57 Archivo digital (03). 31 anexo físico

⁶⁵ Página 57 Archivo digital (03). 31 anexo físico

⁶⁶ Página 49 Archivo digital (01). 38 físico

⁶⁷ Página 59 Archivo digital (03). 32 anexo físico

⁶⁸ Página 59 Archivo digital (03). 32 anexo físico

A las 24 horas se reportó que la paciente "SALE EN CAMILLA DE AMBULANCIA MEDICALIZADA EN COMPAÑÍA DE MÉDICO, AUXILIARES Y FAMILIAR".

En la información de salida del **17 septiembre de 2009 a las 12:26 am**⁶⁹, se indicó que la paciente fue remitida a la UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO, cuyos diagnósticos eran "**OTRAS SEPTICEMIAS ESPECIFICADAS, NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA**".

La menor fue recibida en el siguiente centro hospitalario el 17 de septiembre de a las 3:26 en la UCI pediátrica de DUMIAN EU INVERSIONES⁷⁰. Allí se indica que la paciente llegó "en ambulancia medicalizada, en malas condiciones generales, mala perfusión distal, frialdad en extremidades, con saturaciones entre 78 A - 82%, con abundantes secreciones". Los diagnósticos de ingreso de la paciente fueron "SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA, EPILIPSIS Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES, NEUMONIA DEBIDA A PSEUDOMONAS"⁷¹.

Seguidamente se describen los diagnósticos de egreso asignados, esto es, "SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA, INSUFICIENCIA CARDIACA NO ESPECIFICADA, NEUMONIA DEBIDA A KLEBSIELLA PNEUMONIAE, SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL ADULTO, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA".

A las 5:10⁷², se describió a la "Paciente en estado crítico, con diagnósticos de: 1. falla ventilatoria 2. SDRA - neumonia multilobar por pseudomona 3. sepsis de origen pulmonar 4. epilepsia focal sintomatica 5. PC y RM (secuelas de meningitis a los 3 aA±os) paciente en ventilacion mecánica."

En el análisis se dijo que la paciente estaba en estado crítico "con sepsis pulmonar, en malas condiciones generales, **continúa con igual tto antibiotico, se suspende noradrenalina ya que desde su ingreso las TA han sido adecuadas, en caso de presentar nuevamente hipotension o alteracion de la perfusion se iniciara goteo de dobutamina. paciente con pronóstico reservado.**"

A las 6:42⁷³, "SE INICIA DOBUTAMINA PARA MANEJO DE PACIENTE SEPTICA A DOSIS INICIAL BAJA PARA GARANTIZAR BUENA PERFUSION DISTAL, DE PERSISTIR MALA SATURACION, SERA NECESARIO INICIAR GOTEO DE MILRINONE PARA DISMINUIR PRESIONES DE LA PULMONAR", además, "SE HABLA CON LA MADRASTRA

⁶⁹ Página 77 Archivo digital (03). 41 anexo físico

⁷⁰ Página 15 Archivo digital (02). 535 físico

⁷¹ Página 23 Archivo digital (02). 538 físico

⁷² Página 44 Archivo digital (02). 548 físico

⁷³ Página 45 Archivo digital (02). 549 físico

DE LA NIA'A, QUIEN LA HA CUIDADO DESDE QUE LA NIA'A TIENE 8 AA'OS DE EDAD. SE LE EXPLICA EL DIAGNOSTICO Y LA MALA CONDICION DE LA PACIENTE. PERSISTE CON MUY MALA OXIGENACION.". **A las 18:30**⁷⁴, la paciente estaba "CRÍTICAMENTE ENFERMA MAL PRONOSTICO".

El día 18 de septiembre de 2009, a las 8:59⁷⁵, se describió "paciente bajo ventilación mecánica críticamente enferma" continuando así durante el día y **a las 22:35**⁷⁶ se indicó que estaba "CRITICAMENTE ENFERMA, SEPTICEMIA, SDRA, FALLA VENTILATORIA , VENTILACION MECANICA, SIGNOS X CLINICA DE HIPERTENSION PULMONAR, ANASARCA, RDSM, DNT CRONICA EN MANEJO PERSISTE CON TENDENCIA A LA HIPOTENSION, PACIENTE INESTABLE TANTO A NIVEL HEMODINAMICO COMO RESPIRATORIO. PENDIENTE MAA'ANA TOMA DE ECO DE TORAX PARA EVALUAR DERRAME PLEURAL CON POSIBLE TABICACION".

El día 19 de septiembre de 2009, a las 15:21⁷⁷, se reseñó la paciente continuaba "SIN CAMBIOS CON RESPECTO A SU ESTADO GENERAL, SE HA MANTENIDO CON BUENOS VALORES DE TA, POR EL MOMENTO INCLUSO HIPERTENSA, SE HA DISMINUIDO SOPORTE INOTROPICO, DIURESIS MEJORADA, HA PERMANECIDO CON SATURACIONES SOBRE 90, LO CUAL SE CONSIDERA SATISFACTORIO, SEGUN EVOLUCIN SE SUSPENDERA ALBUMINA, YA CUENTA CON VALOR ADECUADO, SHOCK SEPTICO EN MANEJO, NO DETERIORO INFECCIOSO, SE MIENTIENE MANEJO Y SE EPESRAN GASES ARTERIALES Y ELECTROLITOS, SI LA MAQUINA NO FUNCIONA SE ORDENA ENVIAR A SHAIO. **CONTINUA MANEJO Y VIGILANCIA DE PTE CRITICO SE DA INFORMACION A LA MADRE DEL POBRE PRONOSTICO Y EL ALTO RIESGO DE MUERTE.**"

A las 22:00, la paciente estaba "EN MUY MAL ESTADO GENERAL, SE CONSIDERA EN MANEJO DE SHOCK SEPTICO, SIN MEJORIA FRANCA OXIGENA PESIMO APESAR DE TENER PARAMETROS VENTILATORIOS TAN ALTOS, FI02 AL 100%, PATRON ALTAMENTE RESTRICTIVO, SE MANTIENE MANEJO, DIURESIS LIMITADA POR FUROSEMEIDA, POR MOMENTO HIPERTENSO, SE HA BAJADO PARAMETROS DE SOPORTE INOTROPICO, SIN EMBARGO SIGUE CON ALTO COMPROMISON Y RIESGO DE MUERTE."

El día 20 de septiembre de 2009 a las 22:59⁷⁸ se indicó que la paciente estaba "EN MUY MAL ESTADO GENERAL, EN MANEJO DE SHOCK SEPTICO. PERSISTE SEVERO TRASTORNO DE LA OXIGENACION A PESAR DE ALTOS PARAMETRIOS VENTILATORIOS. PESIMA SATURACION, DIURESIS INDUCIDA CON FUROSEMIDA PARA MANEJO DE

⁷⁴ Página 47 Archivo digital (02). 550 físico

⁷⁵ Página 49 Archivo digital (02). 551 físico

⁷⁶ Página 52 Archivo digital (02). 552 físico

⁷⁷ Página 54-55 Archivo digital (02). 553-554 físico

⁷⁸ Página 58 Archivo digital (02). 555 físico

EDEMAS. HIPOKALEMIA EN CORRECCION. SIGUE CON ALTO RIESGO DE MUERTE". Este pronóstico se mantuvo durante todo el día.

El día 21 de septiembre de 2009 a las 23:48⁷⁹ en el análisis de la paciente se indicó "PACIENTE EN MUY MALAS CONDICIONES GENERALES EN ESTADO SEPTICO CON HIPERTENSION ARTERIAL PERSISTENTE POR LO CUAL SE INICIA CAPTOPRIL , Y SE CONTINUA CON FUROSEMIDA POR HORARIO, CON TRATAMIENTO CON ANTIBIOTIICOS MEROPENEN, VANCOMICINA Y FLUCONAZOL, CON ANASARCA, TRASTORNO SEVERO DE LA OXIGENACION CON SATURACION HASTA 76 CON FI02 AL 100%, CON GASES DE CONTROL ACIDOCIS RESPIRATORIA POR LO CUAL SE MODIFICAN PARAMETROS VENTILATORIOS MENCIONADOS, SE LE DISMINUYE A 50CC LA NTP, DIURESSI CONSERVADA, SIN PICOS FEBRILES EL DIA DE HOY, CON SEDACION Y RELAJACION, GOTEIO DE MILRIBNONE Y HIDROCORTISONA QUE SE LE DISMINUYE EL GOTEIO, PERSISTENCIA DE HIPOPOTASEMIA POR LO CUAL SE REALIZA CORRECCION DE POTASIO A 1,5MEQ POR KG/DOSIS. CONTROL DE ELCTROLITOS Y GLICEMIA PREVIA NTP PARA MAA'ANA"

El día 22 de septiembre de 2009 a las 7:13⁸⁰, se observó "EXPANCIION DEL TORAX MUY LEVE POR LO CUAL SE DECIDE AUMENTO DE PIM 34; RESTO DE PARAMETROS IGUALES, PERSISTE HIPOPOTASEMIA POR LO CUAL SE ORDENA CORRECCION A 1 MEG/KG.". **A las 23:31**⁸¹, cuando estaba en terapia respiratoria "PRESENTA EPISODIO DE BRADICARDIA CON BUENA RECUPERACION PERISTE POR 4 NORAS SATURACION DE HASTA 42% Y SE RECUPERA HASTA 78% MANTENIENDOSE, PACIENTE EN MUY MALAS CONDICIONES GENERALES CON PARAMETROS VENTILATORIOS ALTOS, SEPTICA, CON CIFRAS TENSIONALES LIMITE BAJO POR LO CUAL SE SUSPENDS FUROSEMIDA Y CAPTOPRIL HASTA NUEVA ORDEN MEDICA."

El día 23 de septiembre de 2009 a las 1:45⁸² presentó nuevamente bradicardia. **A las 3:06**⁸³, se indicó que "PACIENTE CONOCIDA EN EL SERVICIO QUE MEJORA DE SU BRADICARDIA CON GOTEIO DE NORADRENALINA PERO PERSISTE HIPOTENSION CON MEDIAS DE 40 SE LE AUMENTA LA DOBUTAMINA A 12MCG/KG/MIN Y DOPAMINA A 6MCG/KG/MN.". Además, se señaló que la paciente estaba "CON REANIMACION CONTTNUA EN MUY MALAS CONDICIONES GENERALES DE PRONOSTICO RESERVADO EN MANEJO DINAMICOA CON INOCTROPIA Y NORADRENALINA SEGUN SU ESTADO, SE AUMENTA EL GOTEIO DE HIDOROCRTISONA A 70MG/M2/DIA."

A las 6:55⁸⁴, la paciente nuevamente entra "EN BRADICARDIA POR LO QUE SE INICIAN MANIOBRAS DE RCP AVANSADA CON MASAJE CADIACO DOS DOSIS DE

⁷⁹ Página 61-62 Archivo digital (02). 557 físico

⁸⁰ Página 62 Archivo digital (02). 557 físico

⁸¹ Página 65 Archivo digital (02). 559 físico

⁸² Página 65 Archivo digital (02). 559 físico

⁸³ Página 66 Archivo digital (02). 559 físico

⁸⁴ Página 67 Archivo digital (02). 560 físico

ADRANALINA 0.3MG/DOSIS Y 0.5MG/DOSIS Y UNA DOSIS DE ATROPINA 0.5MG/DOSIS SALE CON RITMO SINUSAL CONF: 124LPM, SIGUE HIPOTENSION POR LO CUAL SE SUSPENDS MILRINONE Y SE ORDENA HEMASEL 120CC EN BOLO”.

A las 8:53, en el análisis médico se señaló “DX ANOTADOS, SHOCK SEPTICO DE ORIGEN PULMONAR, CON FALLA VENTILATORIA EN VENTILACION MECANICA, CON REQUERIMIENTOM MULTIPLE DE INOTROPIA, COON GASES CON ACIDEMIA. RESPIRATORIA GRAVE Y FRANQUISIMO TRASTORNO DE LA OXIGENACION PESE A ALTOS PARAMETROS DEL VENTILADOR. ELECTROLITOS CON LEVE MODERADA HIPERCAICEMIA E HIPERKALEMIA POR LO QUE RECIBIO BICARBONATO TANTO POR EL PH ACIDO COMO POR LA HIPERKALEAİMIA POSIBLE SECUNDARIA A ACIDEMIA RESPIRATORIA. PACIENTE QUE EN TURNO PASADO PRESENTO BRADICARDIAS EXTREMAS QUE REQUIRIO REANIMACION CARDIOPULMONAR CON ADRENALINA, ATROPINA. SIGUE CON GOTEOS DE DOPAMINA, DOBUTAMINA, NORADRENALINA Y ADRENALINA, ADEMAS DE CORRECCIONES CON BICARBONATO Y BOLOS DE HAEMACCEL PACIENTE CRITICAMENTE ENFERMA, ALTO RIESGO VITAL. CUANDO VENGA FAMILIAR SE DARA INFORME SOBRE ESTADO DE LA PACCIENTE.”.

A las 13:01⁸⁵, se reportó el fallecimiento de la menor a las 12:45 así “PACIENTE QUE DURANTE EL DIA SE MANTUVO CON TENSIONES ARTERIALES BAJAS, CON CIANOSIS DISTAL Y CON PESISMA PERFUSION DISTAL Y PULSOS FRANCAMENTE DISMINUIDOS CON SATURACIONES MUY BAJAS, RECIBIO BOLOS CON HAEMACCEL A 10 CC/K/DOSIS EN VARIAS OCASIONES, IGUALEM,ENTE BOLOS CON BIDCARBONATO A MENOS 5 AL MEDIO, REANIMACION CONTINUA CON ADRENALINA A 1,2 MCGRS/K/MIN, NORADRENALINA A 0.4 MCGRS/K/MIN, DOPAMINA A 8 MCGRS/K/MIN Y DOBUTAMINA A 12 MCGRS/K/MIN, PESE A LA EXPANSIONES DE VOLUMEN NO PRESENTO RESPUESTA ADECUADA, SIEMPRE SE MANTUVOM CON ALTOS PARAMETROS DEL VENTILADOR CON SATURACION MUY SUBCNORMALES TANTO POR MONITOR COMO POR GASIMETRIAS Y CON ACIDEMIAS RESPIRATORIAS. **A LAS 12. 30 HS VUELVE A PRESENTAR BRADICARDIA EXTREMA**, SE REALIZA PASO DE ATROPINA 0.2 MGRS/DOSIS EN DOS OCASIONES Y DOS DOSIS DE BICARBONATO A - 5 AL MEDIO SIN NINGUNA RESPUESTA, **SE DA MASAJE CARDIACO DURANTE 15 MINUTOS NO OBTENIENDOSE MINIMA RESPUESTA FALLECIENDO A LAS 12: 45 HS. SE LE HABIA EXPLICADO A LA MADRE Y PADRE ESTADO DE LA NIA'A.**”

En el análisis se indicó “PACIENTE FALLECIDO. FALLO MULTIPLE DE ORGANOS, SHOCK SEPTICO REFARACTARIO DE ORIGEN PULMONAR, SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL ADULTO, NEUMONIA MULTIFOCAL, SOSPECHA DE AH1 N1 EN ESTUDIO. OTRAS: RETARDO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR. DNT CRONICA MODERADA.”

⁸⁵ Página 69 Archivo digital (02). 560 físico

Obra también derecho de petición de fecha 15 de septiembre de 2009, dirigido el defensor de familia del ICBF a CAJACOPI EPS, solicitando la ambulancia con todos los equipos necesarios para el traslado de la menor al tercer nivel de atención⁸⁶. En igual sentido se pronunció frente a la EPS la Procuradora 30 Judicial de Familia⁸⁷ el 16 de septiembre de 2009.

A folios 500-508 del expediente físico (Pág. 662-671 documento 01), obra dictamen pericial rendido por la UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA a través de su pediatra e intensivista en pediatría (las transcripciones se hacen incluyendo los errores de digitación).

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

Seguidamente, señala los eventos fisiopatológicos durante la estancia en el HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO ESE, explicando que se trataba de *"una paciente que ingresa por un cuadro clínico de Neumonía Adquirida en comunidad, con factores de riesgo neurológicos y de estado inmunológico por desnutrición crónica severa (peso 17 kg lo que corresponde a percentil menor 3 para la edad)"*

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

Seguidamente, explica que *"La paciente cursaba según criterios con SDRA de origen pulmonar severo y esta entidad clínica no es sino la manifestación clínica de la falla orgánica de origen pulmonar. La mortalidad por esta entidad tiene una tasa*

⁸⁶ Página 38 Archivo digital (01). 28 físico

⁸⁷ Página 39 Archivo digital (01). 29 físico

media de 53% ± 22% sin cambios significativos a lo largo del tiempo”, sin embargo, aclara que al no tener la historia clínica completa no se puede determinar la causa de muerte, por ende, **"Solo se exponen los riesgos objetivos de posible mortalidad segun las alteraciones fisiologicas presentes durante su hospitalizacion en UCIAdultos del Hospital de Villavicencio”.**

En cuanto a la atención recibida entre el 27 de agosto y 17 de septiembre de 2009, el perito explicó que **"La atención fue adecuada y oportuna siguiendo las guías establecidas para tal fin** (ver respuesta y bibliografía referenciada al respecto). Recibió manejo y atención por pediatría durante los días de hospitalización en el Hospital de Villavicencio. Fue valorado según interconsultas por Neurología Pediátrica y Hematología Pediátrica, y se le brindó atención por terapia física y respiratoria de manera integral, de acuerdo a la patología y comorbilidades presentadas por la paciente. No hay datos de valoración por Neumología Pediátrica. El 12 de septiembre presenta cuadro de falla respiratoria con necesidad de ventilación mecánica, estado de choque que requiere reanimación hídrica y soporte vasoactivo. En estas condiciones el paciente es ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos (no pediátrica) para ofrecerle el manejo cardiorespiratorio que requería dada su grave condición. Según notas de la historia hasta ese momento no había sido posible la remisión solicitada el 9 de septiembre.

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

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

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

Si se practicaron los cultivos requeridos segun la patologia evolutiva del paciente. Al ingreso de la paciente se inicio esquema antibiotico para tratar un cuadro de Neumonia Adquirida en Comunidad, sin que segun muestran las guias fuese necesario la practica de algun tipo de cultivos. No deben practicarse hemocultivos de rutina en los pacientes sin criterios de gravedad para Neumonia (No tenia choque, no requeria ventilacion mecanica y con fracciones bajas de oxigeno canula nasal mantenia buenas saturaciones de oxigeno), con esquema de vacunacion completa y que hayan adquirido neumonia en comunidad. (Recomendacion fuerte con moderada calidad de evidencia)."

En cuanto a la orden de remisión de la paciente a la UCI pediátrica dada el 9 de septiembre indicó que "Se considera oportuno la remision a un nivel de mayor complejidad pediátrica para resolver de manera temprana y oportuna la necesidad de salud de la paciente.", por cuanto si bien se trasladó la paciente el 12 de septiembre a la UCI de adultos, esta tiene como función principal en casos de pacientes pediátricos críticos la de "tratar de estabilizar al niño para su traslado a una UCIPediátrica, asegurando la mejor atención posible. Los niños, se caracterizan por ser anatómica y fisiológicamente diferentes de los adultos y no deben ser considerados adultos pequeños. Todo ello condiciona en el personal de salud la necesidad de tener unos conocimientos pediátricos profundos, dominar tecnologías para los procedimientos específicos pediátricos y por tanto priorizar su atención en UCIPediatricas. La decisión de traslado deberá tomarse con toda la información disponible que incluye el nivel de gravedad, la necesidad de tratamiento especializado, y las respectivas consideraciones de riesgo y beneficio. **Los niños criticos deben ser atendidos en una UCIPediátrica y la situacion clínica de la paciente hacia necesaria el manejo en un centro especializado.**"

En este orden de ideas, del material probatorio recaudado en el proceso, la menor MARÍA CHAVELY GONZÁLEZ ingreso al HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO ESE el 27 de agosto de 2009 a las 11:42 am con tos severa, describiéndose que tenía antecedentes de meningitis, epilepsia focalizada y retraso global del desarrollo severo.

En ese momento comenzó la atención de la paciente ordenándose el suministro de medicamentos y realización de exámenes, empero, su salud fue deteriorándose en los siguientes días, a pesar de la realización de las terapias respiratorias y la imposición de oxígeno por cánula.

Para el día 9 de septiembre, la menor mostró bastante tos y movilización de secreciones, por lo cual, y ante el mal estado general, ese día se ordenó la remisión a la UCI pediátrica, solicitud que fue llevada al sistema de referencia y contrarreferencia a las 11:30 am. En las siguientes horas la paciente siguió recibiendo tratamiento a sus patologías, sin embargo, empezó a mostrar dificultad respiratoria, lo que conllevó a que

el 12 de septiembre se ordenara la intubación oro-traqueal, ya que estaba con trabajo respiratorio severo.

Como quiera que el traslado no se había materializado los galenos del Hospital demandado, decidieron llevarla a la UCI de adultos de la entidad el 13 de septiembre a las 12:12 de la noche, presentando a su ingreso falla ventilatoria por neumonía adquirida en la comunidad. En esta unidad fue requiriendo aumento de parámetros ventilatorios.

A las 9:31 am, se indicó que la paciente estaba pendiente de ser remitida a UCI PEDIÁTRICA, pero CAJACOPI EPS no tenía convenio en el DEPARTAMENTO, por ende, estaba bajo responsabilidad de esa entidad, aclarando que mientras se materializaba la remisión la paciente sería atendida en la UCI de adultos. Media hora después (10:00), se habló directamente con un servidor de CAJACOPI EPS a quien se le informó la urgencia de la remisión, pero la empleada insistió en que no había convenio en el DEPARTAMENTO.

A las 3:30 pm se intentó el traslado de la paciente a la ciudad de Bogotá, sin embargo, entró en bradicardia, por lo cual se canceló la remisión para lograr la estabilización de la paciente, evidenciándose que el ventilador de transporte que tenía la ambulancia no cumplía los parámetros requeridos por la paciente.

Como consecuencia de lo anterior el Hospital demandado a las 5:02 pm volvió a insistir ante CAJACOPI EPS, sobre la necesidad del traslado y la consecución de ambulancia medicalizada con ventilador adecuado, empero, la paciente siguió recibiendo atención médica para sus patologías.

El 14 de septiembre, a las 2:00 pm se informó que ya se había conseguido una ambulancia para llevar a cabo la remisión, empero, como quiera que no se había recogido la paciente, el 15 de septiembre a las 3:48 pm se comentó "*CASO DIRECTAMENTE CON BOGOTÁ 7PM TRASLADO EN AMBULANCIA MEDICALIZADA CON VENTILADOR PEDIATRICO*".

Finalmente, el traslado se dio en la madrugada del 17 de septiembre, llegando a la siguiente institución de salud a las 3:26 am, donde continuó recibiendo atención en la UCI pediátrica por los siguientes días sin mostrar mejoría, hasta que a las 12:45 de la tarde del 23 de septiembre falleció la menor debido a una bradicardia extrema que no logró ser controlada a pesar del masaje cardiaco dado durante 15 minutos.

Así las cosas, procede la Sala a analizar la falla en el servicio en que pudo incurrir la demandada y el nexo causal entre esta y el daño.

Pues bien, lo primero que advierte la sala es que conforme al dictamen pericial rendido por el perito galeno de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, la atención brindada por el HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO ESE fue adecuada y oportuna de acuerdo a las patologías de la paciente que fueron identificadas por el HOSPITAL, esto es, OTRAS SEPTICEMIAS ESPECIFICADAS, NEUMONIAS BACTERIANA, NO ESPECIFICADA e INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, conforme se describe en el informe de salida del 17 de septiembre de 2009, atrás referido.

Nótese que los diagnósticos de ingreso asignados en el siguiente nivel fueron "SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA, EPILIPSIS Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES, NEUMONIA DEBIDA A PSEUDOMONAS", los cuales son similares a los encontrados por el Hospital demandado, además no puede perderse de vista que fue precisamente la falta de herramientas para dar tratamiento a la paciente lo que conllevó a ordenar la remisión.

Aunado a ello, la parte demandante no trajo material probatorio al expediente que acredite que a la paciente no se le practicaron exámenes necesarios para descubrir la enfermedad que la aquejaba y así poder dar tratamiento, por el contrario, lo acreditado es que los galenos se percataron de las patologías y que ellas no podrían ser tratadas en esta institución.

En cuanto a la oportunidad de la remisión, la cual fue ordenada el 9 de septiembre de 2009, el perito concluyó que la misma había sido oportuna para que se resolviera de manera temprana la salud de la paciente, por cuanto si bien se dio atención en la UCI de adultos, lo cierto es que los niños tienen una anatomía y fisiología diferente a la de los adultos y por ende deben ser atendidos en una UCI pediátrica, como lo requería la menor fallecida.

En ese orden de ideas, en este asunto la falla en el servicio está enfocada en la mora en que incurrió CAJACOPI EPS, en lograr la materialización de la remisión de la menor a un centro asistencial que contara con UCI PEDIATRICA, en el que pudiera recibir atención para las patologías que presentaba la paciente.

Al respecto, tenemos en el expediente que el 9 de septiembre de 2009 a las 11:30 am⁸⁸ fue llevada la remisión de la paciente, sin embargo, como la EPS CAJACOPI no tenía convenio para UCI PEDIÁTRICA en el Departamento, no fue posible intentar el traslado sino hasta las 3:30 pm del 13 de septiembre⁸⁹, a pesar de la gestión del Doctor TOUS⁹⁰ para lograr la remisión, esto es, 4 días después de la orden.

⁸⁸ Página 185 Archivo digital (03). 109 Anexo

⁸⁹ Página 56 Archivo digital (03). 31 Anexo físico

⁹⁰ Página 63 Archivo digital (03). 34 Anexo físico

Empero, la misma no pudo materializarse ese día dado que el ventilador de transporte no era adecuado a la necesidad ventilatoria de la paciente, lo que obviamente significaba que el traslado era urgente, pues la salud de la paciente era delicada. Así pues, la paciente nuevamente quedó el 13 de septiembre en la UCI de adultos del Hospital demandado, esperando que su EPS CAJACOPI cumpliera la orden de remisión.

Seguidamente, se tiene acreditado que el sistema de referencia y contrarreferencia a las 6:00 pm del 14 de septiembre de 2009⁹¹, informó que ya se contaba con ambulancia para la remisión, sin embargo el mismo solo se dio en la madrugada del 17 de septiembre, nuevamente con insistencia del personal médico⁹², ICBF⁹³ y Procuraduría⁹⁴.

Ello permite concluir que desde que la paciente fue devuelta a la UCI de adultos (13 de septiembre a las 3:30 pm) hasta la consecución de la nueva ambulancia (14 de septiembre a las 6:00 pm) pasaron 14 horas y media; y desde esa hora hasta la materialización de la remisión (17 de septiembre 12:00 am) trascurrieron 30 horas.

En resumen, CAJACOPI EPS aun teniendo conocimiento de la gravedad de la salud de la paciente se tardó más de 3 días en lograr la materialización de la remisión de la menor a una UCI PEDIATRICA, ello sin contar los 4 días que se había demorado en un primer momento, cuando envió una ambulancia que no cumplía los requerimientos de la paciente.

Al respecto, vale la pena traer a colación la sentencia del 20 de febrero de 2020⁹⁵, en la que el Consejo de Estado hace alusión a las sentencias T-104 de 2010 y T-1059 de 2006, para recordar que la falla en la prestación de servicio médico y hospitalario también puede originarse por la "lesión al derecho de recibir atención oportuna y eficaz", veamos:

*"Cuando la falla en la prestación del servicio médico y hospitalario se origina por la "lesión al derecho a recibir atención oportuna y eficaz" se produce una **afectación al principio de integridad en la prestación de dicho servicio**, el cual, según el precedente jurisprudencial constitucional:*

"... no se limita simplemente al reconocimiento de los servicios que se requieren con necesidad; sino que comprende también su acceso de manera oportuna, eficiente y de calidad. La prestación del servicio de salud es oportuna cuando la persona lo recibe en el momento que corresponde para recuperar su salud sin sufrir mayores dolores y deterioros. En forma similar, el servicio de salud se considera eficiente cuando los trámites administrativos a los que se somete al paciente para acceder a una prestación requerida son razonables, no demoran excesivamente el acceso y no imponen al interesado una carga que no le corresponde asumir. Por otro lado, el servicio de salud es de calidad

⁹¹ Página 60 Archivo digital (03). 33 Anexo físico

⁹² Página 49 Archivo digital (01). 38 físico

⁹³ Página 38 Archivo digital (01). 28 físico

⁹⁴ Página 39 Archivo digital (01). 29 físico

⁹⁵ Consejo Estado. Subsección A. Sección Tercera. CP: Marta Nubia Velásquez Rico (E). Rad: 73001-23-31-000-2011-00355-00(48565). Actor: Fernando Salguero Hernández y Otros.

Reparación Directa

Rad. 50001 33 31 002 2011 00315 01

Dte: Enrique González Delgado y otros

Ddo: Hospital Departamental de Villavicencio ESE y CAJACOPI EPS

cuando las entidades obligadas a prestarlo actúan de manera tal 'que los usuarios del servicio no resulten víctimas de imponderables o de hechos que los conduzcan a la desgracia y que, aplicando con razonabilidad los recursos estatales disponibles, pueden ser evitados, o su impacto negativo reducido de manera significativa para la persona eventualmente afectada'⁹⁶.

El principio de integralidad del servicio médico y hospitalario exige considerar, según el precedente jurisprudencial constitucional:

"todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud"⁹⁷. (Negrilla fuera del texto)

En esas condiciones, para la Sala es evidente que, aunque se realizaron gestiones para lograr el traslado de la menor a la UCI PEDIÁTRICA, la EPS asumió una actitud pasiva y negligente en la consecución de una UCI, la misma que asumió en el proceso para su defensa, pues ni siquiera allegó material probatorio para demostrar su gestión en la remisión y que por causas ajenas a su gestión no se hubiera dado el traslado.

Si bien es cierto, la salud de la paciente siempre fue en deterioro, en el expediente quedó demostrado que el Hospital brindó la atención en salud en la medida de su capacidad, tanto así que la llevó a una UCI DE ADULTOS, aun cuando esa área no es propicia para tratar a los niños, según lo dijo el perito, pero esta decisión se dio precisamente en aras de garantizar la prestación del servicio de salud, mientras que la EPS ubicaba la paciente en una UCI PEDIÁTRICA, lo que no se dio de manera oportuna dada su pasividad y negligencia, lo que no fue desvirtuado en el proceso, por ejemplo aportando las bitácoras de referencia y contrarreferencia que dieran cuenta de la imposibilidad de llevar a cabo el traslado por falta de camas o cualquier otra situación.

Recuérdese que MARÍA CHAVELY resistió por más de 8 días, esperando ser llevada a una UCI PEDIÁTRICA, quienes hubieren podido aumentar su posibilidad de vida en ese tiempo, pues cuando llegó a la UCI PEDIÁTRICA su pronóstico era muy delicado.

Ahora, como bien se explicó en el marco teórico de esta providencia, para que exista responsabilidad por parte de las demandadas, no solo debe estar demostrado el daño y la falla o falta de aquellas, sino también la relación de causalidad entre la falla y el daño.

Al respecto, el Consejo de Estado, en providencia del 10 de abril de 2019⁹⁸, trajo a colación una providencia del 23 de junio de 2010, para decir lo siguiente:

⁹⁶ Corte Constitucional, sentencia T-104 del 2010.

⁹⁷ Corte Constitucional, sentencia T-1059 de 2006.

⁹⁸ Sección Tercera. Subsección B. CP: Alberto Montaña Plata. Rad. 25000-23-26-000-2006-01800-01(41890). Actor: Aura Cecilia Pérez Baquero.

"iii) el nexo causal, sin los cuales se hace improcedente la condena del Estado por esta vía, tal y como lo ha entendido esta Corporación:

"Al margen de las discusiones que se presentan en la jurisprudencia y en la doctrina en relación con el régimen probatorio de los elementos de la responsabilidad patrimonial por los daños que se deriven de la actuación médica del Estado, lo cierto es que existe consenso en cuanto a que la sola intervención -actuación u omisión- de la prestación médica no es suficiente para imputar al Estado los daños que sufran quienes requieran esa prestación, sino que es necesario que se encuentre acreditado que la misma fue constitutiva de una falla del servicios y que dicha falla fue causa eficiente del daño"⁹⁹ (énfasis añadido).

De igual forma, en providencia del 28 de octubre de 2019¹⁰⁰, la alta corporación dándole suficiente relevancia al nexo causal, expuso lo siguiente:

"De conformidad con lo expuesto, para la Sala, bajo el panorama probatorio antes descrito, el daño padecido por el demandante, consistente en la pérdida total de la agudeza visual del ojo derecho, no puede imputarse a la demandada, pues si bien esta incurrió en demoras en la práctica de la cirugía, no se acreditó con certeza o al menos con algún grado de probabilidad, si esta tuvo incidencia o fue relevante en el desenlace final de la enfermedad."
(negrilla fuera del texto)

Y eso es precisamente, lo que no se encuentra acreditado en el *sub judice*. Recuérdesse que, aunque hubo un dictamen pericial rendido por el galeno de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, del mismo no se puede tener certeza que de haberse efectuado el traslado de la paciente a la UCI PEDIÁTRICA de manera oportuna, hubiera recibido tratamiento a sus patologías recuperando su salud, pues según la misma historia clínica la paciente tenía varias afecciones que la complicaban. No es el juez el experto en la materia para determinar clínicamente si esa demora fue o no determinante en el desenlace fatal de la menor o si aun cuando se hubiere remitido a la UCI PEDIÁTRICA hubiere fallecido, razón por la cual correspondía a la parte actora demostrar con evidencia científica tal aspecto relevante para concluir en la responsabilidad de la demandada por la falla en el servicio.

Por ende, en ausencia de la prueba técnica que señale claramente que la falla de servicio en la que incurrió CAJACOPI EPS fue relevante para el resultado ya comentado, no es posible emitir una condena en favor de la parte actora.

De tal manera que, aunque está demostrado que existió una falla en la prestación del servicio médico (mora en la materialización de la remisión de la paciente a la UCI PEDIÁTRICA), y un daño (muerte de la menor), no existe prueba del nexo causal entre los dos elementos, por lo cual la responsabilidad a título de falla del servicio en la atención médica no puede configurarse por no haber quedado demostrados todos los elementos para llegar a tal conclusión, es decir, no puede establecerse que el fallecimiento de la menor ocurrió por no haberse materializado la remisión a la UCI

⁹⁹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 23 de junio de 2010, exp. 19.101.

¹⁰⁰ Sección Tercera. Subsección B. CP: Ramiro Pazos Guerrero. Rad: 19001-23-31-000-2004-01442-1(47917). Actor: JAIME ORDOÑEZ MUÑOZ

PEDIÁTRICA, porque debido a la gravedad de las afecciones es posible que aunque recibiera el tratamiento adecuado el fatídico resultado no cambiara.

Ahora bien, en aplicación del principio *Iura Novit Curia*, se analizará si con la falla demostrada en este caso, se restó el chance u oportunidad de la menor de recibir la atención médica que requería para eventualmente haber restablecido su salud, lo que merecería una indemnización aunque en grado menor, motivo por el cual se analizará si están acreditados en el plenario, los tres requisitos exigidos por la jurisprudencia para hablarse de pérdida de oportunidad como perjuicio autónomo indemnizable.

En atención al **primer requisito**, se tiene que sí existe certeza de que había una oportunidad que la menor sobreviviera de haberse dado el traslado de manera pronta y oportuna, pues según explicó el perito la UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, la paciente presentaba *"segun criterios con SDRA [Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda] de origen pulmonar severo y esta entidad clinica no es sino la manifestacion clinica de la falla organica de origen pulmonar."* La mortalidad por esta entidad tiene una tasa media de 53% ± 22% sin cambios significativos a lo largo del tiempo", (según la historia clínica del 27 de agosto al 17 de septiembre).

Esto quiere decir, que aunque no existe certeza de que el tratamiento oportuno que hubiere recibido la paciente en una UCI pediátrica habría evitado su muerte, sí la hay en cuanto a que la mora en la materialización de la remisión de MARÍA CEHVELY para recibir un tratamiento adecuado y oportuno en una UCI PEDIÁTRICA le restó oportunidades de mejorar su estado, pues si la remisión se hubiere dado el mismo 9 de septiembre o incluso el 13 de septiembre cuando la ambulancia no cumplía con el requerimiento ventilatorio para brindar a la paciente durante el traslado, probablemente se hubiera dado el manejo adecuado a sus patologías, lo que a su vez probablemente le permitiría recuperar su salud y continuar con su vida, dado que conforme al perito traído al proceso, al momento de ordenarse la remisión a un UCI pediátrica la paciente contaba con una probabilidad de sobrevivencia entre el 47% y el 78%, siendo este el porcentaje de probabilidad de vida que tenía la paciente cuando estaba en el Hospital demandado, pues el perito fue claro en resaltar que no tuvo acceso a la historia clínica del 18 al 23 de septiembre, luego, la probabilidad de vida en su estancia en Hospital era alta.

Respecto del **segundo requisito**, también se constata en el *sub judice* que resulta imposible la recuperación de salud de la menor, ya que esta falleció el 23 de septiembre de 2009.

Finalmente, en relación con el **tercer requisito**, se constata que para el momento que la paciente requirió el traslado a UCI PEDIÁTRICA (9 de septiembre de 2009), aun contaba con vida, es decir, era apta y contaba con posibilidades de recuperar su salud, pues aunque estuvo en condiciones de salud delicadas, el perito describió que

la tasa de mortalidad en casos como el de la paciente era entre el 22% y 53%, *contrario sensu*, tenía entre el 47% y 78% de probabilidad de vida, es decir, que tenía oportunidad de recuperar su salud de haber sido atendida en una UCI pediátrica y no en una de adultos como ocurrió en principio, la cual no es apta la atención de los niños.

En consecuencia, teniendo en cuenta que la actuación de CAJACOPI EPS mermó oportunidades de salvar la vida de MARÍA CHAVELY GONZÁLEZ MARÍN, la Sala revocará el fallo de primera instancia, declarando la responsabilidad de la EPS CAJACOPI, pero por la pérdida de la oportunidad de recuperar la víctima su salud y continuar con vida.

Establecida la responsabilidad de la entidad demandada en los hechos que dieron origen al presente asunto, se ocupará la Sala de establecer la tasación de los perjuicios derivados de la pérdida de oportunidad.

En este punto, es importante señalar que atendiendo que el perjuicio por pérdida de oportunidad tiene un carácter autónomo, ya que este no se deriva directamente de la muerte de MARÍA CHAVELY GONZÁLEZ MARÍN, sino de la pérdida de oportunidad por no haber logrado de manera oportuna la remisión a una UCI PEDIÁTRICA necesaria para el manejo de sus patologías, la Sala no hará pronunciamiento alguno frente a los perjuicios materiales pretendidos en la demanda y reclamados nuevamente en el recurso de apelación, ya que estos emanan precisamente de la muerte de la víctima.

Como sustento de lo anterior, vale la pena traer a colación la sentencia del 7 de octubre de 2020¹⁰¹, en la que se indica que la Subsección C de la Sección Tercera del Consejo de Estado en un caso en el que también se reclaman perjuicios materiales indicó lo siguiente:

*"Frente al reconocimiento de perjuicios por pérdida de oportunidad como daño autónomo, es importante resaltar, que se acogerán los criterios jurisprudenciales¹⁰² para elaborar la liquidación correspondiente, pues no existe una norma que determine la forma en que se debe indemnizar esta modalidad de daño, y la Corte Suprema de Justicia ha señalado también que acoge el criterio del Consejo de Estado, **en atención a que el daño no deviene en este caso, de la muerte del señor Bonilla Ceballos, sino en la pérdida de oportunidad en sí misma.***

Así las cosas, se realizará una tasación de perjuicios, atendiendo al principio de equidad, previsto en el artículo 16 de la Ley 446 de 1998, así:

"5.- Indemnización de perjuicios.

Toda vez que no obran en el expediente más elementos probatorios que puedan ser valorados con miras a establecer, con fundamento en criterios técnicos, estadísticos y apoyándose en información objetiva y contrastada, la cuantía del daño que por concepto de pérdida de oportunidad le fue irrogado a la parte demandante, la Sala acudirá al criterio de la equidad como

¹⁰¹ Consejo de Estado. Sección Tercera. Subsección C. CP: Jaime Enrique Rodríguez Navas. Rad: 19001-23-31-000-2006-00719-01(50288). Actor: Fanny Dolores Montoya Franky.

¹⁰² Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencias del 13 de marzo de 2013, rad. 25569 y del 21 de marzo de 2012, rad. 22017.

principio que el ordenamiento jurídico —artículo 16 de la Ley 446 de 1998¹⁰³— impone tener en cuenta para efectos de reparar de forma integral el daño causado por la acción o la omisión de las autoridades públicas, a cuyo auxilio debe acudir, además, por virtud del denominado principio *pro damnato*, propio del derecho de daños y que sin duda ha de hacer sentir su vigor en escenarios como el del presente caso, en el cual se encuentran acreditados todos los elementos necesarios para imponer al Estado la obligación de reparar el daño antijurídico que causó, pero resulta altamente improbable —por no decir que materialmente imposible— recaudar elementos demostrativos que permitan cuantificar de forma técnica, con apoyo en elementos matemáticos y/o estadísticos, el monto del perjuicio a indemnizar.

5.1.- Perjuicios derivados de la pérdida de la oportunidad de la víctima directa.

*(...), la Sala no se pronunciará respecto de los perjuicios materiales solicitados en la demanda, comoquiera que ellos derivan de la muerte de la víctima directa, motivo por el cual se reconocerá, con fundamento en el principio de equidad antes mencionado, una suma genérica para cada demandante, habida cuenta que cada uno de ellos demostró su interés para demandar dentro de este proceso y su consiguiente legitimación en la causa por activa dentro del mismo*¹⁰⁴ (Negrilla fuera del texto)

En igual sentido, se pronunció la Subsección A en sentencia del 5 de julio de 2018¹⁰⁵, en la que se indicó que *“no se reconocerán los perjuicios materiales a título de lucro cesante pretendidos por los demandantes, pues, se reitera, no es consecuencia de la muerte del señor Armando Quijano Santamaría de donde surge la indemnización, sino como un perjuicio autónomo consistente en la pérdida de la oportunidad de haber continuado con vida.”*

De manera que, en este caso al encontrarse probado el daño derivado de la pérdida de oportunidad se procederá a la liquidación del perjuicio así:

- **Perjuicios derivados de la pérdida oportunidad:**

Ahora, como se adujo en el marco teórico, la pérdida de oportunidad es un perjuicio autónomo indemnizable, el cual se tasa de acuerdo con las probabilidades que tenía la víctima de conservar su salud, lo cual en este caso quedó demostrado con el dictamen del galeno de la UNIVERSIDAD NACIONAL en el que se indicó que *“La paciente cursaba según criterios con SDRA [Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda] de origen pulmonar severo y esta entidad clínica no es sino la manifestación clínica de la falla orgánica de origen pulmonar.”* La mortalidad por esta entidad tiene una tasa media de 53% ± 22% sin cambios significativos a lo largo del tiempo” (folios 500-508 del expediente físico, Pág. 662-671 documento 01), **contrario sensu, tenía entre el 47% y 78%** de probabilidad de recuperar su salud.

Ahora bien, como quiera el porcentaje de probabilidad de recuperar la salud de paciente no es uno exacto sino que se muestra en un rango del 47% y el 78%, **la sala optara por aplicar el porcentaje promedio entre el intermedio de los dos extremos que se considera aplicable a una persona en condiciones normales y el**

¹⁰³ “Precepto cuyo tenor literal es el siguiente: ‘Dentro de cualquier proceso que se surta ante la Administración de Justicia, la valoración de daños irrogados a las personas y a las cosas atenderá los principios de reparación integral y equidad y observará los criterios técnicos actuariales’”.

¹⁰⁴ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 11 de agosto de 2010, rad. 18593.

¹⁰⁵ Consejo de Estado. Sección Tercera. Subsección A. CP: Marta Nubia Velásquez Rico. Rad: 68001-23-31-000-2004-02444-01(44740). Actor: Sara Orejarena de Quijano

menor porcentaje de sobrevivencia que tenía la menor, esto es, 54.75% de posibilidad de sobrevivencia¹⁰⁶, habida cuenta que la paciente si bien tenía la oportunidad de recuperar su salud, ello no podría darse en el 100%, dadas las secuelas de meningitis, epilepsia focal y retardo global del desarrollo severo que sufría, sin que ello signifique que deba indemnizarse por el porcentaje más bajo puesto que no se cuenta con criterios técnicos, estadísticos y con información objetiva, que permite concluir que tales patologías la ubiquen en el rango más bajo de probabilidad. De manera que, sobre este porcentaje deberán tasarse los perjuicios.

Así las cosas, en este asunto, quedó demostrada la legitimación material en la causa por activa, de ENRIQUE GONZÁLEZ DELGADO como padre de MARÍA CHAVELY GONZÁLEZ MARÍN¹⁰⁷.

De igual forma, se acreditó la calidad de EDDY ENRIQUE GONZÁLEZ MARÍN, MATÍAS ENRIQUE GONZÁLEZ ROMERO y JOHAN ALBEIRO GONZÁLEZ ROMERO como hermanos de la víctima directa¹⁰⁸.

En cuanto a la calidad de madre de crianza aducida por la señora LUZ MARINA APONTE ACERO frente a la menor MARÍA CHAVELY GONZÁLEZ MARÍN, tenemos en el expediente el testimonio de LINORA SÁNCHEZ CÁRDENAS dado en la audiencia del 8 de octubre de 2012¹⁰⁹, quien es vecina de la familia GONZÁLEZ APONTE, aseguró que a *"ENRIQUE lo conozco porque hace mucho tiempo es vecino y a LUZ MARINA también es vecina porque vive con ENRIQUE, él es el papá de MARÍA CHAVELUY y **LUZ MARINA la madrastra**"*, seguidamente se le preguntó *"Que personas conformaban la familia de la menor MARIA CHAVELY GONZALEZ MARINK, en caso afirmativo señale como eran sus relaciones afectivas, señalando porque le constan estas circunstancias."*, a lo que contestó *"la conforman ENRIQUE, LUZ MARINA, ellos son los que vivían con ella en la casa"*.

También se le preguntó *"Diga si sabe o le consta como son las relaciones de afecto y ayuda entre las personas que se han mencionado en la presente diligencia y que componen la familia de la menor MARIA CHAVELY GONZALEZ MARIN en calidad de padre, madre de crianza, hermanos, indicando porque le consta este hecho"*, a lo que respondió *"el papá la quería mucho, la ayudaba a sentarse porque ella se la pasaba acostada, y le ayudaba económicamente, **la madrastra se esmeraba por cuidarla cuando se enfermaba corría al médico, buen trato le daba a la niña. Si toca dejarla en el hospital ella la acompañaba todo el tiempo.**"*. Finalmente señaló que *"el papá no hace más que recordar la niña, no come esta grave, lo mismo **la madrastra**"*

¹⁰⁶ $47\%(\text{menor porcentaje de sobrevivencia}) + 78\% (\text{mayor porcentaje de sobrevivencia-persona óptimas condiciones}) = 125/2 = 62.5\%$ (promedio sobrevivencia persona normal) $+47\%$ (menor porcentaje de sobrevivencia) = $109.5/2 = \mathbf{54.75\%}$

¹⁰⁷ Páginas 27 digital (01). 22 físico.

¹⁰⁸ Páginas 29, 31 y 33 digital (01). 23, 24 y 25 físico.

¹⁰⁹ Páginas 623 digital (01). 468 físico.

también le ha afectado y los hermanos están afectados adoloridos, porque ellos van a visitar al papá que están afectados por que yo los visito en la casa y los veo muy recaídos”.

Así mismo, en audiencia del 11 de abril de 2018¹¹⁰, la señora MARÍA DEL CARMEN VACA quien era vecina de la familia afirmó que LUZ MARINA APONTE “no era la mamá [refiriéndose a MARIA CHAVELY], o sea ella era la que la estaba criando a la niña, o sea ella era la que veía por la niña, porque la mamá se la dejó al papá, o sea ella era la que la estaba criando, **ella francamente era la mamá de la niña**, ella era la que cuidaba la niña, era la que la paladiaba y todo en las enfermedades que ella tenía”.

Aunado a ello se tiene que en la nota médica del 27 de agosto¹¹¹, se refiere a la “MADRASTRA” como la persona que administró los medicamentos a la menor previó el ingreso al centro hospitalario. De igual forma, el 17 de septiembre a las 6:42¹¹², se hizo referencia a la “MADRASTRA”, quien la ha cuidado desde que la menor tenía 8 años, a quien se le explicó el estado de la paciente. Igualmente se observa la presencia de esta persona el 18 de septiembre a las 15:28 cuando en el acápite de “ANÁLISIS”, al final de esta nota se afirma que “SE LE DIO INFORME A MADRASTRA”¹¹³.

Además, obra en el expediente¹¹⁴, certificación expedida por la Defensora de Familia del ICBF, en la que se certifica que “LA SEÑORA LUZ MARINA APONTE PORTADORA DE LA CC No. 21.242.902 (...) SE ENCUENTRA VINCULADA AL PROGRAMA DE HOGAR BIOLÓGICO [115] Y TIENE BAJO SU CUIDADO A LA NIÑA MARIA CHAVELY GONZÁLEZ DE 9 AÑOS DE EDAD HIJA DE ENRIQUE GONZÁLEZ DELGADO QUIEN SE ENCUENTRA PRIVADO DE LA LIBERTAD”.

Con lo anterior, se encuentra acreditada la calidad de madre de crianza de LUZ MARINA APONTE ACERO frente a la menor MARÍA CHAVELY GONZÁLEZ MARÍN.

Al respecto vale la pena traer a la colación la sentencia del 6 de febrero de 2020¹¹⁶, en la que frente a las madres de crianza se indicó lo siguiente:

“Al respecto, es del caso precisar que la familia no está limitada solo por los vínculos naturales o jurídicos, sino que también se extiende a aquellos casos en los que sus

¹¹⁰ Páginas 132 digital (02). 613 físico. Audio 01.1 Minuto 14:34 en adelante.

¹¹¹ Página 123 Archivo digital (03). 74 Anexo físico

¹¹² Página 45 Archivo digital (02). 549 físico

¹¹³ Página 50 Archivo digital (02). 551 físico

¹¹⁴ Página 274 Archivo digital (03). 162 Anexo físico

¹¹⁵ Hoy conocido como hogar gestor “A través de este programa se busca promover la permanencia de los menores en sus grupos familiares de origen, evitando la institucionalización y ruptura de vínculos, a través de un apoyo económico transitorio, que permita mejorar las condiciones de vida de los niños, niñas adolescentes para favorecer el ejercicio de los derechos.” Sentencia T- 816 de 2007

¹¹⁶ Consejo de estado. Sección Tercera. Subsección A. CP: María Adriana Marín. Rad: 54001-23-31-000-2010-00421-01(54396) Actor: VILLAMIR RODRÍGUEZ FIGUEROA Y OTROS

Reparación Directa

Rad. 50001 33 31 002 2011 00315 01

Dte: Enrique González Delgado y otros

Ddo: Hospital Departamental de Villavicencio ESE y CAJACOPI EPS

integrantes deciden tener a un sujeto como miembro del grupo familiar, en virtud de los lazos de afecto, respeto, solidaridad, comprensión y protección que los unen¹¹⁷.

En ese orden de ideas, la Sala da crédito a los testimonios antes referidos, pues de los mismos se logra inferir que, en efecto, la señora María del Carmen Figueroa Arévalo es la madre de crianza del señor Villamir Rodríguez Figueroa, por lo que será reconocida en tal condición en este proceso.”

Por consiguiente, acreditada la calidad con la que los demandantes comparecen al proceso, se condenará al pago de las siguientes cantidades equivalentes en Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes, por concepto del daño consistente en la pérdida de la oportunidad.

| | |
|--|-------------|
| Enrique González Delgado (padre de la víctima) | 54.75 SMMLV |
| Luz Marina Aponte Acero (Madre de crianza) | 54.75 SMMLV |
| Eddy Enrique González Marín (Hermano) | 27.38 SMMLV |
| Johan Albeiro González Romero (Hermano) | 27.38 SMMLV |
| Matías Enrique González Romero (Hermano) | 27.38 SMMLV |

Esta forma de resarcir el perjuicio aplicando el porcentaje del chance perdido a la base de 100 y traducirlo a salarios mínimos, fue utilizada en la sentencia del 7 de octubre de 2020 atrás citada¹¹⁸.

- **Perjuicios Morales**

Ha entendido la jurisprudencia que este tipo de perjuicio puede reconocerse además del derivado de la pérdida de oportunidad en sí misma, es decir, que no son incompatibles, pues los perjuicios morales devienen de la aflicción, angustia y congoja que generó a los interesados, la pérdida de oportunidad de la víctima directa, en los siguientes términos se ha precisado:

“La procedencia del reconocimiento de este tipo de perjuicio fue materia de pronunciamiento por la Sección Tercera del Consejo de Estado en el plurimencionado fallo de agosto 11 de 2010 y también por la Subsección A de dicha Sección en decisión del 7 de julio de 2011¹¹⁹, en los siguientes términos:

“En cuanto corresponde a esta clase perjuicios, dado que ninguna incompatibilidad existe entre el reconocimiento de los perjuicios ocasionados por el daño autónomo consistente en la pérdida de oportunidad que aquí se ha detallado y la aflicción, angustia y congoja que en el plano puramente moral o inmaterial les generó la mencionada pérdida de oportunidad –

¹¹⁷ Sobre el particular, consultar, por ejemplo: Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección A, sentencia del 30 de agosto de 2017, expediente 2009-00352-01(51676), Magistrada Ponente: Marta Nubia Velásquez Rico.

¹¹⁸ Ya había sido aplicada con anterioridad. Ver sentencias del 13 de mayo de 2015, radicado 660012331000200200201501. MP. Hernan Andrade Rincón (E), y la del 5 de julio de 2018, radicado 68001233100020040244401, M.P. Marta Nubia Velásquez Rico.

¹¹⁹ Consultar sentencia de 11 de agosto de 2010, Exp. No. 050012326000199500082 – 01 (18.593); sentencia de 25 de agosto de 2011, Exp. No. 250002326000199703994 – 01 (19.718); sentencia de 7 de julio de 2011, Exp. No. 520012331000199708974 – 01 (20.139). Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección A, reiterado en sentencia del 21 de marzo de 2012, expediente: 22.017, C.P. Mauricio Fajardo Gómez.

que no los perjuicios morales por la muerte de la víctima directa- se hará un reconocimiento por este específico concepto (...)",¹²⁰

Así las cosas, en cuanto a los perjuicios morales debe recordarse que el Consejo de Estado en Sala Plena de la Sección Tercera, en providencia de fecha 25 de septiembre de 2013, expediente 36460, unificó los criterios para determinar la cuantificación de aquellos, estableciéndose que su valoración debe ser hecha por el juzgador en cada caso según su prudente juicio, pero se sugirió la imposición de condenas por la suma de dinero equivalente a cien (100) salarios mínimos legales mensuales, en los eventos en que aquél se presente en su mayor grado.

Así mismo, el máximo Tribunal de lo Contencioso Administrativo, en pronunciamiento del 28 de agosto de 2014¹²¹, estableció una tabla de unificación jurisprudencial en la que determinó el monto a tener en cuenta para indemnizar el daño moral en caso de lesiones, determinándolo por nivel (nivel de relación con la fallecida), así:

| REPARACIÓN DEL DAÑO MORAL EN CASO DE MUERTE REGLA GENERAL | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| | NIVEL 1 | NIVEL 2 | NIVEL 3 | NIVEL 4 | NIVEL 5 |
| | Relaciones afectivas conyugales y paterno filiales | Relación afectiva del 2° de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos) | Relación afectiva del 3° de consanguinidad o civil | Relación afectiva del 4° 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 |

Por lo tanto, atendiendo al grado de parentesco que tienen las demandantes respecto de la víctima se les reconocerá las siguientes cantidades, dado que como se explicó en acápites anteriores, cuando la responsabilidad se declara con fundamento en la pérdida de oportunidad, el *quantum* indemnizatorio se ve disminuido.

| | |
|--|-------------|
| Enrique González Delgado (padre de la víctima) | 54.75 SMMLV |
| Luz Marina Aponte Acero (Madre de crianza) | 54.75 SMMLV |
| Eddy Enrique González Marín (Hermano) | 27.38 SMMLV |
| Johan Albeiro González Romero (Hermano) | 27.38 SMMLV |
| Matías Enrique González Romero (Hermano) | 27.38 SMMLV |

Por último, de conformidad con lo reglado en el artículo 171 del C.C.A., modificado por el artículo 55 de la ley 446 de 1998, no habrá lugar a condenar en costas, por cuanto no se evidencia que la parte demandada haya actuado con temeridad o mala fe.

¹²⁰ Sentencia del 12 de marzo de 2015, proferida por el Consejero HERNÁN ANDRADE RINCÓN, dentro del Radicado No. 880012331000200300073 01 (32297), demandante: ALIDA ELINOR POMARE WILSON Y OTROS.

¹²¹ CONSEJO DE ESTADO. SECCIÓN TERCERA, sentencia de unificación jurisprudencial del 28 de agosto de 2014, Exp. 31172, M.P: OLGA MÉLIDA VALLE DE LA HOZ.

En mérito de lo expuesto, el Tribunal Administrativo del Meta, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

R E S U E L V E:

PRIMERO: **REVOCAR** el fallo de primera instancia proferido el 30 de septiembre de 2019 por el Juzgado Noveno Administrativo de Villavicencio, que negó las pretensiones de la demanda, por las razones expuestas.

SEGUNDO: **DECLARAR** patrimonialmente responsable a CAJACOPI EPS por los perjuicios causados a las demandantes, con la muerte de MARÍA CHAVELY GONZÁLEZ MARÍN, de conformidad con lo explicado en esta sentencia.

TERCERO: **CONDENAR** a CAJACOPI EPS a pagar, a título de pérdida de la oportunidad sufrida por MARÍA CHAVELY GONZÁLEZ MARÍN, las siguientes cantidades:

- a. Para **ENRIQUE GONZÁLEZ DELGADO**, en calidad de padre de víctima, la suma equivalente a **CINCUENTA Y CUATRO PUNTO SETENTA CINCO (54.75) SMMLV**.
- b. Para **LUZ MARINA APONTE ACERO** en calidad de madre de crianza de la víctima, la suma equivalente a **CINCUENTA Y CUATRO PUNTO SETENTA CINCO (54.75) SMMLV**.
- c. Para **EDDY ENRIQUE GONZÁLEZ MARÍN, JOHAN ALBEIRO GONZÁLEZ ROMERO Y MATÍAS ENRIQUE GONZÁLEZ ROMERO**, en calidad de hermanos de la víctima, la suma equivalente a **VEINTISIETE PUNTO TREINTA Y OCHO (27.38) SMMLV, para cada uno**.

El precio del salario mínimo mensual legal será el que rija a la fecha de ejecutoria de esta sentencia.

CUARTO: **CONDENAR** a CAJACOPI EPS, a pagar por concepto de perjuicios morales las siguientes cantidades:

- a. Para **ENRIQUE GONZÁLEZ DELGADO**, en calidad de padre de víctima, la suma equivalente a **CINCUENTA Y CUATRO PUNTO SETENTA CINCO (54.75) SMMLV**.
- b. Para **LUZ MARINA APONTE ACERO** en calidad de madre de crianza de la víctima, la suma equivalente a **CINCUENTA Y CUATRO PUNTO SETENTA CINCO (54.75) SMMLV**.

- c. Para **EDDY ENRIQUE GONZÁLEZ MARÍN, JOHAN ALBEIRO GONZÁLEZ ROMERO Y MATÍAS ENRIQUE GONZÁLEZ ROMERO**, en calidad de hermanos de la víctima, la suma equivalente a **VEINTISIETE PUNTO TREINTA Y OCHO (27.38) SMMLV, para cada uno.**

El precio del salario mínimo mensual legal será el que rija a la fecha de ejecutoria de esta sentencia.

QUINTO: **NEGAR** las demás pretensiones de la demanda.

SEXTO: CAJACOPI EPS, dará cumplimiento a esta sentencia en el término previsto en el artículo 176 del C.C.A. y se reconocerá los intereses en las condiciones previstas en el artículo 177 ídem., adicionado por el artículo 60 de la ley 446 de 1998.

SÉPTIMO: Sin condena en costas.

OCTAVO: En firme esta providencia, remítase el proceso al Juzgado Noveno Administrativo del Circuito de Villavicencio, para lo de su cargo.

NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE,

Esta providencia fue discutida y aprobada en Sala de Decisión Escritural No. 5 celebrada el día 28 de octubre de 2021 según Acta No. 068, y se firma de forma electrónica.

Firmado Por:

Claudia Patricia Alonso Perez

Magistrado

Mixto 005

Tribunal Administrativo De Villavicencio - Meta

Hector Enrique Rey Moreno

Magistrado

Mixto 003

Tribunal Administrativo De Villavicencio - Meta

Carlos Enrique Ardila Obando

Magistrado

Mixto 002

Tribunal Administrativo De Villavicencio - Meta

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación:

65d00602dd7eddf35ff7867ff687cbae25446ad4f0d54248acaaf77d572b82b2

Documento generado en 02/11/2021 06:29:01 AM

Valide este documento electrónico en la siguiente URL:

<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>