



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO SEXTO ADMINISTRATIVO DE ORALIDAD DEL CIRCUITO DE TUNJA

Tunja, 14 de julio del 2020.

MEDIO DE CONTROL:	REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTES:	JENIFER RUBELY ALVAREZ VELEZ Y OTROS
DEMANDADO:	E.S.E HOSPITAL JOSE CAYETANO VASQUEZ
EXPEDIENTE:	15001-3333-006-2016-00048-00

Corresponde al Juzgado Sexto Administrativo de Oralidad del Circuito de Tunja resolver en primera instancia el litigio planteado por la parte actora en contra de la **E.S.E HOSPITAL JOSE CAYETANO VASQUEZ**

I. SÍNTESIS DEL CASO

Se demanda a la **E.S.E HOSPITAL JOSE CAYETANO VASQUEZ** por el fallecimiento de un menor causada por la presunta falencia en la prestación del servicio a cargo de esta entidad, debido al diagnóstico tardío de la menor, quien ingreso en tres ocasiones diferentes al hospital sin recibir el diagnóstico acertado, además al dar de alta a la paciente cuando se encontraba en el estado crítico de la enfermedad que acaecía (dengue viral), y al realizar una remisión a la CLÍNICA DE LAS AMÉRICAS de forma extemporánea, circunstancias que en suma son la presunta causa de muerte de la menor.

II. ANTECEDENTES

2.1. Lo que se demanda

La señora **JENIFER RUBELY ALVAREZ VELEZ**, en nombre propio y de su menor hijo **JUAN DAVID PALACIO ALVAREZ, DAVID ARQUIMEDEZ PALACIO VARGAS, MARTHA CECILIA VELEZ VERGARA, ARQUIMEDEZ PALACIO LETRADO y ANGY CAROLINA VELEZ VERGARA**, por medio de apoderado judicial y en ejercicio del medio de control previsto en el artículo 140 del C.P.A.C.A., demandan a la **E.S.E HOSPITAL JOSE CAYETANO VASQUEZ**, con el propósito de que se acceda a las siguientes declaraciones y condenas:

"(...)

1. *DECLÁRESE que la E.S.E HOSPITAL JOSE CAYETANO VASQUEZ, es administrativa y solidariamente responsable de la totalidad de perjuicios irrogados a los demandantes,*

JENIFER RUBELY ALVAREZ VELEZ, JUAN DAVID PALACIO ALVAREZ, DAVID ARQUIMEDEZ PALACIO VARGAS, MARTHA CECILIA VELEZ VERGARA, ARQUIMEDEZ PALACIO LETRADO y ANGY CAROLINA VELEZ VERGARA, quienes comparecen a reclamar los perjuicios padecidos con ocasión de la muerte de la menor KAREN JULIETH PALACIO ALVAREZ, en hechos ocurridos el 9 de Marzo de 2014.

2. CONDÉNESE a la E.S.E HOSPITAL JOSE CAYETANO VASQUEZ a indemnizar a los demandantes los siguientes perjuicios:

2.1. Morales

2.1.1. Sufridos JENIFER RUBELY ALVAREZ VELEZ, JUAN DAVID PALACIO ALVAREZ, DAVID ARQUIMEDEZ PALACIO VARGAS, MARTHA CECILIA VELEZ VERGARA, ARQUIMEDEZ PALACIO LETRADO y ANGY CAROLINA VELEZ VERGARA

2.1.2. Causados por el dolor, la angustia, la congoja, la pena y el menoscabo de la integridad afectiva y espiritual que padecieron con la muerte la menor KAREN JULIETH PALACIO ALVAREZ, en hechos ocurridos el 9 de Marzo de 2014, por la negligencia médica y perdida de oportunidad del Hospital José Cayetano Vásquez.

2.1.3. Estimados en CIEN (100) Salarios Mínimos Legales Mensuales, lo que suma el valor \$68.945.400 o lo demás que se pruebe en el proceso, para cada uno de los perjudicados, teniendo en cuenta que el valor del salario mínimo legal mensual a la presentación de la presente demanda es del orden de \$689.454, reconocimiento que se hará de acuerdo al valor que tenga el salario mínimo legal mensual a la fecha de ejecutoria de la sentencia o del auto que apruebe la conciliación y se actualizará según la variación del índice de precios al consumidor suministrado por el DANE, entre la fecha de expedición del decreto que fije el salario mínimo y la época de ejecutoria del fallo o del auto aprobatorio de la conciliación, acorde con. el fallo del Consejo de Estado de septiembre 6 del 2001 (o lo que esté reconociendo la Jurisprudencia en el momento del fallo por concepto de perjuicios morales y su actualización

2.3. Perjuicio Material de Lucro Cesante

Para la estimación de este perjuicio se tendrá en cuenta la siguiente información:

Víctima: KAREN JULIETH PALACIO ALVAREZ

Nacimiento: 29 de julio de 2002

Edad al momento de la muerte (13 de marzo de 2014):11.66 años

tiempo de liquidación desde los 18 años hasta los 25 años: 7 años: 84 meses

Madre: JENIFER RUBELY ALVAREZ VELEZ

Edad al momento de la muerte de su hija (13 de marzo de 2014):28.75 años

Padre: DAVID ARQUIMEDEZ PALACIO VARGAS

Edad al momento de la muerte de su hija (13 de marzo de 2014): 27 años

Los elementos para el cálculo que nos ocupa son:

nf1 = Tiempo faltante para llegar a completar el período de supervivencia, a partir de la fecha probable de la presentación de la demanda y la supervivencia la víctima, para efectos del lucro cesante futuro.

R = Renta mensual = \$861.817 (689.454 SMMLV+ 25% factor prestacional)

Rf = Ayuda económica familiar = \$430.908,5 (50% de la renta mensual)

De acuerdo a lo estipulado por la doctrina y la jurisprudencia la menor no tenía limitaciones físicas, así que se le presume aptitud para laborar, tiempo que sería desde que cumpliera la mayoría de edad (18 años) hasta la fecha en que se presume su emancipación (25 años). Liquidación con un salario mínimo actual (\$689.454) más el 25% por prestaciones sociales (\$172.363,5) para un total de \$861.817, Destinando el 50% para la ayuda económica de su familia durante la tiempo de liquidación (7 años) para un total de base de Hquidación de \$430.908,5, dicha cantidad deberá actualizarse en la debida oportunidad, multiplicándola por la variación porcentual de los índices nacionales de precios al consumidor para el nivel de ingresos medios (empleados) certificada por el DANE, entre la fecha de la ocurrencia de los hechos y la fecha de ejecutoria de la sentencia, o la del auto que le imparta aprobación a la conciliación.

2.4 Lucro Cesante Futuro:

2.4.1 Lucro Cesante Futuro

2.4.1.1 Consistente en la ayuda económica que se presumía le suministraría la KAREN JULIETH PALACIO ALVAREZ a sus padres JENIFER RUBELY ALVAREZ VELEZ, DAVID ARQUIMEDEZ PALACIO VARGAS, estimado desde la fecha probable de su mayoría de edad (18 años) y hasta fecha probable de emancipación (25 años)

Fórmula: $LCF = Rm \left\{ \frac{(1+i)^{nf} - 1}{i} \right\}$

$i (1 + i)^{nf1}$

Donde:

Rf = Ayuda económica familiar \$430.908,5

i = Interés técnico legal mensual = 0.004867

nf1 = Meses lucro cesante futuro = 84 meses.

LCF: \$ 47.433.314

2.4.1.2 Lucro cesante futuro se estima para la madre JENIFER RUBELY ALVAREZ VELEZ, la suma de \$23.716.657 y para el padre la suma de DAVID ARQUIMEDEZ PALACIO VARGAS \$23.716.657 o lo más que se pruebe en el proceso, suma de dinero que deberá fijarse de manera definitiva al momento de proferirse el fallo, de acuerdo a la actualización del salario mínimo legal mensual para esa fecha con la fórmula de indexación avalada por la jurisprudencia del Honorable Consejo de Estado y liquidada de acuerdo al cálculo actuarial establecido, teniendo como parámetros la fecha de la probable de la presentación de la demanda y la supervivencia la víctima.

3. *ORDÉNESE a la E.S.E HOSPITAL JOSE CAYETANO VASQUEZ, a cumplir la sentencia en los términos de los artículos 187, 188, 189 y 192 de la Ley 1437 de 2011, Nuevo Código Contencioso Administrativo. (...)*"

2.2. Fundamentos fácticos

Como sustento de las pretensiones el apoderado del demandante esbozó un sustento fáctico del que se consideran relevantes los siguientes hechos:

- Manifiesta que según historia clínica del HOSPITAL JOSÉ CAYETANO VÁSQUEZ, KAREN JULIETH PALACIO ALVAREZ ingresa a la institución hospitalaria el día 5 de marzo de 2014 y aduce que desde la madrugada la menor presentaba *"dolor abdominal, asociado a vómito y fiebre, refiere ausencia de deposiciones de 2 días y ausencia de flatos de un día"*

- Que debido a esto el día 5 de marzo de 2014 a las 10:21 am, le realizan hemograma y radiografía abdominal simple vertical, que sirve para descartar la presencia de signos de obstrucción intestinal, con resultados negativos de presencia de niveles hidroaéreos, pero si observando impactación fecal (Incapacidad de evacuar las heces).

- Que por lo anterior, como tratamiento le suministran líquidos endovenosos (sodio cloruro 0.9% bolsa x 500 ml), ranitidina ampolla x50 Mg (sirve para gastritis y dolores abdominales), igualmente para controlar el dolor en epigastro le suministran hioscina butilbromo ampolla x 20 Mg (sirve para cólicos abdominales, solo es espasmódico) y por ultimo dipirona ampolla x 1g (analgésico general) hasta ese momento la paciente estaba siendo tratada por dolores abdominales y obstrucción intestinal según diagnóstico presuntivo y confirmado de la historia clínica, esperando resultados de mejoría con el tratamiento realizado, que según la literatura médica para el diagnóstico debía tener resultados positivos inmediatos, por lo que deciden dar de alta a la menor.

- Ese mismo día (05-03-2014 20:49:08 horas) y al continuar la presencia de los síntomas sin mejoría la menor ingresa nuevamente al HOSPITAL JOSÉ CAYETANO VÁSQUEZ, consignándose en la historia clínica:

"PACIENTE DE 11 AÑOS DE EDAD RECONSULTANTE EN COMPAÑÍA DE LA MADRE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS DE EVOLUION CARACTERIZADO POR DE FIERBE (SIC) QUE INICIO EN HORAS DE LA MADRUGADA DEL DIA DE HOY, MANEJADA DE FORMA AMBULATORIA CON METOCLOPRAMIDA, OMEPRAZON E HIDROXILO DE ALUMINIO Y ACETAMINOFEN SON MEJORIA CLINICA, SE REvisa HISTORIA CLINICA, EN LA CUAL PARA CLINICOS SE HALLAN DENTRO DE LIMITES NORMALES, RX ABDOMEN"

- Por lo anterior el día 06 de marzo de 2014 a las 02:51:04 am deciden continuar con líquidos endovenosos, nuevamente dipirona (analgésico general) y seguimiento de fiebre; A las 11:21:01 am deciden dejarla en observación, le siguen suministrando líquidos y dipirona, le realizaron medios físicos y solicitan examen de control, realizan parcial de orina y

hemograma, del cual anotan lo siguiente: *hematuria (que significa sangre en la orina), el cuadro hemático muestra leucopenia (que significan que bajan los glóbulos blancos) y anemia leve (se encuentra perdiendo sangre que significa que bajan glóbulos rojos y hemoglobina).*

- Que con estos exámenes se evidenciaba claramente que la menor KAREN JULIETH PALACIO ALVAREZ presentaba todos los signos presuntivos de Dengue, esto es, vivía en una zona endémica como lo es Puerto Boyacá, (municipio que se encuentra al borde del río Magdalena y con una altitud de 130 metros sobre el nivel del mar), a su vez presentaba fiebre sin evolución (que había sido tratada con medicamentos y no bajaba de 38 y 39 grados de temperatura) sumado al malestar general, vómito, dolor abdominal, hematuria (sangre en la orina), leucopenia (disminución de glóbulos blancos) y anemia leve (pérdida de sangre, disminución de glóbulos rojos y hemoglobina) todos los síntomas para prever y presumir la presencia de dengue en la menor.

- Que debido a lo anterior debió realizarse prueba de torniquete para descartar dengue, la cual es una técnica que ofrece información sobre la fragilidad capilar, usada por ejemplo como diagnóstico diferencial para enfermedades como el dengue y otros trastornos hemorrágicos por aumento de la fragilidad. Prueba que no fue realizada a la menor KAREN JULIETH PALACIO ALVAREZ.

- Manifiesta además que la menor KAREN JULIETH para el reingreso al hospital tenía todos los signos de alarma de dengue y debieron en su reingreso, cuando se evidenciaba que los medicamentos generales no causaban ninguna mejoría, haber presumido la presencia del dengue, y realizar un HEMOGRAMA COMPLETO (EL cual no fue realizado).

- Que conforme a lo indicado en la guía para la atención clínica integral del paciente con dengue emitido por el Ministerio de Protección Social y el algoritmo para la atención médica en casos de dengue y Dengue Graves, se debía realizar un monitoreo del estado clínico de la menor KAREN JULIETH, que consiste en un control diario para evaluar la progresión de la enfermedad, con control de disminución de leucocitos, defervescencia, y controlar los signos de alarma hasta el periodo crítico del dengue

- Que según algoritmo para la atención médica en casos de Dengue y Dengue Graves y La guía para la atención clínica integral del paciente con dengue, emitido por el Ministerio de la Protección Social, al paciente que presente síntomas como los de la menor KAREN JULIETH, solo les podrán dar de alta si hay ausencia de fiebre por 48 horas, incremento del conteo de plaquetas, hematocrito estable sin líquidos intravenosos, mejoría del estado clínico y ausencia de distress respiratoria.

- Que dichos requisitos no se cumplían, que sin ningún control de fiebre (durante 48 horas), fue dada de alta el 06 de marzo de 2014 a la 1:09 pm, momento en el que se encontraba en la fase crítica de la enfermedad, y al obtener un mal diagnóstico de los médicos tratantes

y no evidenciar el dengue a tiempo, pese a la obviedad de sus síntomas y además ser dada de alta, concurren dichas circunstancias en el empeoramiento y gravedad del estado de salud de la menor.

- Luego de dos días de darle de alta a la menor Karen Julieth, esto es, el 08 de marzo de 2014 reingresa nuevamente al Hospital José Cayetano Vásquez, plasmando en la historia clínica como enfermedad actual lo siguiente: *"cuadro clínico de 3 días de evolución consistente en dolor abdominal, escalofrió, fiebre, vomito, síntomas mejoran y ceden con el tratamiento, manejada como constipación y gastritis, actualmente bajo manejo con antipiréticos y antieméticos, ingresa con olor no controlado."*

- Al reingresar por tercera vez el 08 de marzo de 2014 a las 14:41:46, el médico general tratante ordena cuadro hemático y coprológico, a las 16:52:26 horas se solicitó prueba rápida para dengue (inmunoglobulina M y G), prueba de función renal (BUN y creatinina), prueba de función hepática (hígado - ALBUMINA, transaminasa y tiempos de coagulación) y LDH (para ver hemolisis que los glóbulos rojos se están destruyendo o no).

- El día 09 de marzo de 2014 a las 00:50:50 horas: se autoriza traslado primario al Hospital San Vicente de Paul, al momento de la salida de la paciente se confirma remisión para la Clínica de las Américas de la ciudad de Medellín.

- Según la historia clínica consignada al ingreso de la menor a la Clínica de las Américas, la menor KAREN JUUETH PALACIO ALVAREZ ingresa el día 09-03-2014 a las 10:54:19 con la siguiente anotación: *"paciente de 11 años con antecedente de cefalea migrañosa que requirió manejo en UCIP hace 2 años, quien ingresa remitida de Hospital José Cayetano (Puerto Boyacá), por cuadro de 4 días de evolución consistente en fiebre alta cuantificada hasta 39º asociada a dolor abdominal generalizado, vómitos astenia y adinamia."*

- El mismo 9 de marzo de 2014 a las 17:51:41 *"presenta paro cardiaco a pesar del soporte inopresor y del soporte ventilatorio se le informa a la mamá, quien está presente y se suspende el soporte ventilatorio e inopresor"*, fallece entonces la menor KAREN JULIETH PALACIO ALVAREZ el mismo día de ingreso a la Clínica de las Américas, a causa de la negligencia en la atención, tardanza en el diagnóstico y negligencia administrativa e impericia en el personal médico de la E.S.E HOSPITAL JOSE CAYETANO VASQUEZ.

III. TRAMITE PROCESAL

La demanda fue radicada el 25 de abril de 2016 (Fl.1). Mediante auto del 10 de junio del 2016, se admitió la demanda que da origen al presente medio de control en contra de la E.S.E HOSPITAL JOSE CAYETANO VASQUEZ (Fls. 231-232).

La E.S.E HOSPITAL JOSE CAYETANO por intermedio de apoderado judicial el 26 de octubre de 2016 (Fls.140-185), realiza contestación de la demanda.

Posteriormente el 11 de noviembre de 2016 el demandante radica solicitud de reforma y adición a la demanda (Fls. 257-261) la cual es admitida por auto calendado del 1 de marzo de 2017 (Fls. 281-290) y frente a la cual el HOSPITAL JOSE CAYETANO se pronuncia el día 5 de abril de 2017 (Fls. 332) ratificando lo aducido en la contestación de la demanda.

3.1 Contestación de la demanda

3.1.1 E.S.E HOSPITAL JOSE CAYETANO VASQUEZ (FI. 244-285)

Frente a los hechos señaló que unos eran ciertos, otros no le constaban y los demás no eran ciertos; argumentó que no es cierto que haya existido error en los procedimientos y diagnóstico emitidos por los médicos tratantes en el caso de la menor KAREN JULIETH, toda vez que la E.S.E HOSPITAL JOSE CAYETANO actuó en concordancia con los síntomas que presentaba la menor, que para la época de los hechos hacían referencia a problemas gastrointestinales.

Que además y conforme a los síntomas presentados se actuó conforme a los protocolos de urgencias denominados AGA, ACLS, así como ATL que son los usados para estabilizar cualquier paciente, situación que se realizó en el caso de la menor KAREN JULIETH.

Aunado a lo anterior, manifiesta que debido a la sintomatología de la menor no era posible prever la enfermedad denominada dengue, toda vez que los síntomas que presentaba también son característicos de una infección intestinal, aduce que la menor no presentaba diarrea, síntoma característico de los enfermos por dengue, todo lo contrario, conforme a lo consignado en la historia clínica la menor no realizaba deposición con dos días de antelación.

Que debido a esto y conforme a la respuesta afirmativa a los tratamientos realizados a la menor, el médico tratante decide darla de alta, empero al contrario de lo afirmado por el demandante, aclara que conforme a lo consignado en la historia clínica se deja por sentado que en caso de presentarse nuevamente los síntomas o empeorar la salud se remitan nuevamente a la entidad hospitalaria, ordenando además cita prioritaria con pediatría.

Que tampoco existió negligencia administrativa toda vez que al ingresar la menor por tercera vez (08 de marzo de 2019) y dentro de las 12 horas posteriores se realizan todos los trámites necesarios para la remisión de la menor a un hospital de mayor nivel de complejidad, trámites que requerían la confirmación de disponibilidad de cama y autorización para la remisión por parte del hospital a recibir, circunstancia que al verse cumplida, se procede a realizar el egreso de la menor.

Que frente a la presunta negligencia por falla en la ambulancia no es un hecho que tenga relevancia y tampoco puede considerarse como una falla, ya que la ambulancia regresó por sí sola al hospital y además dentro de los 20 minutos posteriores a la salida de la misma,

circunstancia que se generó como una medida preventiva con el fin de evitar complicaciones durante el trayecto de 4 horas que se debía realizar.

Por lo anterior considera la entidad demandada los procedimientos realizados estuvieron acordes a la sintomatología presentada por la menor, y además que el posterior fallecimiento no es a causa de negligencia médica, por lo tanto se opone a las pretensiones de la demanda en cuanto considera que no se configura la responsabilidad de la entidad.

Como excepciones propuso las que denominó: "FALTA DE CAUSA PETENDI" y "FALTA DE CAUSA PARA PROMOVER LA ACCIONES", que las referidas pueden catalogarse como excepciones de fondo y al no encontrarse previstas en el artículo 180 numeral 6 del C.P.A.C.A ni en el artículo 100 del C.G.P, el despacho decidió no pronunciarse en la audiencia inicial (Fls. 337) y en caso de encontrarse la configuración de alguna excepción, el Despacho la declarará en los términos del artículo 187 del CPACA. En lo relacionado con la propuesta como "FALTA DEL PRESUPUESTO PROCESAL DEMANDA EN FORMA E INEPTITUD", el Despacho en audiencia inicial celebrada el 07 de julio de 2017, declaró que la excepción incoada no tiene prosperidad, toda vez que lo argumentado por el actor no tiene relación con los requisitos formales de la demanda y carece de requisitos facticos que fundamenten dicha excepción.

Continuando con el trámite procesal el día 07 de julio de 2017, se llevó a cabo la audiencia inicial, diligencia en la cual se decretaron pruebas (Fls. 336-343); Posteriormente el 18 de agosto de 2017 se llevó a cabo audiencia de pruebas de que trata el artículo 181 del C.P.A.C.A., la cual se suspendió en razón a que no se pudo recaudar todo el material probatorio (Fls. 419-429), siendo retomada el 06 de diciembre del 2019 (Fls. 544-555) y debido a la necesidad de aclaraciones por parte del perito, se retomó nuevamente el día 18 de diciembre de 2019, fecha en la cual se clausuró el periodo probatorio y se corrió traslado a las partes para que presentaran sus alegatos de conclusión (Fls. 555-557).

3.2 Alegatos de conclusión

3.2.1 Parte demandante (Fls. 576- 591)

Señaló que dentro del expediente se encuentra acreditado que cuando KAREN JULIETH PALACIO ALVAREZ (Q.E.P.D.) ingresó al Hospital JOSE CAYETANO VASQUEZ de Puerto Boyacá, el 05 y 06 de marzo de 2014, tenía los signos de alarma de la enfermedad denominada DENGUE, por lo cual, los médicos tratantes al no realizar la prueba de torniquete y además dar de alta a la menor cuando deberían mantenerla bajo observación, son las circunstancias que desencadenaron el empeoramiento del estado de salud de la menor para el día 8 de marzo de 2014, evento que trajo como consecuencia el fatal desenlace.

Que además conforme a la prueba pericial quedó establecido que el municipio de Puerto Boyacá se catalogaba para la fecha de los hechos como una zona endémica, razón que debió inferirse en el tratamiento y diagnóstico dado a la menor, máxime cuando es obligación de los hospitales de dichas zonas consultar los boletines epidemiológicos que arroja el SIVIGILA.

Por ultimo señaló que se vislumbró la falta de seguimiento por parte del hospital del algoritmo para la atención medica en caso de dengue y dengue grave, sumado a la deficiente atención medica prestada a la menor quien fue dada de alta sin corroborar ni realizar el seguimiento correspondiente a pesar de los resultados de los exámenes practicados, circunstancias que en suma dan origen a una falla en la prestación del servicio por deficiente atención médica y error en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, dengue.

3.2.2 E.S.E HOSPITAL JOSE CAYETANO VASQUEZ (Fls. 562-575)

Manifiesta que los hechos que dieron origen al fallecimiento de KAREN JULIETH PALACIO ALVAREZ (Q.E.P.D.), son de una múltiple causalidad, que por sí solas no representan una falla en la prestación del servicio a cargo del hospital, que conforme a la historia clínica la menor informó que no ingería alimento durante los 15 días anteriores al malestar, circunstancia que predetermino el diagnóstico de los médicos tratantes quienes, sumado a los síntomas presentados, coligieron la enfermedad como una presunta causa intestinal.

Que además de lo anterior, se realizaron los exámenes necesarios por parte de la entidad y se ejecutaron los tratamientos acordes a los mismos, hecho que generó el mejoramiento en el estado de salud de la menor, quien al mejorar en la sintomatología presentada es dada de alta con cita prioritaria con pediatría.

Que para el ultimo ingreso, conforme a lo establecido en la historia clínica y el dictamen pericial, el hospital realiza prueba de dengue después de descartar otras patologías debido a la confusión en la sintomatología de la menor, prueba que resultó negativa conforme a la probabilidad de error de la misma, señalan que el dengue para ser corroborado necesita de pruebas de laboratorio con maquinaria de mayor nivel, elementos con los cuales no contaba el hospital, por lo que debió remitir los exámenes a un laboratorio con mayor capacidad de diagnóstico.

Conforme a lo expuesto a pesar de que no se diagnosticó a la menor con dengue, el tratamiento para el mismo consiste en la aplicación de líquidos endovenosos para mantener la presión arterial, procedimiento realizado por el hospital, quien al vislumbrar el empeoramiento en la sintomatología de la menor decide remitirla a un hospital de mayor nivel de complejidad.

Que debido a lo anterior está demostrado en el *sub lite* que el HOSPITAL JOSE CAYETANO actuó de manera diligente y conforme a la sintomatología presentada por la menor, que además, al verse agravada su salud, es remitida en forma inmediata a un hospital de mayor nivel, empero por la falta de ingesta de alimentos y circunstancias adversas desencadenan el fatal suceso, el cual no puede ser imputado al hospital, por consiguiente solicita se nieguen las pretensiones incoadas, toda vez que fue acreditado la debida prestación del servicio.

IV. CONSIDERACIONES

4.1 Presupuestos procesales de la acción

Previo a analizar el fondo del presente asunto, resulta pertinente pronunciarse sobre la jurisdicción y competencia del Juzgado, la legitimación en la causa, la procedencia de la acción y la caducidad.

Por ser la HOSPITAL JOSE CAYETANO, empresa social del Estado de naturaleza pública del Municipio de Puerto Boyacá, entidad pública del orden territorial, el presente asunto es de conocimiento de esta **jurisdicción** de acuerdo con el artículo 104 del C.P.A.C.A. y dado que se trata de una demanda en donde se utiliza el medio de control de Reparación Directa, el despacho es competente para conocer en primera instancia de dicha acción por así disponerlo el numeral 6 del artículo 155 ibidem. Por lo anterior, se concluye que el Juzgado Sexto Administrativo de Oralidad del Circuito de Tunja, es competente para pronunciarse respecto de la responsabilidad que les pudiere ser atribuida a las entidades demandadas en la presente *litis*.

El medio de control de Reparación Directa a que alude el artículo 140 de la Ley 1437 de 2011 es el procedente en este caso, por cuanto las súplicas de la demanda van encaminadas a la declaratoria de responsabilidad de la E.S.E HOSPITAL JOSE CAYETANO VASQUEZ del municipio de Puerto Boyacá, por las acciones y omisiones atribuidas a esta y que, según la parte demandante, condujeron a la víctima no solo a una pérdida de oportunidad sino también a su muerte.

En cuanto a la **legitimación en la causa** por activa, se demostró que los demandantes JENIFER RUBELY ALVAREZ VELEZ, DAVID ARQUÍMEDES PALACIO VARGAS, MARTHA CECILIA VELEZ VERGARA, ARQUÍMEDES PALACIO LETRADO, ANGY CAROLINA VELEZ VERGARA y el menor JUAN DAVID PALACIO ALVAREZ, fueron los directamente afectados por el presunto daño irrogado. Los señores JENIFER RUBELY ALVAREZ VELEZ y DAVID ARQUÍMEDES PALACIO VARGAS, son los padres de la menor KAREN JULIETH PALACIO ALVAREZ (q.e.p.d) lo que se encuentra acreditado con el registro civil de nacimiento de la niña KAREN JULIETH (fl. 68 C.1); el menor JUAN DAVID PALACIO ALVAREZ es hijo de los

señores DAVID ARQUÍMEDES PALACIO VARGAS y JENIFER RUBELY ALVAREZ VELEZ y de contera, hermano de la menor fallecida KAREN JULIETH PALACIO ALVAREZ lo que resultó acreditado con registro civil de nacimiento aportado por la parte demandante (fl.71 C.1); La señora LUZ MARTHA CECILIA VELEZ VERGARA es madre de JENIFER RUBELY ALVAREZ VELEZ y por tanto abuela de KAREN JULIETH PALACIO ALVAREZ, lo que se acredita con copia autentica del registro civil de nacimiento de la señora RUBELY ALVAREZ VELEZ (fl. 70 C.1); El señor ARQUÍMEDES PALACIO LETRADO, es padre de DAVID ARQUÍMEDES PALACIO VARGAS y por tanto abuelo de KAREN JULIETH PALACIO ALVAREZ, lo que se acredita con copia autentica del registro civil de nacimiento del señor ARQUÍMEDES PALACIO (fl. 267 C.2); La señora ANGY CAROLINA VELEZ VERGARA es hermana de JENIFER RUBELY ALVAREZ VELEZ y por tanto tía de KAREN JULIETH PALACIO ALVAREZ, lo que se acredita con copia autentica del registro civil de nacimiento de la señora ANGY CAROLINA VELEZ (fl. 73 C.1). En razón de lo anterior, las personas arriba citadas se encuentran legitimadas en la causa por activa y, en consecuencia, se los tendrá en el presente proceso como terceros damnificados en un eventual fallo favorable a las pretensiones incoadas.

Finalmente, en cuanto a la **legitimación por pasiva**, se tiene que el daño invocado en la demanda provendría de acciones y omisiones imputables a la E.S.E HOSPITAL JOSE CAYETANO VASQUEZ del Municipio de Puerto Boyacá, razón por la cual se acredita su legitimación por pasiva en la presente causa.

Finalmente, en lo atinente a la **caducidad** de la acción, en el literal i del artículo 164 del CPACA señala que cuando se pretenda la reparación directa, la demanda deberá presentarse dentro del término de dos años contados a partir del día siguiente de la ocurrencia de la acción u omisión causante del daño, o de cuando el demandante tuvo o debió tener conocimiento del mismo, si fue en fecha posterior, siempre que se pruebe la imposibilidad de haberlo conocido en la fecha de su ocurrencia. Así las cosas, es claro para este Despacho que el daño causante de los perjuicios cuya reparación se implora, se refieren a la muerte de la menor KAREN JULIETH PALACIO ALVAREZ, lo cual ocurrió el día 09 de marzo de 2014, según da cuenta el registro civil de defunción obrante a folio 68 del expediente, por lo que los dos años para presentar la demanda fenecían el 08 de marzo de 2016. No obstante, lo anterior, dicho término fue interrumpido por el lapso comprendido entre el 07 de marzo de 2016 (presentación de la solicitud extrajudicial) y hasta el día 25 de abril del mismo año (expedición de la constancia agotamiento del requisito de prejudicialidad aludido), por lo que el término de dos años para presentar la demanda se cumplía el día 26 de abril de 2015 y como la demanda fue presentada el 25 de abril del mismo año, este medio de control fue presentado en término.

4.2 Problema Jurídico.

En armonía con la fijación del litigio realizada en la audiencia inicial (Fls.336-343) , debe el Despacho establecer si *"¿La E.S.E. HOSPITAL JOSE CAYETANO VASQUEZ de Puerto Boyacá es administrativa y patrimonialmente responsable de los perjuicios causados a la señora Jennifer Rubely Álvarez Vélez (madre), a Juan David Palacio Álvarez (hermano), a David Arquímedez Palacio Vargas (padre), a Martha Cecilia Vélez Vergara (abuela), a Arquímedez Palacio Letrado (abuelo) y a Angy Carolina Vélez Vergara (tía), con ocasión a la muerte de la menor KAREN JULIETH PALACIO ÁLVAREZ?"*

4.3 Tesis Planteadas.

4.3.1 Tesis de la Parte Demandante.

Consideró que debe condenarse a la demandada al pago de los perjuicios causados a los demandantes, por la negligencia médica a causa del error en el diagnóstico inicial dado a la joven KAREN JULIETH PALACIO (Q.E.P.D), toda vez que no se tuvo en cuenta por los médicos tratantes que el municipio de Puerto Boyacá para la fecha de los hechos se encontraba en alerta por contagio de dengue, circunstancia que en suma de la sintomatología de la menor, debió predeterminar el diagnóstico y por consiguiente realizar la prueba de torniquete (la prueba no fue realizada a la menor); además plantea que se debe imputar negligencia en cuanto, al segundo ingreso de la menor al hospital y al ver que no mejoraba, los médicos tratantes decidieron darla de alta pasando por alto la vigilancia de la sintomatología de la paciente lo que sumado al error de diagnóstico, produjo un empeoramiento del estado de salud de la menor, circunstancia que ocasiono su posterior muerte el día 09 de marzo de 2016.

4.3.2. Tesis de la Parte Demandada

Adujo que en el presente caso no existió falla en el servicio a cargo del Hospital, toda vez que los médicos tratantes actuaron conforme a la sintomatología de la menor, además de realizar los exámenes y tratamientos requeridos de forma inmediata, circunstancia que conforme a la historia clínica mejoró su estado de salud, razón por la cual fue dada de alta en las múltiples ocasiones, además aduce que se encuentra probada la debida diligencia por parte del hospital, llegando incluso a remitir de forma inmediata a la menor a un hospital de mayor complejidad cuando vislumbraron el deterioro en el estado de salud de la paciente, quien falleció por la falta de ingesta de alimentos por más de 15 días, circunstancia que desencadeno en el diagnóstico y que posteriormente afecto sus defensas.

4.3.3 Tesis del Despacho.

Conforme al epílogo probatorio allegado al plenario, la tesis que sostendrá el Despacho se circunscribe a afirmar que en el presente asunto el daño antijurídico padecido por los

demandantes con ocasión del fallecimiento de la menor Karen Julieth Palacio Alvarez (Q.E.P.D), es atribuible a la entidad aquí demandada, en tanto se encuentra acreditada la consolidación del daño por falta de oportunidad causado a la menor Karen Julieth, en razón al error en el diagnóstico por parte de los médicos tratantes del Hospital José Cayetano.

V. ANÁLISIS DEL DESPACHO

Antes de resolver el problema jurídico planteado, el Despacho considera pertinente analizar: 5.1) Régimen de responsabilidad aplicable; 5.2) Régimen de responsabilidad derivado de la actividad médica; 5.3) Del error de diagnóstico; 5.4) El sistema de seguridad social en salud garantía del orden superior; 5.5) Responsabilidad de las entidades del sistema de seguridad social en salud; 5.6) Del caso concreto.

5.1 Régimen de responsabilidad aplicable

A partir de la expedición de la Constitución de 1991, se reconoció expresamente la responsabilidad patrimonial del Estado, específicamente, el artículo 90 Superior, dispuso que el Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción u omisión de las autoridades públicas. Es de recordar que el Código Contencioso Administrativo en su artículo 86, modificado por el artículo 16 del Decreto 2304 de 1989, dotó a quienes consideran que han sufrido un daño antijurídico de una acción para obtener el reconocimiento de la responsabilidad del Estado y la consecuente reparación de los daños, norma que posteriormente fue la recogida por el artículo 140 de la ley 1437 de 2011, disposición que prescribió:

"Artículo 140. En los términos del artículo 90 de la Constitución Política, la persona interesada podrá demandar directamente la reparación del daño antijurídico producido por la acción u omisión de los agentes del Estado.

De conformidad con el inciso anterior, el Estado responderá entre otras, cuando la causa del daño sea un hecho, una omisión, una operación administrativa o la ocupación temporal o permanente de inmueble por causa de trabajos públicos o por cualquier causa imputable a una entidad pública o a un particular que haya obrado siguiendo una expresa instrucción de la misma (...)"

De lo anterior se colige, que, a partir de la expedición de la Constitución Política de 1991, todo debate sobre la responsabilidad del Estado, se resolverá con fundamento en lo previsto en el artículo 90 Superior, así las cosas, éste responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos causados por la acción u omisión de las autoridades públicas, que les sean imputables.

De lo antes señalado se puede concluir que la responsabilidad patrimonial del Estado encuentra fundamento en el principio de la garantía integral del patrimonio de los ciudadanos, desarrollado por la jurisprudencia y expresamente consagrado en el citado artículo 90, el cual a su vez debe interpretarse en concordancia con los artículos 2º, 13, 58 y 83 del mismo ordenamiento superior, que por un lado, impone a las autoridades de la República el deber de proteger a todas las personas en Colombia en su vida honra y bienes, y por otro, establece la obligación de promover la igualdad de los particulares ante las cargas públicas y de garantizar la confianza, la propiedad privada, y los demás derechos adquiridos con arreglo a las leyes civiles.

Entonces, la relevancia en el análisis sobre la responsabilidad del Estado, recae sobre la antijuridicidad del daño, y no sobre el accionar de las autoridades. Por tanto, resulta accidental si el daño fue causado a través de una actuación legítima o ilegítima del Estado, debiéndose hacer una lectura especialmente reparativa del juicio de responsabilidad, centrada ésta principalmente la protección de los particulares.

La responsabilidad del Estado se hace evidente, cuando se configura un daño, el cual deriva su calificación de antijurídico, atendiendo a que el sujeto que lo sufre, no tiene el deber jurídico de soportar el perjuicio causado, tal como lo ha definido la jurisprudencia del Consejo de Estado.

Por tanto, los elementos que sirven de fundamento a la responsabilidad son esencialmente el daño antijurídico y su imputación en la administración, entendiéndose por tal, el componente que permite atribuir jurídicamente el daño a un sujeto determinado.

En la responsabilidad del Estado, la imputación no se identifica con la causalidad material, pues la atribución de la responsabilidad puede darse también en relación de criterios normativos jurídicos. Una vez se define que se está frente a una obligación que incumbe al Estado, se determina el título en razón del cual se atribuye el daño causado por el agente, a la entidad a la cual pertenece, esto es, se define el factor de atribución que puede ser falla el servicio, riesgo creado o rompimiento de la igualdad de las personas frente a las cargas públicas.

De tal manera que atribuir el daño causado por un agente al servicio del Estado, significa, que éste se hace responsable de una reparación, pero esta atribución sólo es posible cuando el daño ha tenido vínculo con el servicio prestado. Es decir que las actuaciones de los funcionarios sólo comprometen el patrimonio en las entidades públicas cuando las mismas tienen algún nexo o vínculo con el servicio público.

En aplicación del principio *iura novit curia*, corresponde al juez la aplicación del derecho con prescindencia del invocado por las partes, por lo que es a éste, a quien incumbe la

determinación correcta del derecho, debiendo discernir los conflictos litigiosos y resolverlos según el derecho vigente, calificando la realidad del hecho y encuadrándolo en las normas jurídicas que rigen la materia.

Como se mencionó en precedencia, cualquier estudio que aborde la responsabilidad estatal, como el que en esta oportunidad nos trae, debe hacer énfasis en la reparación del daño, pues como se señaló, su objetivo es brindar garantía de los derechos de los particulares, más que la determinación de la licitud de la actividad del Estado a través de sus entidades.

Por tanto, en el caso en que se pruebe la ocurrencia del daño antijurídico y su imputabilidad al Estado, surge entonces la obligación de indemnizar a aquellos afectados por el reseñado daño.

5.2 Régimen de responsabilidad derivado de la actividad médica

En torno al régimen de responsabilidad derivado de la actividad médica, la jurisprudencia ha realizado una transición entre los conceptos de falla presunta y falla probada, siendo la posición actual aquella según la cual, el régimen de responsabilidad que resulta aplicable por la actividad médica hospitalaria es el de falla probada del servicio¹, por lo que en la actualidad, según esta sub-regla jurisprudencial, deben ser acreditados en este punto tres elementos inexcusables por parte del actor, a saber: i) el daño; ii) la falla en el acto médico y iii) el nexo causal, sin los cuales resulta improcedente por esta vía una condena en contra del Estado², tal y como lo ha entendido el H. Consejo de Estado al señalar:

*"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 servicio y que dicha falla fue causa eficiente del daño."*³

Dicho título de imputación opera, como lo señala la jurisprudencia de la Sección Tercera no sólo respecto de los daños indemnizables derivados de la muerte o de las lesiones corporales causadas, sino que también comprende "... los que se constituyen por la vulneración del derecho a ser informado; por la lesión del derecho a la seguridad y

¹ Consejo de Estado, Sección Tercera, CP. Jaime Orlando Santofimio Gamboa, Sentencia del 09 de julio de 2018, Rad. 08001-23-31-000-2000-01774-01(44961)

² Consejo de Estado, Sección Tercera, CP. Marta Nubia Velásquez Rico, Sentencia del 19 de abril de 2018, Rad. 76001-23-31-000-2003-03719-01(44222) acumulado con el 76001-23-000-2004-01899-01)

³ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 23 de junio de 2010, EXP. 19.101 CP. Ruth Stella Correa Palacio

*protección dentro del centro médico hospitalario y, como en este caso, por lesión del derecho a recibir atención oportuna y eficaz"*⁴

De conformidad con lo dispuesto en la jurisprudencia del H. Consejo de Estado, cuando la falla probada en la prestación del servicio médico y hospitalario se funda en la "*lesión al derecho a recibir atención oportuna y eficaz*", se debe observar que ésta produce como efecto la vulneración de la garantía constitucional que recubre el derecho a la salud, especialmente en lo que hace referencia al respeto del principio de integridad en la prestación de dicho servicio

Frente al particular, el órgano de cierre de ésta jurisdicción ha señalado que la falla médica se circunscribe a una consideración básica, según la cual:

*"La obligación de prestar asistencia médica es compleja, es una relación jurídica total, compuesta por una pluralidad de deberes de conducta (deber de ejecución, deber de diligencia en la ejecución, deber de información, deber de guardar secreto médico, etc.). Ese conjunto de deberes conforma una trama, un tejido, una urdimbre de la vida social responde a la idea de organización - más que de organismos- en punto a la susodicha relación jurídico total (...) Por tanto, aquel deber jurídico principal supone la presencia de otros deberes secundarios de conducta, como los de diagnóstico, información, recepción de la voluntad jurídica del enfermo -llamada comúnmente consentimiento del paciente-, prescripción, guarda del secreto profesional, satisfacción del plan de prestación en su integridad (actividad que supone no abandonar al enfermo y cuidar de él hasta darlo de alta)"*⁵

Además de lo anterior el precedente vertical ha enseñado que todas aquellas actuaciones del servicio médico asistencial componen el denominado acto médico complejo, que está integrado por: a) los actos puramente médicos como intervenciones, suministro de medicamentos y demás procedimientos realizados directamente en el proceso de atención; b) los actos paramédicos que corresponden a las acciones preparatorias del acto médico (incluyendo las obligaciones de seguridad); y c) los extramédicos que comprenden los servicios complementarios pero necesarios para adelantar la atención médica, como son el alojamiento y la alimentación⁶.

Por ello para adentrarse al juicio de responsabilidad es necesario verificar, dependiendo de la faceta del servicio, cuál fue el contenido obligacional,⁷ en que el falló el Estado a través de sus centros prestadores de servicios salud públicos.

⁴ Consejo de estado, Sección Tercera, sentencia de 7 de octubre de 2009, exp. 35656, C.P. Mauricio Fajardo Gómez

⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 18 de febrero de 2010. Exp. 17655.

⁶ Sentencia del 03 de octubre de 2016, Consejo de Estado — Sección Tercera — Subsección B expediente 05001-23-31-000-1999-02059-01(40057), C.P Ramiro Pazos.

⁷ Henao, Juan Carlos. La noción de falla del servicio como violación de un contenido obligacional a cargo de una persona pública en el derecho colombiano y el derecho francés. En Estudios De Derecho Civil, Obligaciones y Contratos, Libro de Homenaje a Fernando Hinestrosa, 40 Años de Rectoría. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2003, pp. 57- 114

En este orden de ideas, independientemente de que al finalizar la atención no se haya logrado la curación efectiva y/o definitiva el paciente, o incluso aquel haya perdido la vida, lo verdaderamente relevante es indagar si la prestación del servicio de salud, se suministró en forma eficiente, oportuna y de calidad, además de determinar si se hizo uso de todos los mecanismos que estaban a su alcance al realizar el tratamiento para mejorar la salud del paciente, de acuerdo a la *lex artis ad hoc* y los protocolos médicos aplicables para el caso concreto. Sobre la materia el Consejo de Estado ha efectuado pronunciamientos como el que se referencia:

*"(...) Ha sido reiterada la jurisprudencia que apunta a señalar que la práctica médica debe evaluarse desde una perspectiva de medios y no de resultados, lo que lleva a entender que el galeno se encuentra en la obligación de practicar la totalidad de procedimientos adecuados para el tratamiento de las diversas patologías puestas a su conocimiento, procedimientos que por regla general conllevan riesgos de complicaciones situaciones que, de llegar a presentarse, obligan al profesional de la medicina al agotamiento de todos los medios a su alcance conforme a la *lex artis* para evitar daños mayores y, de así hacerlo, en ningún momento se compromete su responsabilidad, incluso en aquellos eventos en los cuales los resultados sean negativos o insatisfactorios para la salud del paciente, a pesar de haberse intentado evitarlos en la forma como se deja dicho. (...)"⁸*

Por tanto, es de especial importancia estudiar la naturaleza de la actividad de que se trata, para determinar la responsabilidad, en la medida en que la atención médica parte de la existencia de un curso causal *negativo* frente al paciente, ya sea natural o causado por agentes externos, que es la enfermedad, el cual se enfrenta a un curso causal *positivo* que se traduce en el tratamiento médico⁹.

El tratamiento tiene la finalidad de anular o, por lo menos, aminorar los efectos de la patología y mejorar el estado de salud del paciente, pero no está bajo el absoluto control del galeno ya que no opera de forma "*matemática*" sino que obedece a la situación particular de cada caso, incluyendo la respuesta fisiológica particular del afectado¹⁰.

En ese orden de ideas, el contenido obligacional en materia médico- asistencial se sustenta en el principio de confianza, la posición de garantía y el fin de protección de la norma, donde el fallador debe ubicarse en el lugar en el que se encontraba el médico al momento de atender al paciente para determinar las posibilidades con que contaba, y no cuestionar el suministro o no de algún servicio sin atender esa realidad material¹¹.

⁸ Sentencia del 27 de enero de 2016 Consejo de Estado — Sección Tercera — Subsección A Expediente 20001-23-31-000-2001-01559-01(29728), C.P Hernán Andrade.

⁹ Sentencia del 26 de septiembre de 2018 Tribunal Administrativo de Boyacá Exp, 15238-333-002-2013-00353-01 MP Oscar Alfonso Granados Naranjo

¹⁰ Ibidem

¹¹ Ejustem

El Tribunal Administrativo de Boyacá¹² señaló que no puede perderse de vista que uno de los principios generales del derecho es aquel que reza que *"nadie está obligado a lo imposible"*, así que resultaría ilógico y desproporcionado obligar indirectamente al médico a que sea infalible en todas las etapas del proceso de atención y que, además, tenga certeza absoluta de la efectividad de los procedimientos y medicamentos que suministre.

La anterior premisa tiene sustento en la demarcación de los límites de la institución de la posición de garantía¹³ e incluso en la conceptualización de la teoría de la causalidad adecuada, donde no se considera constitutiva de responsabilidad la concreción de daños a partir de cursos causales atípicos o imprevisibles en razón de la esencia de aquella, que no es otra que las reglas de la experiencia¹⁴.

Ahora bien, bajo la posición actual del Consejo de Estado, la carga de acreditar el incumplimiento del contenido obligacional, esto es, la falla en el servicio, radica en cabeza del demandante¹⁵, quien debe demostrar que la atención fue tardía, deficiente o inexistente, a través de los medios probatorios autorizados por la ley, sin que exista tarifa legal al respecto.

Es importante resaltar que dictamen pericial tiene especial relevancia, si bien no se constituye en prueba preferente o única, por su carácter directo y científico puede llevar más adecuadamente a la convicción del Juez¹⁶.

5.3 Del error de diagnóstico

Como se reseñó en precedencia, para el Consejo de Estado¹⁷, la falla médica involucra, de una parte, el acto médico propiamente dicho, que se refiere a la intervención del profesional en sus distintos momentos y comprende particularmente el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, incluidas las intervenciones quirúrgicas, y de otra, todas aquellas actuaciones previas, concomitantes y posteriores a la intervención profesional, que operan desde el momento en que la persona asiste o es llevada a un centro médico estatal, actividades estas últimas que están a cargo del personal paramédico o administrativo.

Nos referimos a todas las actuaciones que constituyen el denominado *"acto médico complejo"*, que son las que deben ser estudiadas en su conjunto para dar solución del caso concreto, por tanto los resultados fallidos en la prestación de ese servicio, tanto en el diagnóstico, como en el tratamiento o en las intervenciones quirúrgicas, no constituyen una falla del servicio, cuando esos resultados son atribuibles a causas naturales, como por

¹² Idem

¹³ Sentencia del 10 de noviembre de 2016 Consejo de Estado — Sección Tercera — Subsección C, expediente 76001-23-31-000-2003-00707-01(33870) C.P. Jaime Orlando Santofimio

¹⁴ Serrano Escobar, Luis Guillermo. Imputación y causalidad en materia de responsabilidad por daños. Bogotá: Ediciones Doctrina y Ley, 2011, pp. 28-34

¹⁵ Sentencia del 2 de mayo de 2016 Consejo de Estado — Sección Tercera — Subsección B, expediente 2001-23-31-000-2003-01349-01(33140) C.P. Danilo Rojas

¹⁶ Sentencia del 14 de septiembre Consejo de Estado — Sección Tercera — Subsección A, 14 Sep. 2016, e63001-23-31-000- 2002-01058-01(38804)

¹⁷ Sentencia del 23 de junio de 2010 Consejo de Estado, Sección Tercera, exp. 19.101, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

ejemplo aquéllos eventos en los cuales el curso de la enfermedad no pudo ser interrumpido con la intervención médica, bien porque el organismo del paciente no respondió como era de esperarse, a esos tratamientos, o porque en ese momento aún no se disponía de los conocimientos y elementos científicos necesarios para encontrar remedio o paliativo para esas enfermedades, o porque esos recursos no están al alcance de las instituciones médicas del Estado.

En tales eventos, la falla del servicio se deriva de la omisión de utilizar los medios diagnósticos o terapéuticos aconsejados por los protocolos médicos; por no prever, siendo previsible, los efectos secundarios de un tratamiento; por no hacer el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, bien para modificar el diagnóstico o el tratamiento y, en fin, de todas aquellas actuaciones que demuestren que el servicio fue prestado de manera diferente a como lo aconsejaba la *lex artis*¹⁸.

El superior funcional de este despacho en la reseñada decisión señaló como uno de los momentos de mayor relevancia en la prestación del servicio médico, al diagnóstico, refiriendo que, a partir del mismo, se define el tratamiento posterior. Las fallas en el diagnóstico de las enfermedades y el consecuente error en el tratamiento están asociadas, regularmente, a la indebida interpretación de los síntomas que presenta el paciente o a la omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto. Por lo tanto, cuando el diagnóstico no es conclusivo, porque los síntomas pueden indicar varias afecciones, se incurre en falla del servicio cuando no se agotan los recursos científicos y técnicos al alcance para determinar con precisión cual es la enfermedad que sufre el paciente¹⁹.

Igualmente, se ha determinado en la Jurisprudencia de nuestro órgano de cierre, que el diagnóstico se encuentra conformado por dos etapas a saber, la primera es aquella donde se realiza la exploración del paciente, esto es, el examen o reconocimiento que va desde la realización del interrogatorio hasta la ejecución de pruebas, tales como palpación, auscultación, tomografías, radiografías, etc.; y en la segunda corresponde al médico analizar los exámenes practicados y emitir su juicio²⁰.

A la par, esa Corporación ha sostenido que para que el diagnóstico sea acertado se requiere que el profesional de la salud sea extremadamente diligente y cuidadoso en el cumplimiento de cada una de las fases anteriormente mencionadas, esto es, que emplee todos los recursos a su alcance en orden a recopilar la información que le permita determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente, y en ese sentido, si el médico actuó con la pericia y cuidado antes mencionada, su responsabilidad no queda comprometida a

¹⁸ Sentencia del 27 de junio de 2019. Tribunal Administrativo de Boyacá. Exp. 15001 3333330 122016 00116 01 M.P. Dra. Clara Elisa Cifuentes Ortíz

¹⁹ *Ibidem*

²⁰ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000 Exp.11878. Reiterado en Sentencia del 2 de mayo de 2016. Exp.36.517

pesar de que se demuestre que el diagnóstico fue equivocado, pues es posible que pese a todos los esfuerzos del personal médico y al empleo de los recursos técnicos a su alcance, no logre establecerse la causa del mal, bien porque se trata de un caso científicamente dudoso o poco documentado, porque los síntomas no son específicos de una determinada patología o, por el contrario, son indicativos de varias afecciones²¹.

En conclusión, la jurisprudencia del H. Consejo de Estado ha sido enfática en afirmar que, para imputar responsabilidad a la Administración por daños derivados de un error de diagnóstico, se requiere acreditar que el servicio médico no se prestó de manera adecuada por alguno de los siguientes motivos:

“i) El profesional de la salud omitió interrogar al paciente o a su acompañante sobre la evolución de los síntomas que lo aquejaban.

ii) El médico no sometió al enfermo a una valoración física completa y seria.

iii) El profesional omitió utilizar oportunamente todos los recursos técnicos y científicos a su alcance para determinar con precisión cuáles la enfermedad que sufre el paciente.

iv) El médico dejó de hacerle el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, o simplemente, incurrió en un error inexcusable para un profesional de su especialidad.

v) El galeno interpretó indebidamente los síntomas que presentó el paciente.

vi) Existe una omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto.”²²

5.4 El sistema de seguridad social en salud garantía del orden superior

La “Declaración Universal de Derechos Humanos”, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948, en su artículo 22, elevó a tal categoría el que:

“(…) toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad”.

Es la “seguridad social” una garantía inalienable e indeclinable de orden superior, que surge en repuesta a principios de equidad y compensación, enfocada en la atención de

²¹ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000 y sentencia del 2 de mayo de 2016. Exp.36.517.

²² Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 02 de mayo de 2018, CP. Jaime Orlando Santofimio Gamboa; Exp.63001-23-31-000-2000-00519-01(39952)

necesidades básicas para un adecuado desenvolvimiento de los asociados, cuyo objetivo final es el bienestar común.

En Colombia dicho concepto tiene un amplio espectro en el ámbito constitucional, que se irradia en aspectos individuales y familiares, si se tiene en cuenta que, como se destacó en²³:

"Desde el artículo 1º, la Carta aborda el derecho a la seguridad social, al organizar la República como un Estado Social de Derecho. Esta forma del Estado trae implícito el comentado derecho a la seguridad social. Comprende la solidaridad colectiva que hace resaltar la obligación del poder público, de la Sociedad y del propio hombre, de asistir a los ciudadanos a fin de procurarles una mejor forma de vivir.

Luego, de ese desarrollo de principio, varios artículos del capítulo 2 del título II, "De los Derechos Sociales, Económicos y Culturales", determinan con mayor claridad los contenidos de la seguridad social. Se preceptúa allí: la protección integral de la familia (art. 42); la protección de la mujer durante el embarazo y después del parto (art. 43); se incluye entre los derechos fundamentales de los niños la obligación de la familia, la sociedad y el Estado, de asistirlos y protegerlos (art. 44); los niños menores de un año tienen derecho incluso más allá de los límites de la simple seguridad social, a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado (art. 50); los adolescentes tienen derecho a su protección y formación integral, y la garantía de su participación en los organismos públicos y privados que tengan a su cargo la protección, educación y progreso de la juventud (art. 45); la protección y asistencia de las personas de la tercera edad, su seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia (art. 46); la atención especializada a los disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales (art. 47); el derecho de los colombianos a la salud y al ambiente (art. 49); el derecho a la vivienda digna (art. 51); el derecho a la recreación (art. 52)".

La "atención de la salud" a que alude el artículo 49 de la Constitución Política, como una de las manifestaciones de la "seguridad social", tiene especial relevancia por su incidencia en la inviolabilidad del "derecho a la vida" de que trata el artículo 11 ibídem, pues, una deficiencia en la prestación del servicio puede culminar con una afrenta directa a este último.

Es por esto que la labor regulatoria del Estado sobre la materia debe responder a patrones de eficiencia e idoneidad que brinden una especial protección a la población débil y necesitada.

1. Presupuestos de continuidad, eficiencia y oportunidad

²³ Corte Constitucional Sentencia C-408/94

Los artículos 48 y 49 de la Constitución Política disponen que la atención en salud, así como la seguridad social son servicios públicos de carácter obligatorio y esencial a cargo del Estado, que deben prestarse bajo su dirección, coordinación y control, y con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Una de las características de todo servicio público, atendiendo al mandato de la prestación eficiente (Art. 365 C.P.), la constituye su continuidad, lo que implica, tratándose del derecho a la salud, su prestación ininterrumpida, constante y permanente, dada la necesidad que de ella tienen los usuarios del Sistema General de Seguridad Social.

Sobre este punto, la Corte Constitucional ha sostenido que una vez haya sido iniciada la atención en salud, debe garantizarse la continuidad del servicio²⁴, de manera que el mismo no sea suspendido o retardado, antes de la recuperación o estabilización del paciente.²⁵ Asimismo, el derecho constitucional a acceder de manera eficiente a los servicios de salud, no solamente envuelve la garantía de continuidad o mantenimiento del mismo, también implica que las condiciones de su prestación obedezcan a criterios de calidad y oportunidad.

2. Derecho de acceso al Sistema de Salud libre de demoras y cargas administrativas que no les corresponde asumir a los usuarios

Uno de los contenidos obligacionales de la prestación de los servicios de salud que corresponde al Estado, hace referencia a que este servicio público esencial sea proporcionado en forma ininterrumpida, oportuna e integral; razón por la que las justificaciones relacionadas con problemas presupuestales o de falta de contratación, así como la invención de trámites administrativos innecesarios para la satisfacción del derecho a la salud, constituyen, en principio, no solo una vulneración al compromiso adquirido en la previsión de todos los elementos técnicos, administrativos y económicos para su satisfacción²⁶, sino también un severo irrespeto por esta garantía fundamental.

Las Entidades Promotoras de Salud, al tener encomendada la administración de la prestación de estos servicios, que a su vez son suministrados por las IPS²⁷, no pueden someter a los pacientes a demoras excesivas en la prestación de los mismos o a una

²⁴ Corte Constitucional, Sentencia T-597 de 1993 (MP Eduardo Cifuentes Muñoz); en este caso, la Corte tuteló el derecho de un menor a que el Hospital acusado lo siguiera atendiendo, pues consideró que “[la] interrupción inconveniente, abrupta o inopinada de las relaciones jurídico-materiales de prestación no se concilia con el estado social de derecho y con el trato que éste dispensa al ser humano”.

²⁵ Corte Constitucional, sentencia T-059 de 2007 (MP Álvaro Tafur Galvis), en este caso se tuteló el derecho de un joven de 23 años a que no se interrumpiera el tratamiento que recibía por un problema de adicción que lo llevó a perder su cupo como estudiante, a pesar de que se le atendía en condición de beneficiario de su padre, por ser estudiante.

²⁶ Corte Constitucional, Sentencias T-285 de 2000, M.P. José Gregorio Hernández Galindo y T-185 de 2009, M.P. Juan Carlos Henao Pérez.

²⁷ Ley 100 de 1993, Artículo 156. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. <Artículo condicionalmente EXEQUIBLE> El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes características: (...) e) Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las Instituciones Prestadoras. Ellas están en la obligación de suministrar, dentro de los límites establecidos en el numeral 5 del artículo 180, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el Plan Obligatorio de Salud, en los términos que reglamente el gobierno;(…)”

156 de la Ley 100 de 1993

paralización del proceso clínico por razones puramente administrativas o burocráticas, como el cambio de un contrato médico. Cuando existe una interrupción o dilación arbitraria, esto es, que no está justificada por motivos estrictamente médicos²⁸, las reglas de continuidad y oportunidad se incumplen y, en consecuencia, al prolongarse el estado de anormalidad del enfermo y sus padecimientos, se desconoce el derecho que tiene toda persona de acceder en condiciones dignas a los servicios de salud.

Aunque resulta razonable que el acceso a los servicios médicos pase, algunas veces, por la superación de ciertos trámites administrativos; la jurisprudencia constitucional ha dejado en claro que el adelanto de los mismos no puede constituir un impedimento desproporcionado que demore excesivamente el tratamiento o que imponga al interesado una carga que no le corresponde asumir. De allí, que se garantice el derecho a acceder al Sistema de Salud, libre de obstáculos burocráticos y administrativos, pues de ello también depende la oportunidad y calidad del servicio.

La Corte Constitucional en sentencia reciente respecto a lo antes señalado expresó²⁹:

*"En esta línea, si bien para la Corte es claro que existen trámites administrativos en el sistema de salud que deben cumplirse, en algunos casos por parte de sus afiliados, también es cierto que muchos de ellos corresponden a diligencias propias de la Entidad Promotora de Salud, como la contratación oportuna e ininterrumpida de los servicios médicos con las Entidades Prestadoras. Estos contratos, mediante los cuales se consolida la prestación de la asistencia en salud propia del Sistema de Seguridad Social, establecen exclusivamente una relación obligacional entre la entidad responsable (EPS) y la institución que de manera directa los brinda al usuario (IPS), **motivo por el que no existe responsabilidad alguna del paciente en el cumplimiento de estos**". (Negrillas fuera de texto)*

En aquellos casos en los cuales las entidades promotoras de servicios de salud dejan de ofrecer o retardan la atención que está a su cargo, aduciendo problemas de contratación o cambios de personal médico, están situando al afiliado en una posición irregular de responsabilidad, que en modo alguno está obligado a soportar; pues la omisión de algunos integrantes del Sistema en lo concerniente a la celebración, renovación o prórroga de los contratos es una cuestión que debe resolverse al interior de las instituciones obligadas, y no en manos de los usuarios, siendo ajenos- dichos reveses- a los procesos clínicos que buscan la recuperación o estabilización de su salud.

La Alta Corte en la oportunidad antes mencionada al respecto señaló:

"Ya en reiteradas ocasiones, esta Corporación se ha referido a la inoponibilidad de irregularidades administrativas frente a los usuarios de los servicios médicos, señalando que

²⁸ Corte Constitucional Sentencia T- 635 de 2001, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

²⁹ Corte Constitucional Sentencia T-234 de 2013. MP. Luis Guillermo Guerrero Pérez

estas no pueden constituir una barrera para el disfrute de los derechos de una persona. En tal sentido, el vencimiento de un contrato con una IPS, o la demora en la iniciación del mismo para atender una patología específica, resultan afirmaciones inexcusables de las Entidades Prestadoras de Salud que riñen con los principios señalados en el artículo 209 de la Constitución y con la función estatal de protección a la salud (art. 49 C.P.).

Las demoras ocasionadas por estos factores o el hecho de diferir tratamientos o procedimientos recomendados por el médico tratante sin razón aparente, coloca en condiciones de riesgo la integridad física y mental de los pacientes, mereciendo mayor reproche si se trata de órdenes emitidas por un profesional adscrito a la entidad, pues los afiliados, aún bajo la confianza de la aptitud de estas prescripciones institucionales, deben someterse a esperas indeterminadas que culminan muchas veces por distorsionar y diluir el objetivo de la recomendación originalmente indicada, como quiera que el mismo paso del tiempo puede modificar sustancialmente el estado del enfermo, su diagnóstico y consecuente manejo.

En síntesis, cuando por razones de carácter administrativo diferentes a las razonables de una gestión diligente, una EPS demora un tratamiento o procedimiento médico al cual la persona tiene derecho, viola su derecho a la salud e impide su efectiva recuperación física y emocional, pues los conflictos contractuales que puedan presentarse entre las distintas entidades o al interior de la propia empresa como consecuencia de la ineficiencia o de la falta de planeación de estas, no constituyen justa causa para impedir el acceso de sus afiliados a la continuidad y clausura óptima de los servicios médicos prescritos”.

5.5 Responsabilidad de las entidades del sistema de seguridad social en salud

Después de la entrada en vigencia del sistema general de seguridad social en salud (Ley 100 de 1993), la prestación de los servicios médicos dejó de ser una labor individual para convertirse en una actividad empresarial, colectiva e institucional, en la que el enfermo ya no es considerado un paciente sino un cliente más dentro del engranaje económico que mueven grandes organizaciones, y en la que el usuario no acude ante su médico de confianza sino ante una estructura corporativa que relegó el factor *intuitio personae* a su más mínima expresión.

La masificación del servicio de salud trajo consigo la despersonalización de la responsabilidad civil médica, que ahora no sólo se origina en la culpa del facultativo sino en la propia culpa organizacional, en muchos casos no atribuible a un agente determinado. Asimismo, los grandes adelantos de la ciencia moderna, el aumento de los aciertos terapéuticos, el uso de nuevas tecnologías, los resultados demostrados por la práctica de la medicina preventiva, el progreso de la medicina de precisión y la terapia dirigida cuando ello es posible, y la masificación del servicio de salud como producto de consumo, han hecho de la medicina una disciplina sofisticada, en la que se ha acumulado una enorme fuente de pronósticos, diagnósticos, tratamientos y procedimientos fidedignos según el buen hacer

profesional, que la han elevado a los más altos niveles y minimizan el ámbito de lo fortuito porque acrecientan el margen de lo previsible, sin que ello signifique que las circunstancias atribuibles a la fatalidad hayan desaparecido por completo. De ahí que tanto las entidades promotoras e instituciones prestadoras de salud como los profesionales que fungen como agentes suyos, están cada vez más inmersos en un contexto de responsabilidad, porque entre mayor es el saber científico, la actualización de los conocimientos, el poder de predicción de los resultados y el dominio de las consecuencias, se incrementa el grado de exigencia ética y jurídica que se hace a las empresas y agentes prestadores del servicio de salud. Es esperable que a mayor comprensión sobre los procedimientos y técnicas idóneas que rigen un ámbito especializado de la ciencia, más grande es el poder de control sobre el mismo y mayores las posibilidades de evitar resultados adversos, lo que aumenta el grado de exigencia de responsabilidad.

Aunque el sistema de seguridad social está orientado por el principio de la solidaridad, ello no significa que la medicina sea una actividad de caridad o beneficencia, pues las entidades promotoras y prestadoras del servicio están organizadas bajo un modelo de economía de mercado en el que los afiliados al régimen contributivo y sus empleadores tienen que pagar por el servicio que reciben; mientras que en el régimen subsidiado los afiliados pagan una cotización que se financia con ingresos fiscales o de la solidaridad, lo que *convierte al cliente en acreedor del derecho a una asistencia sanitaria de calidad "en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional."* (Ley 100 de 1993, artículo 153, numeral 9°)

El rompimiento de los moldes clásicos en los que se enmarcaba el ejercicio de la medicina como profesión liberal, caracterizada por las obligaciones emanadas de la relación médico-paciente, ha hecho que el esquema de la responsabilidad civil fundado en la culpa individual se muestre insuficiente frente a las reclamaciones por daños a la salud producidos por la estructura organizacional de las entidades del sistema de seguridad social, pues bajo este nuevo modelo surge una amplia gama de problemas que ameritan una solución distinta a la luz del paradigma de sistemas. No es posible, entonces, decidir las controversias jurídicas que involucran la responsabilidad de los médicos y de la estructura del sistema de seguridad social en salud bajo una interpretación tradicional del derecho concebida para endilgar responsabilidad en el ámbito exclusivo de las relaciones médicas interpersonales.

Bajo este nuevo enfoque, es menester analizar lo concerniente a la naturaleza jurídica de la obligación de la cual surge la responsabilidad que se reclama.

1. Naturaleza jurídica de la responsabilidad por daños ocasionados a los usuarios del sistema social en salud

En la responsabilidad civil que surge de los daños ocasionados a los usuarios del sistema de seguridad social en salud, el objeto, fundamento y características del servicio de salud; la afiliación al sistema; la forma de pago y monto de las cotizaciones; el régimen de beneficios; las garantías y deberes de los usuarios; los deberes de los empleadores; la dirección, administración y financiación del sistema; su organización, control y vigilancia; y, en fin, todo lo concerniente a las obligaciones y derechos de los integrantes del sistema, sean prestadores o usuarios, está regulado por el Título II (artículos 152 y siguientes) de la Ley 100 de 1993 y disposiciones modificatorias y complementarias.

Poco queda a la iniciativa privada de las partes, salvo la posibilidad de escoger la entidad promotora de salud a la que tienen que afiliarse, así como la de acudir a la institución prestadora de su preferencia cuando ello es posible según las condiciones de oferta de servicios (artículo 153-4, ejusdem).

El artículo 153-2 de la Ley 100 consagra la obligación para todos los habitantes del país de afiliarse al sistema general de seguridad social en salud, por lo que todo empleador tiene la obligación de afiliar a sus trabajadores al sistema. De igual manera, los trabajadores independientes o contratistas están obligados a cotizar al régimen contributivo en salud. A su turno, el artículo 157 ibidem establece los tipos de participantes en el sistema de salud, siendo éstos los afiliados mediante el régimen contributivo, los afiliados mediante el régimen subsidiado, y los participantes sin capacidad de pago que están vinculados en forma temporal mientras logran afiliarse al régimen subsidiado.

Por su parte, el artículo 183 de ese estatuto prohíbe a las entidades promotoras de salud terminar en forma unilateral la "relación contractual" con sus afiliados o negar la afiliación a quien desee ingresar al régimen. No sólo la afiliación es un acto obligatorio para la población con capacidad de pago y para las EPS, sino que el monto y forma de hacer las cotizaciones también lo son, en la medida que están preestablecidos por la ley y sobre tales aspectos no existe ningún poder de negociación. De igual modo, el régimen de beneficios es inmodificable por el querer de las partes, de suerte que es muy poco lo que queda al arbitrio de la voluntad.

La afiliación se produce por una sola vez, sin que ese acto esté sujeto a negociaciones o acuerdos de ninguna especie, y a partir de ese momento los participantes del sistema no pierden tal calidad, siendo beneficiarios de todas las prestaciones asistenciales consagradas en la ley, por lo que el vínculo legal que surge del sistema de seguridad social en salud comporta una relación legal permanente. Esta relación jurídica –se reitera– se establece por una sola vez y para siempre entre el usuario y el sistema de seguridad social en salud, mas no con una empresa o entidad específica.

Como participantes del sistema de seguridad social en salud, las personas esperan una eficiente prestación del servicio que pagan mensualmente mediante un aporte económico individual o familiar financiado directamente por el afiliado, o en concurrencia entre éste y su empleador; o bien a través de una cotización subsidiada total o parcialmente con recursos fiscales o de solidaridad.

En su condición de clientes del sistema, los pacientes se presentan ante las instituciones prestadoras del servicio de salud en calidad de usuarios del servicio público de salud que administran y promueven las entidades de la seguridad social, por lo que el vínculo jurídico que surge entre los usuarios y el sistema de salud entraña una relación especial de origen legal y reglamentario.

2. La imputación del daño a las empresas prestadoras de salud, a las instituciones prestadoras del servicio de salud y a sus agentes

Uno de esos deberes es el que la Ley 100 de 1993 les asigna a las empresas promotoras de salud, cuya «función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados (...)». (Art. 177) Además de las funciones señaladas en esa y en otras disposiciones, las EPS tienen como principal misión organizar y garantizar la atención de calidad del servicio de salud de los usuarios, por lo que los daños que éstos sufran con ocasión de la prestación de ese servicio les son imputables a aquéllas como suyos, independientemente del posterior juicio de reproche culpabilístico que llegue a realizar el juez y en el que se definirá finalmente su responsabilidad.

Luego de quedar probado en un proceso que el daño sufrido por el paciente se originó en los servicios prestados por la EPS a la que se encuentra afiliado, es posible atribuir tal perjuicio a la empresa promotora de salud como obra suya, debiendo responder patrimonialmente, si confluyen en su cuenta los demás elementos de la responsabilidad.

Por supuesto que si se prueba que el perjuicio se produjo por fuera del marco funcional que la ley impone a la empresa promotora, quedará desvirtuado el juicio de atribución del hecho a la EPS; si la lesión a la integridad personal del paciente no es atribuible al quebrantamiento del deber de acción que la ley impone a la empresa sino a otra razón determinante; o, en fin, si se demuestra que el daño fue el resultado de una causa extraña o de la conducta exclusiva de la víctima.

De igual modo, el artículo 185 de la Ley 100 de 1993 establece que «son funciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente ley».

La función que la ley asigna a las IPS las convierte en guardianas de la atención que prestan a sus clientes, por lo que habrán de responder de manera solidaria si se demuestran en el proceso los demás elementos de la responsabilidad a su cargo, toda vez que las normas del sistema de seguridad social les imponen ese deber de prestación del servicio.

El juicio de imputación del hecho como obra de las instituciones prestadoras del servicio de salud quedará desvirtuado si se prueba que el daño no se produjo por el quebrantamiento de los deberes legales de actuación de la IPS, sino a otra razón, como por ejemplo a una deficiencia organizativa, administrativa o presupuestal de la EPS; a la conducta de uno o varios agentes particulares por fuera del marco funcional de la IPS; o, en fin, a la intervención jurídicamente relevante de un tercero, de la propia víctima o a un caso fortuito.

5.6. Asuntos previos.

5.6.1. Sobre las excepciones propuestas.

El apoderado de la **E.S.E HOSPITAL JOSE CAYETANO VASQUEZ** propuso las excepciones que denominó: "**FALTA DE CAUSA PETENDI**", "**FALTA DE CAUSA PARA PROMOVER LA ACCION**" y la "**EXCEPCIÓN GENÉRICA**", sobre las cuales encuentra el Despacho que corresponden a argumentos que no constituyen verdaderas excepciones, toda vez que no cumplen los requisitos jurisprudenciales para ser consideradas como tales, pues no constituyen hechos impeditivos, modificativos o extintivos, sino que se encaminan a negar el derecho; adicionalmente, tampoco podrían ser utilizados para una contrademanda.³⁰

Así las cosas, y en consideración a que no se trata de verdaderas excepciones, el Juzgado no las resolverá como si fueran tal, sino que simplemente decidirá de fondo el asunto, en cuyos argumentos se pueden encontrar las razones relacionadas con este medio de defensa invocado, en caso de ser necesario su estudio.

Por lo demás, encuentra el Despacho que en el presente asunto se cumplen los presupuestos procesales de jurisdicción y competencia, capacidad procesal de las partes, demanda en forma y el agotamiento de requisito de procedibilidad consistente en la conciliación prejudicial, así no se encuentra causal de nulidad que invalide lo actuado, en atención a lo cual, procede el despacho a dictar sentencia.

5.6.2. De las copias simples

Debe precisarse que el Despacho valorará las copias simples aportadas por las partes, de acuerdo con la jurisprudencia unificada de la Sección Tercera del Consejo de Estado³¹, en aplicación del principio constitucional de buena fe, toda vez que no fueron tachadas de

³⁰ Consejo de Estado, Sala Plena de lo Contencioso Administrativo. Sentencia de fecha 23 de agosto de 1994, Rad. AC-167. Actor Aura Nancy Pedraza Piragauta. M.P. Ernesto Rafael Ariza Muñoz.

³¹ Cfr. Consejo de Estado, Sala Plena Sección Tercera, sentencia del 28 de agosto de 2013, Rad. 25.022, M.P. Enrique Gil Botero. La Corte Constitucional, en idéntico sentido, reconoció valor probatorio a las copias simples en sentencia de unificación SU-774 del 16 de octubre de 2014, M.P. Mauricio González Cuervo.

falsas por la parte demandada y porque frente a ellas se surtió y garantizó el principio de contradicción.

5.6.3. De la valoración del dictamen pericial

A folios 543, 554 (CD-C.3) del expediente, obra en medio magnético aclaración del cuestionario rendido por el perito y solicitado por las dos partes procesales, con el fin de aclarar lo respectivo a los hechos relacionados con el fallecimiento de la menor KAREN JULIETH PALACIO.

Frente a la valoración de la prueba pericial el Consejo de Estado³² ha establecido:

"(...) 15.9. De otro lado, se advierte que para efectos de que un dictamen pericial pueda llevarle certeza al juez sobre el objeto de estudio, debe reunir ciertas condiciones, dentro de las que se debe resaltar que sus conclusiones tienen que estar debidamente fundamentadas e igualmente, como medio probatorio que es, no puede ser desvirtuado por los demás elementos de convicción que obren en el plenario, requisitos de los cuales el estudio aludido carece en el sub iudice. Al respecto, se ha señalado:

3.5.1 Ha dicho la Sala que para que el dictamen pericial pueda tener eficacia probatoria se requiere que: (i) el perito informe de manera razonada lo que de acuerdo con sus conocimientos especializados sepa de los hechos; (ii) su dictamen sea personal³³ y contenga conceptos propios sobre las materias objeto de examen y no de otras personas por autorizadas que sean, sin perjuicio de que pueda utilizar auxiliares o solicitar por su cuenta el concurso de otros técnicos, bajo su dirección y responsabilidad; (iii) que el perito sea competente, es decir, un verdadero experto para el desempeño del cargo; (iv) que no exista un motivo serio para dudar de su imparcialidad; (v) que no se haya probado una objeción por error grave; (vi) que el dictamen esté debidamente fundamentado y sus conclusiones sean claras firmes y consecuencia de las razones expuestas; (vii) que sus conclusiones sean conducentes en relación con el hecho a probar; (viii) que se haya surtido la contradicción; (ix) que no exista retracto del mismo por parte del perito; (x) que otras pruebas no lo desvirtúen y (xi) que sea claro, preciso y detallado, es decir, que dé cuenta de los exámenes, experimentos e investigaciones efectuadas, lo mismo que de los fundamentos técnicos, científicos o artísticos de las conclusiones³⁴. (...)"

Ahora bien y conforme a lo determinado en el C.G.P., en cuanto a la valoración del dictamen pericial, *"El juez apreciará el dictamen de acuerdo con las reglas de la sana crítica, teniendo en cuenta la solidez, claridad, exhaustividad, precisión y calidad de sus fundamentos, la idoneidad del perito y su comportamiento en la audiencia, y las demás pruebas que obren en el proceso"*, al respecto en pronunciamiento por parte del Tribunal Administrativo de Boyacá³⁵, recalco:

³² Consejo de Estado, Sección tercera, Subsección B, CP DANILO ROJAS BETANCOURTH, Radicado: 25000-23-26-000-2001-00218-01(30613), sentencia del 29 de noviembre de 2017.

³³ [12] Devis Echandía, Hernando, Compendio de Derecho Procesal, Tomo II, Pruebas Judiciales, Editorial ABC, 1984, págs. 339 y ss.

³⁴ [13] Consejo de Estado, sentencia de 16 de abril de 2007, exp. AG-250002325000200200025-02, C. P. Ruth Stella Correa Palacio.

³⁵ Tribunal Administrativo de Boyacá, Despacho 03, MS Dr. FABIO IVAN AFANADOR GARCIA, Radicado: 150012333000201600080-00, auto del 06 de julio de 2016.

"(...) la doctrina calificada en la materia ha señalado: "La decisión de la objeción, o si la palabra no gusta pues el asunto se volvió de mera terminología, la censura, se hará en la sentencia o en el auto que resuelva el incidente dentro del cual se practicó el dictamen de manera que será en tales ocasiones cuando el juez evalúe la labor del perito en la forma señalada por el art. 232 del C.G.P., es decir, **analizando la firmeza, precisión y calidad de sus fundamentos y su preparación de los peritos y los demás elementos probatorios que obren en el proceso, determine su posición respecto de la experticia, que es la forma adecuada de precisar si existe o no razón al inconforme.**(...)"
(Negrilla fuera de texto)

Conforme a lo expuesto, encuentra el despacho que la prueba referida goza de los requerimientos necesarios para ser tomada como plena prueba en la resolución de la presente *litis*, y junto con los demás medios de prueba allegados al proceso, generar la convicción necesaria al *a quo* para sustentar la decisión, esto y en tanto se encuentra demostrada la idoneidad del perito conforme a los diplomas adjuntos en donde se verifica que es médico cirujano y especialista epidemiólogo, además se surtió la contradicción del mismo conforme a las audiencias practicadas los días 06 y 18 de diciembre de 2019, aunado a esto encuentra el despacho que al ser una prueba mancomunada entre las partes, permite vislumbrar la imparcialidad del perito, quien además rindió un informe de acuerdo a sus conocimientos, con conceptos propios y rindió su declaración de manera fundamentada, con conclusiones claras y conducentes.

Lo anterior planteado se puede comprobar en el plenario, toda vez que, una vez realizada la declaración y contradicción del perito en audiencia no existió objeciones del mismo por parte de los extremos procesales, circunstancia que vislumbra el cumplimiento de las características propias del peritazgo anteriormente referidas.

Ahora bien, frente a las declaraciones del perito SEBASTIAN FERNANDO NIÑO RAMIREZ, en cuanto a la GUÍA PARA LA ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL DEL PACIENTE CON DENGUE, el despacho tomará el medio de prueba (peritaje) de manera complementaria frente a la referida guía, ya que el protocolo, al ser expedido por una entidad gubernamental, ser de aplicación y cumplimiento obligatorio por parte de las entidades prestadoras de salud, cuenta con la idoneidad para el análisis factico de la presente *Litis*, permitiendo detallar con mayor claridad y exactitud al despacho, el adecuado manejo de la enfermedad del dengue, máxime cuando el perito basó parte de su concepto sobre la referida guía, y es esta la que determina el deber ser de la *lex artis* en lo que tiene que ver con el manejo de la enfermedad.

5.7. De la valoración del material probatorio

La valoración de las pruebas analizadas deben tener como punto de partida el estudio y marco legal y jurisprudencial de la responsabilidad por actividad médico asistencial

efectuado en precedencia, allí se dejó claro que la carga de acreditar el incumplimiento del contenido obligacional, esto es, la falla del servicio, radica en cabeza de la parte demandante, a quien le corresponde demostrar que la atención fue tardía, deficiente o inexistente, a través de los medios probatorios autorizados por la ley, sin que como lo mencionamos, exista tarifa legal al respecto.

Lo anterior resulta de especial relevancia para desatar la *Litis* planteada, si bien no es posible restar importancia al material probatorio recaudado o darle más relevancia a una prueba sobre otra³⁶, pues no se puede desconocer el análisis conjunto de las pruebas con el apoyo en la *lex artis*, entendida como la posibilidad de recurrir a la literatura médica por parte del funcionario judicial, teoría que ha tenido el beneplácito del tratadista Jairo Parra Quijano quien ha sostenido:

*"El juez sobre un tema científico o técnico puede utilizar doctrina sobre la materia, precisamente para hacer inducciones, como se expuso anteriormente.
Al no existir tarifa legal para valorar la prueba pericial, mayor es el compromiso del juez para adquirir, sobre la materia sobre la cual verse el dictamen técnico o científico, unos conocimientos basilares que le permitan entenderlo, explicarlo en términos comunes (en lo que sea necesario)"³⁷*

Como se colige de lo expuesto, el juez puede valerse de la literatura médica reconocida, no como medio probatorio independiente, sino como una guía que permita ilustrarlo sobre los temas que integran el proceso, de tal manera que se obtenga un mejor conocimiento en relación con el objeto de la prueba y de los otros medios de prueba vertidos en el proceso, lo que sin lugar a dudas redundará en una decisión justa³⁸.

De otro lado, como fue citado por el superior funcional de este Despacho en sentencia citada, el Consejo de Estado, ha hecho precisión al señalar que la historia clínica se constituye en uno de los más importantes elementos de convicción del juez en lo relativo a los cuidados médicos o de la correcta asistencia facultativa al paciente, información que podemos interpretar o entender de una mejor manera con consulta bibliográfica especializada.

5.7.1. De las pruebas relevantes obrantes en el proceso

- Copia de la cedula de ciudadanía de, Jenifer Rubely Alvarez Velez (Madre), David Arquímedes Palacio Vargas (Padre), Martha Cecilia Velez Vergara (Abuela M), Arquímedes Palacio Letrado (Abuelo P), Angy Carolina Velez Vergara (Tía M). (Fls. 62-67)

³⁶ Consejo de Estado. Sentencia del 14 de septiembre de 2016. Sección Tercera- Subsección A

³⁷ PARRA QUIJANO, Jairo "Aporte de la jurisprudencia del Consejo de Estado al tema de la prueba pericial" Ed. Universidad Externando de Colombia. Jornadas de Derecho Administrativo p.641

³⁸ Tribunal Administrativo de Boyacá. Sentencia del 10 de abril de 2018 M.P. José Asención Fernández Osorio

- Registro Civil de nacimiento y defunción de la menor KAREN JULIETH PALACIO ALVAREZ (Fls. 68-69)
- Copia registro civil de nacimiento de, Jenifer Rubely Alvarez Velez (Madre, Fl. 70), David Arquímedes Palacio Vargas (Padre, Fl. 267), Juan David Palacio Alvarez (hermano, Fl 71), Angy Carolina Velez Vergara (Tía M, Fl. 73).
- Copia boletín epidemiológico semana No. 11 del 2014 - SIGILA - emitido por la dirección de vigilancia y análisis de riesgo en salud pública. Instituto Nacional de Salud (Fls. 91-112)
- Copia del protocolo para la vigilancia en salud pública del dengue elaborado por el Ministerio de Protección Social. (Fls. 113-137)
- Copia de la Guía para la atención clínica integral del paciente con dengue elaborado por el Ministerio de Protección Social. (Fls. 138-184)
- Copia del boletín de Salud Familiar del Departamento de Boyacá - Secretaria de Salud denominado Programa Departamental de Prevención y control del dengue dentro de la policía APS-SF control social de dengue (Fls. 185-186).
- Copia del Boletín Epidemiológico semanal No. 11 de 20134 de la secretaria de salud de Boyacá - Dirección Técnica de Salud Pública (Fls. 187-202).
- Respuesta No. 2-1200-2017-003731 del 27 de julio de 2017 por parte de la oficina jurídica del Instituto Nacional de Salud (Fls. 370-371)
- Historia Clínica correspondiente a la menor Karen Julieth Palacio Alvarez (Q.E.P.D.) levantada en las Urgencias de la E.S.E Hospital Jose Cayetano de Puerto Boyacá bajo número de admisión 1515107 del 05 de marzo de 2014 (Fls. 188-241).
- Transcripción de la historia clínica de la menor Karen Julieth Palacio Alvarez (Q.E.P.D.) realizada por Instituto Nacional de Medicina Legal (Fls. 442-459 C3) en donde se consigna:

A folio 1 del expediente se encuentra. Según historia clínica de urgencias de la ESE HOSPITAL JOSE CAYETANO VASQUEZ de Puerto Boyacá; número de admisión 1515107 a nombre de PALACIO ALVAREX KAREN JULIETH, TI 1002703050, se lee: ".05/03/2014 10:09 MOTIVO CONSULTA FIEBRE, VÓMITO, DOLOR ABDOMINAL.- ENFERMEDAD ACTUAL.- PACIENTE FEMENINA DE 11 AÑOS DE EDAD TRAÍDA POR LA MADRE QUIEN REFIERE QUE DESDE HOY EN HORAS DE LA MADRUGADA PRESENTA DOLOR ABDOMINAL, ASOCIADO A VOMITO Y FIEBRE, REFIERE AUSENCIA DE DEPOSICIONES DE 2 DIAS Y AUSENCIA DE FLATOS DE UN DIA.-REVISIÓN POR SISTEMAS.- REFERIDO.- ESTUVO EN COMA POR CEFALEA MIGRAÑOSA.- ANTECEDENTES.- RESUMEN DE SIGNOS.- TA... FC:

130 FR: 29 T: 38. SO2: 0 PESO: 48 TALLA: IMG: E. EMBRIAGUEZ: NO E. CONCIENCIA: ALERTA (x)...AO: 0 RM: 0 RV: 0 GLASGOW (15).- ****EXAMEN FÍSICO****- CABEZA Y ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS -NORMOCÉFALO. ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA. AMÍGDALAS NORMALES. OTOSCOPIA NORMAL. - CUELLO. - CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATÍAS, NI MASAS, NO DOLOR A LA MOVILIZACIÓN.- TÓRAX.- TÓRAX SIMÉTRICO, EXPANSIBLE, SIN TIRAJES. RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS. SIN RUIDOS AGREGADOS. - ABDOMEN. - ABDOMEN, BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACIÓN EN EPIGASTRIO, SIN MASAS, NI MEGALIAS. SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. - GENITOURINARIO. - NO EXPLORADO. - PELVIS. - NORMAL, EXTREMIDADES. - SIMÉTRICAS SIN EDEMAS. - NEUROLÓGICO. - CONSCIENTE, ORIENTADO, FUERZA EN EXTREMIDADES 5/5, SENSIBILIDAD CONSERVADA. NORMOREFLEXIA, SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN. - PIEL. - NORMAL. - FANERAS. - NORMAL. - ****DIAGNÓSTICOS AL INGRESO****- DIAGNÓSTICO PRINCIPAL.- R104 OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS.- DIAGNÓSTICO RELACIONADO-1-K566 OTRAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES Y LAS NO ESPECIFICADAS.-"

A folio 2 de la historia clínica se lee:"...05/03/2014 10:09... ****ANÁLISIS -PLAN-EXÁMENES-PROCEDIMIENTOS-TRATAMIENTOS****. - ANÁLISIS/PLAN -- - ><<14.03.05-10:21:33>>, DR(A). CARLOS RAUL HALLADO ALMEYDA-MEDICINA GENERAL) H.U. 1515107...SN BOLO DE 500 CC, CONTINUARÁ A 80CC/H.- DIPIRONA 1GR IV.- RANITIDINA 50MG IV HORA. - B. HIOSCINA AMP 20 MG IV AHORA. - SS/HEMOGRAMA.- SS/ RX ABDOMINAL SIMPLE VERTICAL.-- - - ><<14.03.05-10:21:34>>, (DR(A). CARLOS RAUL HALLADO ALMEYDA-MEDICINA GENERAL) H.U. 1515107.- SS/HEMOGRAMA. - SS/ RX ABDOMINAL SIMPLE VERTICAL. - RESULTADO EXAMENES.- IRATAMIENTO MEDICAMENTOS.-.-"

<<14.03.05-10:21:34>>, (DR(A). CARLOS RAÚL HALLADO ALMEYDA-MEDICINA GENERAL) H.U. 1515107.- SODIO CLORURO 0.9% BOLSA X 500 ML CANT: 3.- SSN BOLO 500CC, CONTINUARÁ A 80 CC/H.- RANITIDINA AMPOLLA X 50 MG CANT: 1 RANITIDINA 50MG AHORA. - B. HIOSCINA AMP 20MG IV AHORA. - DIPIRONA AMPOLLA X 1 G CANT: 1.- APLICAR IV AHORA- EVOLUCIÓN. - - - - - ><<14.03.05-10:21:34>>, (DR(A). CARLOS RAUL ALLADO ALMEYDA-MEDICINA GENERAL) H.U. 1515107.-PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL DIFUSO, AUNQUE CON LEVE DIFERENCIACIÓN HACIA EPIGASTRIO, ASOCIADO A FIEBRE, REFIERE AUSENCIA DE DEPOSICIONES DESDE HACE 2 DÍAS Y FLATOS DESDE HACE UNO, SE DECIDE INGRESAR PARA ESTUDIO. - - - - -><<14.03.05-12:00:13>>, DR(A), ALAIN JAVIER MACHADO MENDOZA-MEDICINA GENERAL).- RX DE ABDOMEN SIMPLE DE PIE NORMAL NO NIVELES HIDROAÉREOS SE OBSERVA IMPACTACIÓN FECAL.- - - - -"

><<14.03.05-12:00:13>>, DR(A), ALAIN JAVIER MACHADO MENDOZA-MEDICINA GENERAL).- REPORTE DE HEMOGRAMA DENTRO DE LÍMITES NORMALES PLAQUETAS NORMALES, PACIENTE REFIERE MEJORÍA DEL DOLOR TOLERANDO VÍA ORAL AL EXAMEN FÍSICO ABDOMEN PLANO PERISTALSIS POSITICA 3 EN 1 MINUTO BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO NO MASA NO MEGALIAS SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. POR LO QUE SE DECIDE ALTA MÉDICA ...PLAN. - ALTA. - HIDRÓXIDO DE ALUMINIO SUSPENSIÓN DAR 5 CC CADA 8 HORAS. - OMEPRAZOL, CAP 20 MG TOMAR EN AYUNAS. - METOCLOPRAMIDA TAB 10MG TOMAR CADA 12 HORAS. -EVOLUCIÓN /CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE. -****DIAGNÓSTICO A LA SALIDA****. - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL. - ****DATOS DEL EGRESO/SALIDA****. - Dest. Salida: ALTA DE URGENCIAS. - ESTADO A LA SALIDA: VIVO. - FECHA 2014.03.05 HORA 10:19:2. FIRMA DEL MÉDICO (No diligenciado) REGISTRO MÉDICO (No diligenciado).- "

Posteriormente en el reingreso de la menor Karen Julieth Palacio Alvarez (Q.E.P.D.) ocurrida el mismo día, se consigna en la historia clínica lo siguiente:

*A folio 4 de la historia clínica se lee "...05/03/2014 20:42.- MOTIVO DE CONSULTA "SIGUE CON FIEBRE", - ENFERMEDAD ACTUAL PACIENTE DE 11 AÑOS DE EDAD RECONSULTANTE EN COMPAÑÍA DE LA MADRE POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE MAS ...MENOS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR FIEBRE QUE INICIÓ EN HORAS DE LA MADRUGADA DEL DÍA DE HOY, MANEJADA DE FORMA AMBULATORIA CON METOCLOPRAMIDA, OMEPRAZOL E HIDROXILO DE ALUMINIO Y ACETAMINOFÉN SIN MEJORÍA CLÍNICA.- REVISIÓN POR SISTEMAS.- VÓMITO.- ANTECEDENTES ... TA: ...FC: 100 FR: 18 T: 39 SO2: 0 PESO: 48 TALLA: ... IMG: ... E. EMBRIAGUEZ; NO E. CONCIENCIA: ALERTA (X) ...AO: 0 RM: 0 RV: 0 GLASGOW (15).- ****EXAMEN FÍSICO**** .- CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS .- NORMOCEFALO. ESCLERAS ANICTÉRICAS. MUCOSA ORAL SECA. AMÍGDALAS NORMALES. OTOSCOPIA NORMAL. - CUELLO. - CUELLO MOVIL SIN ADENOPATÍAS, NI MASAS, NO DOLOR A LA MOVILIZACIÓN. - TÓRAX. - TÓRAX SIMETRICO, EXPANSIBLE, SIN TIRAJES. RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLO, PULMONES BIEN VENTILADOS. SIN RUIDOS AGREGADOS. - ABDOMEN. - ABDOMEN NO DISTENDIDO, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN AUSENCIA DE MOVIMIENTOS INTESTINALES, SIN MASAS, NI MEGALIAS. SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. - GENITOURINARIO. - NO EXPLORADO. - PELVIS. - NORMAL. - EXTREMIDADES. - SIMÉTRICAS SIN EDEMAS. - NEUROLÓGICO. - CONSCIENTE, ORIENTADO, FUERZAS EN EXTREMIDADES 5/5, SENSIBILIDAD CONSERVADA. NORMOREFLEXIA, SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN. - PIEL. - NORMAL. - FANERAS. - NORMAL. - ****DIAGNÓSTICOS AL INGRESO****. - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL R509 FIEBRE, NO ESPECIFICADA. - DIAGNÓSTICO RELACIONADO -1- K297 GASTRITIS, NO ESPECIFICADA. - DIAGNÓSTICO RELACIONADO-2- B349 INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA. - DIAGNÓSTICO RELACIONADO-4- K590 CONSTIPACION. - ****ANALISIS-PLAN-EXÁMENES-PROCEDIMIENTOS-TRATAMIENTOS****"*

*A Folio 5, se lee: "...EXAMENES. - ---><<2014.03.06-02:51:04>>, (DR(A). FREDIS ACUÑA RUIZ-MEDICINA GENERAL) H.U. 1515404.- S. S/S HEMOGRAMA - PARCIAL DE ORINA.- TRATAMIENTO MEDICAMENTOS.- ---><<2014.03.06-20:49:07>> LACTATO DE RINGER BOLSA X 500 ML SOL INY CANT: 2.- HARTMAN 1000 CC HORA.- ACETAMINOFEN TABLETA X 500 MG CANT: 1.-DIPIRONA 1 GR IV AHORA.- ---><<2014.03.06-02:51:04>>, (DR(A). AREDIS ACUÑA RUIZ-MEDICINA GENERAL) H.U. 1515404.- LACTATO DE RINGER BOLSA X 500 ML SOL INY CANT: 3.- 2. - RINGER 50CC HRS.- DIPIRONA AMPOLLA X 1 G CANTIDAD:4.-3. DIPIRONA 1 GR IV CADA 6 HRS.-...LUCION.- ---><<2014.03.06-20:49:08>>, (DR(A). FREDIS ACUÑA RUIZ-MEDICINA GENERAL) H.U. 1515404.- PACIENTE DE 11 AÑOS DE EDAD RECONSULTANTE EN COMPAÑÍA DE LA MADRE POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE MÁS O MENOS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR FIEBRE QUE INICIÓ EN HORAS DE LA MADRUGADA DEL DÍA DE HOY, MANEJADA DE FORMA AMBULATORIA CON METOCLOPRAMIDA, OMEPRAZOL, E HIDROXILO DE ALUMINIO Y ACETAMINOFÉN SIN MEJORÍA CLÍNICA, SE REVISÓ HISTORIA CLÍNICA, EN LA CUAL LOS PARACLÍNICOS SE HALLAN DENTRO DE LÍMITES NORMALES, RX DE ABDOMEN SIMPLE CON IMPACTACIÓN FECAL, AL EXAMEN FÍSICO FEBRIL, SIN DISTENSIÓN ABDOMINAL, DISMINUCIÓN DE RUIDOS INTESTINALES, SE DECIDE POR LO ANTERIOR INGRESAR PARA MANEJO MÉDICO.- PLAN: ,- OBSERVACIÓN.- HARTMAN 1000 CC HORA.- DIPIRONA 1 GR IV AHORA.- CURVA TÉRMICA CADA 4 HORAS.- REVALORAR.- CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS.- --><<2014.03.06- 02:51:04>>, (DR(A). FREDIS ACUÑA RUIZ-MEDICINA GENERAL) H.U. 1515404.- **SE REVALORA PACIENTE QUIEN PERSISTE CON EPISODIOS EMÉTICOS Y CON PICOS FEBRILES. - AL***

EXAMEN FÍSICO T 38-39° REPORTADOS, SATURANDO 98% CARDIOPULMONAR NORMAL ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO IMPRESIONA DOLOR.- POR PERSISTENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA SE DECIDE REALIZAR PARACLÍNICOS CONTROL.-". (Negrilla fuera de texto)

A folio 6, se lee: "...IDX.- 1. SÍNDROME FEBRIL, E/E. - PLAN.- OBSERVACION. RINGER 50 CC HRS.- 3. DIPIRONA 1 GR IV CADA 6 HRS.- 4. MEDIOS FISICO. - 5. S/S HEMOGRAMA-PARCIAL ORINA. - 6. REVALORAR. - 7. C.S.V.A.C.- --><<2014.03.06-11:21:01>>, (DR(A). ALVARO LOPEZ MARTINEZ-MEDICINA GENERAL) .- PDEO DE CONTROL CON HEMATURIA, PERO AYER LE LLEGO LA MENSTRUACION, NO REFIERE DISMENORREA CH **CON LEUCOPENIA LEVE, ANEMIA LEVE** Y RESTO DEL EXAMEN DENTRO DE LÍMITES NORMALES, NO VOMITO DESDE LAS 3 AM, DESDE HACE 2 DÍAS NO HACE DEPOSICIÓN, HOY HIZO DEPOSICIÓN DURA, REFIERE QUE SUFRE DE GASTRITIS PORQ CASI NO COME DESDE HACE 15 DIAS PORQ LE DICEN LA GORDA EN EL MOMENTO AFEBRIL, HIDRATADA, NO ÁLGICA, CON RINORREA MUCOSA, **ABDOMEN SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, SE ORDENA PROBAR VO Y SE REVALORARA.** - --- ><<2014.03.06-12:26:41>>, (DR(A). ALVARO LOPEZ MARTINEZ-MEDICINA GENERAL) .- PACIENTE CON ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE DEL SNC, VASCULITIS PARIETAL DERECHA. CON ANA PATRÓN MOTEADO 1:160 (REUMATOLOGO DESCARTA LES).- ANTECEDENTES DE ASMA BRONQUIAL.- --><<2014.03.06-13:09:14>>, (DR(A). ALVARO LOPEZ MARTINEZ-MEDICINA GENERAL) .-EVOLUCIÓN SATISFACTORIA, AFEBRIL, HIDRATADA, NO ÁLGICA, NO VOMITO, TOLERO VO, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, PRESENTA RINITIS ALÉRGICA, SE DA SALIDA CON RECOMENDACIONE INDICACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, DIETA ALTA EN FIBRA, FIBOGEL, ACTM, CONTINUAR CON OMEPRAZOL, METOCLOPRAMIDA Y ANTIÁCIDO Y SE ORDENA CITA PRIORITARIA CON PEDIATRA.- EVOLUCIÓN/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE.- ****DIAGNÓSTICOS A LA SALIDA".- DIAGNÓSTICO PRINCIPAL.-"DATOS DEL EGRESO/SALIDA**.**- Dest. Salida: ALTA DE URGENCIAS.- FECHA: 2014.03.06 HORA 20:49:0.- ESTADO A LA SALIDA:VIVO.- FIRMA DEL MEDICO (No diligenciada) REGISTRO MEDICO (No diligenciado)." (Negrilla fuera de texto)

A folio 7 se lee: "...08/03/2014 14:33.- MOTIVO DE CONSULTA.- DOLOR ABDOMINAL.- ENFERMEDAD ACTUAL.- PACIENTE MULTI CONSULTANTE, CON PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS POR LO QUE NO HA PODIDO REALIZAR VALORACIÓN POR ESPECIALISTA DE MANERA AMBULATORIA.- DOLOR ABDOMINAL.- CUADRO CLÍNICO DE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL, EŞCALOFRIO, FIEBRE,VÓMITO, SÍNTOMAS MEJORAN Y CEDEN CON EL TRATAMIENTO, MANEJADA COMO CONSTIPACIÓN Y GASTRITIS.- ACTUALMENTE BAJO MANEJO CON ANTIPIRÉTICOS Y ANTIEMETICOS INGRESA CON DOLOR NO CONTROLADO.- REVISIÓN POR SISTEMAS.- REFERIDO.-ANTECEDENTES-TA: 109/75 FC: 110 FR: 22 T: 37. SO2: 0 PESO: 45 TALLA:...IMG: .. E. EMBRIAGUEZ: NO E. CONCIENCIA: ALERTA (x) ..AO: 0 RM: 0 RV: 0 GLASGOW (15).- ****EXAMEN FÍSICO" CABEZA Y ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS NORMOCÉFALO, ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA. AMÍGDALAS NORMALES. OTOSCOPIA NORMAL. CUELLO. CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATÍAS, NI MASAS, NO DOLOR A LA MOVILIZACIÓN.- TÓRAX.- TÓRAX SIMÉTRICO, EXPANSIBLE, SIN TIRAJES. RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLO, PULMONES BIÉN VENTILADOS. SIN RUIDOS AGREGADOS.- ABDOMEN.- ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, SIN MASAS, NI MEGALIAS. SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. GENITOURINARIO.- NO EXPLORADO.- PELVIS.- NORMAL.- EXTREMIDADES.- SIMÉTRICAS SIN EDEMAS. NEUROLÓGICO.- CONSCIENTE, ORIENTADO, FUERZA EN EXTREMIDADES 5/5, SENSIBILIDAD CONSERVADA. NORMOREFLEXIA, SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN.- PIEL.- NORMAL.-FANERAS.- NORMAL.- ****DIAGNÓSTICOS AL INGRESO".- DIAGNÓSTICO****

PRINCIPAL.- R529, NO ESPECIFICADO.- DIAGNÓSTICO RELACIONADO -1 M940 SÍNDROME DE LA ARTICULACION CONDRÓCOSTAL [TIETZE].-"

A folio 8, se lee:"... 08/03/2014 14:33 *ANÁLISIS-PLAN- EXÁMENES-PROCEDIMIENTOS-TRATAMIENTOS".- ANÁLISIS /PLAN.--> <<2014.03.08-19:25:36>>, (DR(A). ALAIN JAVIER MACHADO MENDOZA - MEDICINA GENERAL) H.U. 1516707.- EXÁMENES CLÍNICOS QUE MUESTRAN FUNCIÓN RENAL NORMAL, CON TRANSAMINASAS ELEVADAS, LHD ELEVADA, **PRUEBA RÁPIDA PARA DENGUE NEGATIVAS.**-- - - > <<2014.03.08-14:41:46>>, (DR(A). SANTIAGO MARTINEZ JARAMILLO - MEDICINA GENERAL) H.U. 1516707.- CUADRO HEMÁTICO.- COPROLÓGICO.- RX REJA COSTAL.-- ><<2014.03.08 - 19:25:36>>, (DR(A). ALVARO LOPEZ MARTINEZ-MEDICINA GENERAL).- SE ORDENA RTO MANUEL DE PLAQUETAS EN 6 HORAS, BUN Y CREATININA, ALBÚMINA, TGO, PTT Y LDH.- PBA RÁPIDA PARA DENGUE.- RESULTADOS EXÁMENES.- TRATAMIENTO MEDICAMENTOS - - - > <<2014.03.08-14:41:46>>, (DR(A). SANTIAGO MARTINEZ JARAMILLO - MEDICINA GENERAL) H.U. 1516707.- LACTATO DE RINGER BOLSA X 500 ML SOL INY CANT: 2 PASAR A 100CC/HORA.- DIPIRONA AMPOLLA X 1G CANT: 1 IV.-- - - > <<2014.03.08 - 19:25:36>>, (DR(A). ALVARO LOPEZ MARTINEZ - MEDICINA GENERAL).- LACTATO DE RINGER BOLSA X 500 ML SOL INY CANT: 8.- 1000 CC A CHORRO Y CONTINUAR 1000 CC CADA 8H.- ACETAMINOFEN TABLETA X 500 MG CANT: 4 CADA 6H.- OMEPRAZOL 40 MG SOLUCIÓN INYECTABLE CANT: 1 IV CADA 24H.-"(Negrilla fuera de texto)

A folio 9, se lee:"...08/03/2014 14:33--> <<2014.03.08 -19:36:56 >>, (DR(A). ALAIN JAVIER MACHADO MENDOZA - MEDICINA GENERAL.- LACTATO DE RINGER BOLSA X 500 ML SOL INY CANT: 7.- HARTMAN 700 CC AHORA, DEJAR a 120 CC HORA POR BOMBA DE INFUSIÓN - OMEPRAZOL 40 MG SOLUCIÓN INYECTABLE CANT: 3,- 3. OMEPRAZOL 40 MG IV CADA 8 HORAS.- ACETAMINOFEN TABLETA X 500 MG CANT:4.-4. ACETAMINOFEN 500 MG VO CADA 6 H PRN.- - - - > <<2014.03.09-01:48:34>>, (DR(A). ALAIN JAVIER MACHADO MENDOZA - MEDICINA GENERAL).- METOCLOPRAMIDA 10 MG SOL INY CANT: 1.- APLICAR AMPOLLA IV AHORA.- EVOLUCIÓN...> <<2014.03.08- 14:41:46>>, (DR(A). SANTIAGO MARTINEZ JARAMILLO - MEDICINA GENERAL) H.U. 1516707.- KAREN 11 AÑOS.- DOLOR TORACOABDOMINAL ??,- SOSPECHÓ SÍNDROME DE TIETZE. PACIENTE MULTI CONSULTANTE, CON PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS POR LO QUE NO HA PODIDO REALIZAR VALORACIÓN POR ESPECIALISTA DE MANERA AMBULATORIA.- CUADRO CLÍNICO DE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL, ESCALOFRÍO, FIEBRE, VÓMITO, SÍNTOMAS MEJORAN Y CEDEN CON EL TRATAMIENTO, MANEJADA COMO CONSTIPACIÓN TRATAMIENTO, MANEJADA COMO CONSTIPACIÓN Y GASTRITIS.- ACTUALMENTE BAJO MANEJO CON ANTIPIRÉTICOS Y ANTIBIÓTICOS.- INGRESA CON DOLOR NO CONTROLADO.- AL EXAMEN FÍSICO DOLOR LOCALIZADO EN ARCOS COSTALES INFERIORES DEV HEMITORX IZQUIERDO LEVE DOLOR.- EN EPIGASTRIO, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL EXTREMIDADES EUTRÓFICAS.- INGRESA PARA OBSERVACIÓN DEL DOLOR SE SOLICITAN PARACLÍNICOS.- > <<14.03.08-16:52:26>>, (DR(A). ALVARO LOPEZ MARTINEZ- MEDICINA GENERAL).-PACIENTE CON CC DE 4 DÍAS DE FIEBRE, CEFALEA, DOLOR ABDOMINAL, VÓMITO, DESDE AYER NO FIEBRE, NO VOMITO, CONTINUA CON DOLOR ABDOMINAL.- RX DE REJA COSTAL: NORMAL.- CH: LEUCOPENIA, HEMOCONCENTRACIÓN Y TROMBOCITOPENIA.- SE ORDENA RTO MANUAL DE PLAQUETAS EN 6 HORAS, BUN Y CREATININA, ALBÚMINA, TGO, PTT Y LDH Y PBA RÁPIDA PARA DENGUE.- VALORACIÓN POR PEDIATRA DE TURNO DRA MRLYN SE COLOCA ACTM POR HORARIO, GASTROPROTECCIÓN, HIPERVOLEMIA SE ELABORA FICHA EPIDEMIOLOGICA.- > <<2014.03.08-19:27:45>>, (DR(A). ALAIN JAVIER MACHADO MENDOZA- MEDICINA GENERAL).- TIEMPOS DE COAGULACIÓN PROLONGADOS, ALBÚMINA NORMAL.-"

A folio 10 se lee: "...-> <<2014.03.08 19:36:56>>, (DR(A). ALAIN JAVIER MACHADO MENDOZA - MEDICINA GENERAL). - ORDENES DE PEDIATRIA. - 1. REMISION III NIVEL. - 2. HARTMAN 700 CC AHORA, DEJAR A 120 CC HORA POR BOMBA DE INFUSION. - 3. OMEPRAZOL 40 MG IV CADA 8 HORAS. - 4. ACETAMINOFEN 500 MG VO CADA 6 H PRN. - 5. CURVA TÉRMICA. - 6. CONTROL DE LA Y LECLINICOS. - > <<2014.03.09 -00:50:50>>, (DR(A). ALAIN JAVIER MACHADO MENDOZA - MEDICINA GENERAL). -PACIENTE QUE PERSISTE CON TROMBOCITOPENIA, SE COMENTA CON LA SUBDIRECTORA CIENTÍFICA QUIEN AUTORIZA TRASLADO PRIMARIO PARA EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL, PACIENTE EN REGULAR ESTADO GENERAL, SALE DE LA INSTITUCIÓN EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR, AUXILIAR DE ENFERMERIA Y MEDICO. ----> <<2014.03.09- 01:48:35>>, (DR(A). ALAIN JAVIER MACHADO MENDOZA - MEDICINA GENERAL). -PACIENTE CON PERSISTENCIA DE DOLOR ABDOMINAL ASOCIADO A MÚLTIPLES EPISODIOS DE VÓMITO, INICIO ANTIEMÉTICO. METOCLOPRAMIDA UNA AMP IV HORA. ---> <<2014.03.09-02:28:27>>, (DR(A). ALAIN JAVIER MACHADO MENDOZA - MEDICINA GENERAL). - PACIENTE QUE SALE REMITIDO EN TRASLADO PRIMARIO.- ----><<2014.03.09-12:58:40>>, (DR(A). EUSELDY KATERINE PICO ROJAS - MEDICINA GENERAL).- RECIBO PACIENTE EN SALA DE OBSERVACIÓN, EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, SOMNOLIENTA, CONSCIENTE, MANIFESTANDO DOLOR ABDOMINAL, NAUSEAS Y VÓMITO A REPETICIÓN. CON IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA DE DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA, CON LABORATORIO QUE REPORTA CH: LEUCOPENIA, HEMOCONCENTRACIÓN Y TROMBOCITOPENIA DE 23000 TOMADA A LAS 00:18 HORAS, LDH: 1393, TRANSAMINASA OXALOACETICA 737. TPT: 39. CON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO PASANDO LACTATO DE RINGER A 120CC/HORA POR BOMBA DE INFUSION, CON SIGNOS VITALES: PA 90/60 FC: 102. FR: 22 T: 36.2 SAT 02: 97%. SE LE ADMINISTRA METOCLOPRAMIDA ANTES DE TRASLADARSE A LA AMBULANCIA.- SE TRASLADÓ USUARIA MENOR DE EDAD A CAMILLA DE AMBULANCIA PARA REMISIÓN A TERCER NIVEL PARA MANEJO POR PEDIATRÍA EN LA CLÍNICA LAS AMÉRICAS DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN, **SE UBICA EN AMBULANCIA, A LAS 02+40 SE REGRESA AL HOSPITAL POR PRESENTAR FALLAS EN LA AMBULANCIA.- A LAS 03+00 SE LLEGA AL HOSPITAL Y SE CAMBIA DE AMBULANCIA Y SE UBICA USUARIA MENOR DE EDAD Y SE CONTINÚA CON EL TRASLADO DURANTE EL TRASLADO LA PACIENTE NO PRESENTÓ NINGÚN EPISODIO DE EMESIS, REALIZÓ DIURESIS SIN DOLOR, ELIMINA ORINA AMARILLA SIN SANGRE, NO PRESENTO SANGRADO DURANTE EL TRASLADO. SE LE ADMINISTRÓ DOSIS DE OMEPRAZOL IV 40 (...)**"(Negrilla fuera de texto)

- Testimonio de YURY JESENIA DIAZ OSORIO obrante en CD folio 475:

"(Minuto 21:07) **PREGUNTADO:** Manifiéstele a este despacho si usted conoce a la señora Jenifer Rubely Alvarez Velez y en caso afirmativo porque la conoce? **CONTESTÓ:** La conozco de toda la vida desde que éramos muy niñas en la misma cuadra hemos vivido y todo; (Minuto: 21:25) **PREGUNTADO:** Conoció usted a la menor KAREN JULIETH PALACIO ALVAREZ y en caso afirmativo indique las razones de su conocimiento, **CONTESTÓ:** Sí señor la conocí desde que nació desde que estaba bebé; (Minuto 21:41) **PREGUNTADO:** manifiéstele a este despacho quienes componen el núcleo familiar de la menor que un día se llamó KAREN JULIETH PALACIO ALVAREZ, **CONTESTÓ:** Sí señor lo confirmaba la mamá La papa y el niño y la tía que era donde ellos vivían; (Minuto 24:44) **PREGUNTADO:** Usted conoce a Martha Cecilia Velez Vergara, Arquímedes Palacio Letrado, **CONTESTÓ:** Sí señor los abuelos; **PREGUNTADO:** cada uno respectivamente abuelo y abuela, **CONTESTÓ:** :Son abuelos uno por parte de papá y otro por parte de mama; **PREGUNTADO:** hace cuanto los conoce, **CONTESTÓ:** pues ellos me conocen a mí de toda la vida porque hemos sido criados ahí en la misma cuadra; **PREGUNTADO:** Usted la conoce a ellos por razón a su vecindad, **CONTESTÓ:** Sí señor por la vecindad;

PREGUNTADO: conoce usted a Angy Carolina Velez Vergara, **CONTESTÓ:** Sí señor la hermana y la tía de la menor que falleció; **PREGUNTADO:** por qué la conoce, **CONTESTÓ:** Pues de la misma cuadra y del colegio nos criamos desde muy niñas juntas; **PREGUNTADO:** Fue compañera de colegio de Angy, **CONTESTÓ:** No señor ella me lleva como 3 años más; **PREGUNTADO:** Manifiéstele al despacho si Angy Carolina Velez Vergara Vivió con KAREN JULIETH durante algún tiempo, **CONTESTÓ:** Siempre han vivido... vivían en el mismo lado en el mismo apartamento; **PREGUNTADO:** Indique cómo era la relación de Angy Carolina con KAREN JULIETH, **CONTESTÓ:** La quería mucho era prácticamente como una hija para ella."

- Testimonio de ANGY PAOLA BERNAL MONTAÑA obrante en CD folio 475:

"(Minuto 1:00:56) **PREGUNTADO:** Usted conoce a la señora Jenifer Rubely Alvarez Velez y en caso afirmativo por qué la conoce, **CONTESTÓ:** Sí señor; **PREGUNTADO:** por qué la conoce, **CONTESTÓ:** Porque somos de la misma cuadra del mismo barrio; **PREGUNTADO:** Hace cuánto que la conoce, **CONTESTÓ:** desde que nació; **PREGUNTADO:** Usted conoce al señor Arquímedes Palacio Letrado, **CONTESTÓ:** Sí señor; **PREGUNTADO:** Por qué lo conoce, **CONTESTÓ:** Sí señor era el abuelo de la niña y también él vivía allá en el barrio y mantenía muy pendiente de la niña; **PREGUNTADO:** Usted conoce a Angy Carolina Velez Vergara Y en caso afirmativo, por qué la conoce, **CONTESTÓ:** por lo mismo vivíamos en el mismo barrio éramos muy Unidos manteníamos hablando; **PREGUNTADO:** Qué relación existe entre Angy Carolina Velez y Jenifer Rubely Alvarez, **CONTESTÓ:** Son hermanas y son muy unidas; **PREGUNTADO:** Manifiéstele a la audiencia quienes componen el núcleo familiar de la menor que en vida se llamó KAREN JULIETH PALACIO ALVAREZ, **CONTESTÓ:** David Palacios, Angie Carolina Vélez, Marta, Juan David y Jennifer Álvarez; **PREGUNTADO:** Porqué de su conocimiento, **CONTESTÓ:** Por lo que vivíamos en el mismo barrio y éramos muy unidos en el barrio y vivíamos como a tres casas; **PREGUNTADO:** Cómo era La vida o el entorno familiar y social cuando la menor KAREN JULIETH PALACIO ALVAREZ vivía, como se desarrollaba su entorno familiar, **CONTESTÓ:** Muy bien se la iban muy bien cada vez que salían, salían con la niña que a fiestas que a recreación salían con la niña todos, eso eran muy unidos con la niña ... Incluso cuando falleció la niña ellos tuvieron que cambiarse de casa por lo mismo por muchos recuerdostodavía recuerdan la niña les da duro a los familiares; **PREGUNTADO:** Indíquele a este despacho si le costa o sabe cuánto tiempo duró la menor hospitalizada, **CONTESTÓ:** Una semana; **PREGUNTADO:** hace cuanto conoce a KAREN JULIETH PALACIO, **CONTESTÓ:** Desde que nació; **PREGUNTADO:** Qué relación de parentesco tienen Jennifer Álvarez, David Arquímedes Palacio, Juan David Palacio con KAREN JULIETH, **CONTESTÓ:** Jennifer es la señora de Juan David Palacio y vivía con el niño Juan David, Karen, la mamá, la hermana y el marido de Jennifer; **PREGUNTADO:** Conoce usted a Martha Cecilia y Arquímedes Palacios, **CONTESTÓ:** Sí señor; **PREGUNTADO:** Hace cuánto los conoce, **CONTESTÓ:** Hace tiempo desde pequeña, desde que yo era una niña; **PREGUNTADO:** Ellos dos que son de Karen, **CONTESTÓ:** Arquímedes el abuelo y Marta la abuela; **PREGUNTADO:** La relación afectiva de ellos con la menor cómo era, **CONTESTÓ:** Muy Unidos mantenían pendientes de la niña; **PREGUNTADO:** Conoce usted Angy Carolina Vélez, **CONTESTÓ:** Sí señor; **PREGUNTADO:** Por qué la conoce, **CONTESTÓ:** Desde que vivíamos en el barrio hace muchísimo tiempo; **PREGUNTADO:** tiene algún parentesco con ella, **CONTESTÓ:** No señor amigas de ahí del barrio; **PREGUNTADO:** Cómo era la relación familiar de la familia con Karen Julieth, **CONTESTÓ:** Muy Unidos salían todos juntos a sus paseos a sus fiestas para nada había violencia eran todos muy unidos con la niña; **PREGUNTADO:** Después de la muerte de la menor que observó de la familia, cuál fue su afectación sus repercusiones... **CONTESTÓ:** No todavía les da muy duro, todavía la recuerdan porque era una niña muy

*amable no era grosera con nadie, era muy amigable, no daba problemas, no se metía con nadie, no le daba problemas a la mamá ni a los familiares; **PREGUNTADO:** Cuáles fueron los cambios que tuvo la familia después de la muerte de la menor, **CONTESTÓ:** No pues ahí todavía lloran siguen unidos por lo del niño por lo que quedó Juan David.*

- Testimonio de LUZ JUDITH PIÑA SALAS obrante en CD folio 475:

*"(Minuto 1:23:20) **PREGUNTADO:** Manifiéstele a este despacho si usted conoce a la señora Jenifer Rubely Alvarez Velez y en caso afirmativo por qué la conoce, **CONTESTÓ:** Yo la conozco a ella de toda la vida, pero en sí amigas desde que ella se vino de Bogotá a vivir acá nuevamente; **PREGUNTADO:** Manifiéstele a este despacho si usted conoce Angy Carolina Vélez y en caso afirmativo por qué la conoce, **CONTESTÓ:** Ella es la hermana de Jeni; **PREGUNTADO:** Manifiéstele a este despacho si conoce a Martha Cecilia Velez y en caso afirmativo por qué la conoce, **CONTESTÓ:** Ella es la mamá de Jenny y la abuelita de Karen; **PREGUNTADO:...** y a Juan David Palacio Alvarez, **CONTESTÓ:** Ese es el hermanito de Karen el bebé de Jeni; **PREGUNTADO:** Manifiéstele a este despacho si usted conoció a la menor KAREN JULIETH PALACIO y en caso afirmativo por qué la conoció, **CONTESTÓ:** Porqué era la hija de Jeni y yo los veía juntos con el niño cuando salían a la calle en el barrio a compartir con la demás gente, cuando nos veíamos y ella mantenía mucho con el bebé pues jugaba con el hermanito; **PREGUNTADO:** Manifiéstele al despacho quienes componen el núcleo familiar de la menor que un día se llamó KAREN JULIETH PALACIO ALVAREZ, **CONTESTÓ:** Jenny que es la mamá David, el papa, Juan David el hermanito Marta la abuelita y Angy la tía; **PREGUNTADO:** Señale al despacho cuál era el entorno familiar de la menor KAREN JULIETH PALACIO ALVAREZ antes de su fallecimiento, **CONTESTÓ:** Ellos mantenían unidos salían juntos a la calle mantenían siempre juntos siempre los vi muy unidos; **PREGUNTADO:** Y después del fallecimiento Cómo se desarrolló el entorno familiar... **CONTESTÓ:** Tuvieron como problemas porqué de pronto ella no aceptaba que la menor hubiera muerto.... empezaron como conflictos familiares.... y es el momento que aún todavía le afecta.*

- Testimonio del Dr. CARLOS RAUL HALLADO ALMEYDA obrante en CD folio 475:

*"(Minuto 2:08:35) **PREGUNTADO:** Usted fue el galeno que atendió primariamente a la menor Karen Julieth Álvarez, **CONTESTÓ:** Sí yo fui el primero que le dio la atención en ese momento y considere que estaba cursando por un proceso de obstrucción intestinal por los síntomas que ella refería de que llevaba dos días sin hacer deposición y tampoco tenía flatos y adicionado a eso la fiebre y tenía dolor en la región abdominal alta central en el epigastrio y si tengo entendido que se sospecha un dengue pero en ese momento no pensé que fuera eso ya que llevaba un día de evolución y es muy difícil en una etapa febril hacia dónde puede girar o hacia dónde puede evolucionar el cuadro clínico; (Minuto 2:31:15) **PREGUNTADO:** Si los síntomas que presentan como dolor abdominal y ese tipo de cosas son comunes y si esos síntomas pueden confundirse con otras enfermedades y si una enfermedad desmielinizante como aparece en la historia clínica que tenía la niña puede afectar diagnóstico o la enfermedad en sí, **CONTESTÓ:** La enfermedad desmielinizante altera la sensibilidad de los nervios de la función nerviosa o sea que sí podría llegar a falsear un poco los síntomas lo que aumentaría aún más la complejidad del diagnóstico...; (Minuto 2:32:45) **PREGUNTADO:** Qué tan rápido puede evolucionar el dengue y deteriorar la condición de salud de una persona, **CONTESTÓ:** Después del cuarto día digamos que es el tiempo, es el día clave no porque sea el cuarto día como tal sino porque se ha visto alrededor del cuarto día se va la fiebre cuando se va la fiebre es el momento en el cual el dengue puede complicarse cómo puede que no se complique y pasé como un cuadro gripal*

pero hay personas dependiendo de su sistema inmune que si pueden llegar a complicarse cómo fue el caso de la niña; (Minuto 2:33:44) PREGUNTADO: Qué tipo de nivel de complejidad tiene el hospital de Puerto Boyacá... tienen unidad de UCI o pediatra; CONTESTÓ: Es un segundo nivel no cuenta con UCI pediátrica por eso fue que se remitió en traslado primario; (Minuto 3:09:27) PREGUNTADO: Aclárele al despacho para qué o qué finalidad tiene la prueba de torniquete, CONTESTÓ: Básicamente lo que quiere mirar es la fragilidad capilar, lo orienta a uno hacía pensar que es un dengue; PREGUNTADO: A la menor Karen Julieth se le realizó dicha prueba en su examen físico, CONTESTADO: No yo no sé la realice; PREGUNTADO: Por qué no se le hizo esta prueba en su examen físico, CONTESTÓ: Por lo que inicialmente no pensé que fuera un cuadro de dengue

- Testimonio del Dr. ALAIN JAVIER MACHADO MENDOZA obrante en CD folio 475 "archivo parte dos":

"(Minuto 10:27) PREGUNTADO: indiqué cuántas veces atendió o a la menor, CONTESTÓ: La recibí dos veces en el servicio de observación... la primera vez que la vi el compañero le pidió exámenes, todos salieron dentro de lo normal y se dio de alta, la segunda vez que la recibí en el centro de observación, la recibí ya con el diagnóstico dengue con signos de alarma...Se procedió al traslado primario; (Minuto 12:45) PREGUNTADO: Estos síntomas de alarma no se presentaron de acuerdo a la historia clínica en la atención inicialmente practicada a la menor, CONTESTÓ: La única vez que se le documentaron signos de alarma fue la última atención cuando se realizó el traslado primario, en los primeros días no presentaba fiebre, no presentaba disminución de las plaquetas, en la segunda atención que yo la recibí en el servicio de observación si ya tenía tres signos de alarma dolor abdominal intenso vómito y plaquetas bajas, en ningún momento presentó sangrado; (Minuto 24:24) PREGUNTADO: Si el hecho de que hubo una contingencia en el traslado ... Tendría alguna incidencia en que la niña falleciera por el retraso del fallo Mecánico de la ambulancia, CONTESTÓ: 20 a 30 minutos no pudieron haber incidido mucho en cambiar la condición clínica de la paciente en ese momento, parte según estuve leyendo la remisión de la médica que la traslada dice que la paciente estuvo estable durante todo el camino que no presento vomito que durmió durante muchos trayectos del camino... 20 minutos en ese momento pienso yo, esto es una opinión personal que no pudo haber incidido mucho en el desenlace de la paciente; (Minuto 25:24) PREGUNTADO: Qué terminó tiene más o menos la evolución de la patología del dengue, CONTESTÓ: El dengue por lo general dura entre uno a siete días ...Ya el día siete el paciente empieza con su recuperación como aumento en las plaquetas; (Minuto 33:16) PREGUNTADO: Cuando la paciente es reconsultante el mismo día nunca se les ocurrió a los médicos tratantes presumir la presencia de dengue, CONTESTÓ: La primera vez que la vi no se podía presumir porque un dengue con leucocitos normales y con plaquetas de 346000 más o menos qué era lo que teníaEs muy poco probable...el dengue cursa con disminución de las plaquetas... el límite inferior de lo normal son 156,000 plaquetas tenía 300 algo la primera vez que se evaluó... en ese momento no se podía pensar que tenía un dengue porque las plaquetas estaban muy en su rango normal; (Minuto 01:15:29) PREGUNTADO: Cuando usted recibió a la menor, si se hubiera seguido las indicaciones que establece la guía clínica del dengue, se hubiera evitado la muerte, CONTESTÓ: La niña se manejó según los protocolos el manejo hídrico el acetaminofén y la protección gástrica, el manejo inicial en la China y en el hospital Pablo Tobón Uribe que es lo máximo que hay aquí en Colombia es el mismo, líquido acetaminofén y protección gástrica... La niña se le dio el soporte que necesitaba en ese momento dado su complejidad necesitaba una atención en un nivel mayor de complejidad por que podría necesitar unidad de cuidados intensivos por el riesgo alto que tenía de colapso, el dengue es una enfermedad

que ataca a cada persona distinto él puede tener 100000 plaquetas y morir o tener 20,000 plaquetas y no tienen ninguno de los signos de alarma, Se han visto pacientes con 110,000 plaquetas que según la norma es un rango normal que se no debe presentar signos de alarma y tienen vómito diarrea.... y tenemos pacientes con 20,000 plaquetas que no presentan ningún signo de alarma

- Testimonio del Dr. CARLOS CABALLERO ROPAIN obrante en CD folio 475 "archivo parte dos":

*"(Minuto 1:27:38) **CONTESTÓ:** No participe en la atención de la paciente, pero sí conozco la historia clínica por delegación de la subgerencia científica en su momento de revisar el caso clínico como tal...; (Minuto 1:44:54) ... Me llama la atención que la paciente después del día 6 al 8 casi de dos días y medio regresa con un cuadro clínico bastante ya severo avanzado de sus condiciones que realmente no dieron chances, sino que cuando se le hace el control de plaquetas y el control de laboratorio mostramos un cuadro hemático donde hay un descenso abrupto, un descenso muy brusco de las plaquetas de 446000 a 33200 ... y confrontándolo con la literatura y con la guía del Instituto Nacional de salud dentro de la primera etapa del dengue qué es la febril que dura 3 días y pasan a la segunda etapa que es cuando ya no es fiebre, pero qué es cuando uno la llama la etapa crítica porque es cuando a pesar de que no hay fiebre es cuando ya viene la intervención sobre los órganos importantes y se pueden dar las complicaciones a nivel de hígadopero entre una etapa y la otra por lo general hay es un descenso progresivo y paulatino de las plaquetas, aquí veo que hubo un descenso bastante aceleradísimo entre el último control de 446000 de plaquetas a 33200, la literatura lo llama como un dengue grave atípico donde hay un ataque a cualquier órgano de importancia del paciente donde el deterioro va a ser rápido; (Minuto 2:19:40) **PREGUNTADO:** Si estaba descartada desde el primer día la obstrucción abdominal y habiéndole practicado todos los exámenes y tratamientos correspondientes... y al ver que hubo re consulta por qué nunca los médicos tratante presumieron de un dengue presuntivo o la presencia de signos de alarma, **CONTESTÓ:** En la segunda vez que consulta que es mismo día los médicos le hace nuevamente los exámenes... Piden nuevamente los examen que es un cuadro hemático de control, el cual lo comparan con el anterior y realmente las plaquetas antes subieron las plaquetas inicialmente estaban en 336 y en el segundo ya están en 446 si tiene un ligero descenso de leucocitos pero tampoco relacionándolo con las plaquetas y con la hemoglobina y el hematocrito pues todavía no estábamos frente a un caso de dengue...; (Minuto 2:22:39) **PREGUNTADO:** Cuando se determinó que la paciente tuviese hematuria y leucopenia, **CONTESTÓ:** Se le determina de la leucopenia inicia descenso de leucocitos el día 6 comparado con el primero que estaban en 7100 y en el segundo estaban ya en 4300, presentaba una ligera leucopenia; (Minuto 2:31:30) **PREGUNTADO:** El regreso al servicio de urgencias por la misma causa no da lugar a un cambio de diagnóstico más aún cuando ya estaba descartado una afectación abdominal o intestinal, **CONTESTÓ:** Yo te puedo decir cómo sí cómo no, porque yo puedo tener un paciente con un diagnóstico y me puede reingresar por el mismo diagnóstico y es el mismo diagnóstico o me puede reingresar a iniciar con el diagnóstico que le dí salida o con el que se le dio salida 1 6 o 7 horas antes y al regresar puede que no sea el mismo diagnósticoNo todo reingreso es cambio de diagnóstico y no todo reingreso es el mismo diagnóstico, es algo que es subjetivo y es algo de cada paciente; (Minuto 2:33:04) **PREGUNTADO:** Doctor al descartarse la afectación abdominal intestinal y la paciente haber regresado nuevamente no habría lugar a un cambio de diagnóstico, **CONTESTÓ:**.... la segunda por la misma razón, pienso que a la paciente le hacen control de laboratorio nuevamente me imagino que buscando otras posibles causas de su sintomatología... yo no la maneje, por eso yo no te puedo decir si yo le hubiera cambiado el diagnóstico.. pero yo*

*me imagino que los médicos en su momento deciden volverle a hacer otro nuevos laboratorios, fue casualmente pienso yo buscando más claridad en su diagnóstico inicialmente o más claridad dentro de la clínica para definir otro diagnóstico o el mismo; (Minuto 2:42:38) **PREGUNTADO:** Doctor Caballero para el caso de la menor Karen, para el día 6 de marzo....Qué tipo de paciente era, **CONTESTÓ:**... evolucionó satisfactoriamente dentro de la atención de urgencia con una ligera leucopenia, sin plaquetopenia, plaquetas antes ya estaban aumentado, con referente a la primera vez sin hemoconcentración.... podría ser para mí un paciente que podría seguir en un tipo A pero con manejo y control estricto cada 24 o 48 horas, ya sea por el servicio de urgencias o por el servicio de consulta externa especializada.....con una vigilancia estricta si debió haber sido*

- Declaración rendida por el perito Dr. SEBASTIAN FERNANDO NIÑO RAMIREZ obrante en CD folio 543:

*"(Minuto 32:59) **PREGUNTADO:** indicó en su respuesta de la pregunta dos que la menor presentaba dengue hemorrágico con criterios de severidad, aclare su respuesta desde qué fecha de las atenciones recibidas en el hospital Cayetano y o en la clínica de las américas de Medellín se puede hablar de severidad, **CONTESTÓ:** La severidad se puede establecer de manera precisa en el momento que la paciente tuvo el último ingreso hospitalario en el cual hubo un descenso importante en lo niveles de plaquetas, ese es un criterio de severidad, es muy difícil y el cuadro clínico viéndolo de manera retrospectiva tengo que aclarar que no fue fácil porque en algún momento de la evolución ellos sospecharon el dengue, tomaron una prueba para el dengue pero esta prueba salió negativa, es normal encontrar en la práctica de medicina pruebas de laboratorio que reportan resultados equivocados; (Minuto 36:33) **PREGUNTADO:** Cuántos ingresos tuvo la menor y cuál era el padecimiento en cada ingreso, **CONTESTÓ:** En las primeras hospitalizaciones la paciente tenía síntomas generales que dominaba el cuadro era la presencia de dolor abdominal y malestar general, en las evoluciones posteriores tuvo una sospecha diagnóstica de dengue, fue el momento en el que se hicieron las pruebas para la sospecha de este cuadro y al final el último diagnóstico hay un diagnóstico de una sospecha de un dengue hemorrágico con criterios de severidad; (Minuto 45:27) **PREGUNTADO:** Cuándo advierte que la paciente fue re consultante.... Aclare al despacho si el diagnóstico para pacientes re consultantes es el mismo o qué procedimiento se hace a pacientes re consultantes, **CONTESTÓ:** Depende abogado, porque ser re consultante es una cosa muy genérica.... no es lo mismo el inicio de la infección viral que una etapa final de una infección viral...El hecho de re consultar en este caso específico se notaba que la paciente no percibía una mejoría llamativa en sus síntomas... No existe una recomendación específica para pacientes re consultante... Lo que quiere decir es que ante la no mejoría o ante la no satisfacción de las expectativas del tratamiento que tenían los familiares se debía llevar a cabo intervenciones que profundizará más que era lo que estaba pasando y tratar de cubrir esa insatisfacción en el tratamiento que percibían los familiares; (Minuto 49:03) **PREGUNTADO:** ... en esa re consulta según la historia clínica en la que se basó para realizar su dictamen se evidencia que se le realizó parcial de orina hematuria un cuadro hemático muestra leucopenia y tenía anemia leve, con estos síntomas a la paciente se le podría dar de alta teniendo en cuenta que era re consultante, **CONTESTÓ:** Definitivamente esos hallazgos había que prestarles atención, son hallazgos inespecíficos...es decir el encontrar eso no le iba a decir al médico que es lo que tiene la paciente... no define puntualmente que la cosa vaya evolucionar mal, pero sí hay que pararle bolas porque definitivamente son hallazgos que se encuentren en caso de infecciones virales, Que si el paciente necesitaba estar hospitalizado por esos hallazgos? No necesariamente, te voy a poner de plano que hay pacientes caminando por la calle que*

tienen anemia o hay pacientes caminando por la calle que tienen hematuria, pero si es necesario en caso de la paciente que se dejase claro que necesitaba un seguimiento, es decir comprobar la evolución de la paciente cómo iba a ser que visitara al día siguiente para evaluar cómo era la evolución de los síntomas de la paciente, si iba mejorando si iba empeorando si la hematuria se asociaba a otra cosa, si la anemia iba empeorando o qué era lo que estaba pasando, por qué salieron anormales.....instaurar un plan de seguimiento para corroborar cómo era la evolución de sus síntomas o estos hallazgos anormales; (Minuto 55:52) **PREGUNTADO:**... Aclare si la menor Karen padecía signos presuntivos de dengue y en qué fecha, **CONTESTÓ:** Tengo que dejar claro abogado que para uno es fácil dar las críticas y retrospectivas porque pues es muy diferente ver las cosas de atrás adelante que adelante atrás, uno puede decir que sí, que el paciente tenía signos presuntivos de dengue, al tener una sospecha de un cuadro viral, sin embargo no era lo que dominaba el cuadro, por qué lo que dominaba el cuadro según las descripciones de la historia clínica eran unas descripciones de constipación unos episodios de dolor abdominal, esos síntomas se pudieron constituir en elementos confusores para los médicos que estaban evaluando el cuadro porque si vos ves se tomaron fue una radiografía de abdomen se, evaluó que hiciera deposición, se evaluó que sí tenía o no tránsito intestinal, se enfocó mucho el cuadro.... a un episodio de dolor abdominal de constipación y el objetivo terapéutico que se buscó ahí fue que la paciente mejorará de estos síntomas abdominales... lo que uno interpreta ahí es que los médicos en las etapas iniciales no estaban enfocados a un cuadro virtual si no estaban enfocados a un cuadro de dolor abdominal pues según lo que refería la paciente... de todas formas ante los síntomas inespecíficos siempre es importante tener en consideración un cuadro viral y dentro de esos cuadros un cuadro de dengue es una posibilidad, pero en las etapas iniciales era muy dominado por un problema de dolor abdominal; (Minuto 1:15:59) **PREGUNTADO:** En qué consiste la constipación y en cuáles fechas de ingreso fue manejado de esta manera, **CONTESTÓ:** el día 5 la paciente consulta por dolor abdominal, cuando se refiere a constipación es la ausencia de defecación o estreñimiento... Ese mismo día el médico que atiende el caso escribe que la paciente tiene movimiento intestinales mejora del dolor y ausencia de signos de irritación peritoneal, qué es lo que denota severidad cuando hay un cuadro de dolor abdominal... ese mismo día le da salida; (Minuto 1:18:29) **PREGUNTADO:** Sí a la menor no la estuviesen tratando por cuadro de constipación en el segundo ingreso... el día 6 de marzo y le hubieran presumido el dengue le podían dar de alta ese mismo día, **CONTESTÓ:** ... Las enfermedades son condiciones dinámicas entonces usted puede encontrar un paciente que tiene un cuadro de dengue inicial tener claro que tiene un dengue hacerle la evaluación y ver que todos los parámetros son completamente normales, en ese caso el paciente, la probabilidad de que se complique o no va a ser imposible de predecir porque todo va a salir normal, en una etapa inicial, usted le empezó el dengue... hace 6 horas le toman exámenes y le hacen una evaluación de todos sus parámetros de funcionamiento corporal y todos van a salir muy bien por qué es una enfermedad en etapa inicial, las enfermedades en etapas iniciales son muy difíciles de diagnosticar porque se van a confundir una enfermedad con otra, en ese momento uno no sabe qué paciente se van a complicar cuales les va a ir bien cuáles les va a ir mal, es la evolución la que dicta cómo va a ir evolucionando el paciente...; (Minuto 1:23:57) **PREGUNTADO:** Para el día 6 de marzo de 2014 con los síntomas que presentaba la menor Karen se podía presumir el diagnóstico de dengue, **CONTESTADO:** Usted me hace una pregunta en la cual parte de una presunción y es que la paciente ya tuviera el diagnóstico de dengue... para poder decir que la paciente tiene un dengue con criterios de severidad primero tiene que tener dengue, los médicos a cargo debían haber documentado la paciente tiene un cuadro compatible con dengue... y ya con ese diagnóstico establecido de dengue ya ahí si se mira si además del dengue tiene criterios de severidad, el día 6 de marzo los síntomas eran dolor abdominal persistente, tenía una radiografía de abdomen que le tomaron que documentan con

hallazgos de impactación fecal y ante esto es difícil decir los médicos estaban pensando en un dengue para ese entonces, porque realmente no tenía, los síntomas que tenía la paciente eran síntomas que dominaban otra cosa, pero para ese entonces la documentación del cuadro clínico que registran los médicos no era el cuadro típico de un dengue típico; (Minuto 1:25:57) **PREGUNTADO:** Usted dio la sintomatología de unos síntomas de dengue presuntivo.... Indique si la menor... cumplía con estos criterios para el día 6 de marzo del 2014 según contra lo fundamentado en la guía de atención médica para el manejo de dengue, **CONTESTÓ:**... en los registros que me hicieron llegar los síntomas eran dominados por un cuadro de dolor abdominal... los cuadros iniciales hubieran sido compatibles con cualquier cosa iniciando, pero los síntomas en los cuales se tienen en la historia clínica eran síntomas de dolor abdominal, en lo cual existe una posibilidad muy bajita de dengue, pero los síntomas eran dominados por otra cosa, con esa posibilidad bajita no era posible clasificar la enfermedad como un dengue con criterios de severidad porque la información aportada en la historia clínica era muy escueta para poder clasificarlo como tal; (Minuto 1:44:52) **PREGUNTADO:** Aclare el despacho según esa guía y esas recomendaciones que hace esa guía del Ministerio de salud, por qué hacen esas recomendaciones y está dentro de ellas incluida la prueba de torniquete, por qué se hace y aclare porque se hacen esas recomendaciones, **CONTESTADO:** Porqué orienta a que pueda el paciente tener un problema a nivel de las plaquetas pero como le digo en este caso ya se sabía que tenía un problema de plaquetas... voy a poner de presente un ejemplo... el desenlace hubiera sido el mismo se hubiera hecho la prueba del torniquete o no se hubiera hecho la prueba del torniquete, porque la prueba de torniquete no impacta en ninguno de los puntos determinantes, los cuáles son los causantes de la sobrevida o del fallecimiento del paciente, entonces es una prueba que orienta, cómo decir la prueba rápida del dengue la prueba rápida del dengue se le hizo a la paciente y a pesar de que se le hizo la prueba rápida del dengue antes en vez de orientar al caso fue un factor de confusión, porque en vez de salir positiva salió negativa, entonces las pruebas a pesar de que puede que estén recomendadas, puede que no sea los determinantes inclusive puede que sean elementos de confusión en el abordaje del caso, entonces no se puede decir que todos los casos sean fáciles de interpretar, fáciles de manejar, porque hay cosas o hay elementos que sacan de contexto al médico y puede que en vez de orientarlo lo confundan, a esa paciente se lo hubiera hecho una prueba de torniquete al inicio del cuadro cuando tenía los indicios de constipación ... la prueba del torniquete le sale negativa cómo salió la prueba rápida del dengue que salió negativa , qué va a hacer el médico con esa prueba quedar más confundido que orientado al principio, todo hay que tenerlo dentro del contexto del cuadro y ver la medida que van evolucionando las cosas qué es lo que es necesario y qué es lo que no, ese es el problema que tienen en ocasiones las guías, que las guías dan una recomendación general pero en ocasiones se toman en cuenta el concepto particular del caso, por eso hay que tomarlas, hay que mirar la información que aporta la guía con lupa; (1:47:25) **PREGUNTADO:** Teniendo en cuenta que la guía establece como recomendación hacer la prueba de torniquete, señale por qué en la historia clínica no se le hizo esa recomendación como lo establece la guía, siento una recomendación, **CONTESTÓ:**... para mí es muy difícil decir porqué no lo hizo, no puedo responder por el médico que estaba manejando el caso, lo que uno puede decir es que tanta utilidad tiene una prueba de dengue en el contexto específico de esta paciente, una prueba de torniquete qué era lo que le estaba respondiendo en la pregunta anterior, pero porqué no la hizo no sé; (2:01:07) **PREGUNTADO:** ... El diagnóstico que señala la historia clínica dice específicamente otras obstrucciones intestinales, la pregunta es, si el diagnóstico no fue cambiado el día en que ingresó y que le dan de alta, debió el médico, dado que el diagnóstico que señaló era obstrucción intestinal hospitalizar a la menor. **CONTESTADO:** No ahí Lo que se encuentra fue que hubo un error, hubo un error en los registros porqué la descripción de la historia clínica no es de un cuadro de obstrucción intestinal... un paciente

*que esté en obstrucción intestinal necesita operarse porque va terminar con una peritonitis sino se interviene, entonces el cuadro como lo describen en la historia clínica... no es... si obrara en consecuencia a los registros de la historia clínica, el diagnóstico debió haberse cambiado para haber actuado en consecuencia, entonces ahí hubo un error en registro en diagnóstico final para darle egreso a la paciente...; **PREGUNTADO:** Voy a plantear una hipótesis, en la historia clínica se determina el diagnóstico aludido, cambia médico tratante médico general identifica el diagnóstico cómo está establecido con error o sin error, cuál sería la recomendación de ese segundo médico, no el que se equivocó sino el que ve el diagnóstico en la historia clínica, **CONTESTÓ:** El médico tiene que corregir el diagnóstico, el segundo médico; **PREGUNTADO:** Podría ocurrir que el diagnóstico que aparece permanente en ese día indicará al médico nuevo, médico tratante, que debía hospitalizar a la menor, **CONTESTÓ:**... El deber ser es que el médico evalúa el caso, haga la evaluación del estado clínico y obre en consecuencia de cómo está la paciente en ese momento y de acuerdo a lo que él encuentre, el emita su diagnóstico... no estaría correcto que él con base en el diagnóstico del médico anterior sin el haber evaluado el caso obrará en consecuencia, el médico que llega su deber es definir cómo está el estado clínico del paciente en ese momento y de acuerdo a eso actuar en consecuencia, pero si él encontraba la paciente bien, lo que debe, y desvirtúa que hay una obstrucción intestinal, lo que tiene que hacer es actualizar el diagnóstico y decir que no tiene una obstrucción intestinal para poder digamos tener las cosas claras; (2:07:34) **PREGUNTADO:** Sírvase indicar sí de acuerdo a la técnica médica a los protocolos existentes es aceptado que para el caso de la occisa el 6 de marzo... no se tuviera claro el diagnóstico de presencia ausencia de dengue dentro de la técnica médica, el conocimiento que usted tiene y la sintomatología por usted revisada, **CONTESTÓ:**... para el 6 de marzo la clínica aún seguía siendo dominada por los síntomas referidos a nivel abdominal, en ese momento lo que documentaban era un cuadro de dolor abdominal persistente, una radiografía de abdomen con hallazgos de impactación fecal, entonces para esa etapa de la enfermedad los síntomas de dengue no eran tan floridos, entonces no se puede poner de plano que con una información de alguna manera inespecífica decir que era un requerimiento que el médico tuviera claro para esa fecha el diagnóstico de dengue porque realmente la información que se presentaba para ese día era muy inespecífica*

- Audiencia de aclaración rendida por el perito Dr. SEBASTIAN FERNANDO NIÑO RAMIREZ obrante en CD folio 554:

*"(Minuto 33:10) **PREGUNTADO:** De la lectura de la historia clínica se resume que de esos exámenes... esto es el de orina y el de hemograma se da como resultado: la hematuria, el cuadro hemático muestra leucopenia y anemia leve, el resultado de este examen que usted refiere que se le hizo y que arrojó esos resultados no da para sospechar diagnóstico de dengue, **CONTESTÓ:** No de hecho si usted es consistente con el diagnóstico, de hecho lo que se suele encontrar en casos de dengue grave es todo lo contrario no hay hemoglobina baja sino hemoglobina alta, la hemoglobina alta se da por hemoconcentración y esto es lo que se vio más adelante cuando la paciente tuvo una evolución inapropiada se ve que se hemoconcentra, paradójicamente la hemoglobina en vez de bajar tiende a aumentar... hay anotación en los cuales los médicos de servicio local registran que la paciente estaba con menstruación en los casos en los cuales la pacientes está con menstruación se puede encontrar hallazgos incidentales de hematuria... (Minuto 35:36) **PREGUNTADO:** Reposa en la historia clínica que a la paciente re consultante ese 6 de marzo de 2014 se le hizo la vigilancia médica cada 48 horas por parte de la institución, **CONTESTÓ:** En ese caso la paciente consultó por persistencia de los síntomas más no consultó por un programa de seguimiento entonces hay que dejar eso en claro, que consultó por persistencia de la*

*sintomatología... el dengue es una enfermedad viral, es una condición viral que no tiene hoy en día un tratamiento específico... lo que se pretende con la vigilancia es identificar en el momento que se complica para dar un manejo oportuno en el momento que se complica... Teniendo en cuenta que es una enfermedad dinámica que se puede presentar con casos leves iniciales y casos severos en el curso de su enfermedad, entonces esto se dio al final del cuadro más o menos como entre el día 8 que fue cuando la paciente consultó y se documentó el descenso de las plaquetas, ahí era cuando era más alto el riesgo de complicarse... en ese momento era donde se centra el punto de la atención médica en el cual debería instaurarse un plan de hidratación que se realizó pero que hubo ciertas limitaciones en evaluar la respuesta que hubo para ese plan de hidratación tal como lo recomienda la guía; (Minuto 50:19) **PREGUNTADO:**... sírvase aclarar en relación con su respuesta si por tratarse de zona endémica debió utilizarse un protocolo precisamente para tratar el dengue, protocolo dentro del cual a juicio de su respuesta debía estar un seguimiento permanente con el uso de unas prácticas médicas a las que usted hizo alusión, **CONTESTÓ:** En áreas endémicas si se debe instaurar un protocolo de atención para estos casos específicos... cuando se ve un problema de salud local todas las entidades tienen que brindar un apoyo a esas entidades para que ellos cuenten con todos los recursos disponibles, incluido una documentación de la instrucción de las recomendaciones a los médicos que van a dar la atención médica a estos pacientes, estos médicos deben estar instruidos en el manejo del dengue y deben de tener un protocolo de atención en la cual se siguen al pie de la letra las recomendaciones de la guía de manejo, no con el propósito de evitar la mortalidad del dengue, sino por llevarla a su mínimo posible que según la recomendación del ministerio deber ser menos del 2% la mortalidad por dengue; (Minuto 52:10) **PREGUNTADO:** El dengue hemorrágico es curable o no, **CONTESTÓ:** Curable no, tiene tratamiento pero no es curable... curable con una intervención médica, es tratable, más la cura la del sistema inmunológico del paciente el cual se encarga de erradicar la infección, más ninguna intervención médica cura la infección que está presentando el paciente... En los casos del dengue se pueden tratar y se pueden paliar el efecto del virus en el cuerpo, mas no existe un tratamiento que erradique el virus del dengue de manera prematura; (55:22) **PREGUNTADO:** Sírvase expresar... si durante los días 1 y 2 desde el ingreso la institución prestadora de salud a la que acudió la paciente dio a ella un tratamiento paliativo de un eventual dengue teniendo en cuenta que se trataba de una zona endémica, **CONTESTÓ:** El tratamiento específico para el dengue no se puede decir que se haya instaurado porque no fue el diagnóstico y no se realizó el diagnóstico como tal, sin embargo si uno hace la evaluación del caso la paciente para ese entonces no tenía signos de complicación del dengue, es decir ya viendo el caso en retrospectiva sabemos que la paciente presentó un dengue y en las etapas iniciales el manejo de esos casos es vigilancia médica y vigilar la hidratación, en ese caso viéndolo de manera retrospectiva no había o no existía ninguna intervención médica que aplicándola en ese momento hubiera cambiado el desenlace final.*

5.8. Caso concreto

La parte actora acude a esta jurisdicción en procura de la declaratoria de responsabilidad administrativa de la E.S.E HOSPITAL JOSE CAYETANO VASQUEZ de Puerto Boyacá, por el deceso de la menor KAREN JULIETH PALACIO ALVAREZ, que acaeció el 09 de marzo de 2014, la postura de la parte demandante se encamina en señalar que los médicos tratantes de la menor actuaron de manera negligente, imperita y sin tener en cuenta lo establecido en la guía para la atención clínica integral del paciente con dengue, toda vez que en los dos ingresos iniciales que tuvo la menor en el HOSPITAL JOSE CAYETANO, nunca se realizó la

prueba de torniquete conforme a lo referido en la guía de atención, máxime cuando la menor presentaba todo los síntomas relacionados con la presencia del dengue y además residía en el municipio de Puerto Boyacá, el cual para la época se encontraba en alerta alta de contagio por dengue, circunstancias que debieron predeterminar el diagnóstico de los médicos tratantes, quienes al realizar un mal diagnostico dan de alta a la menor, la cual para el ultimo ingreso, el día 08 de marzo de 2014, presentaba un grave estado de salud por la omisión de vigilancia y seguimiento del estado de salud por parte del centro hospitalario, circunstancia que sumada a la tardanza administrativa en la remisión primaria y la falla mecánica de la ambulancia de traslado hospitalario a un hospital de mayor complejidad, desencadenaron en el fallecimiento de la menor.

Los demandados aluden que el diagnóstico inicial de la menor KAREN JULIETH para la fecha de los hechos se tornaba confuso y además conforme a los síntomas presentados por la menor (dolor abdominal y fiebre), encaminaron a los médicos tratantes a presumir una afección gastrointestinal, la cual al ser tratada con éxito por los mismos, y al manifestar la menor mejoría frente los tratamientos, deciden darla de alta; aducen que la remisión al hospital de mayor complejidad fue hecho de manera inmediata y dentro de la medida de tiempo administrativamente posible, toda vez que el procedimiento de remisión necesita unas autorizaciones previas que no se encontraban dentro del manejo del hospital, como la aceptación por parte del hospital receptor de la paciente, manifiesta que la falla en la ambulancia no fue relevante, toda vez que la misma regresa al hospital de manera preventiva y con un retraso en la remisión de tan solo 20 minutos.

Atendiendo los anteriores parámetros, procede el Despacho a efectuar el análisis del caso atendiendo los elementos necesarios para que se configure la responsabilidad de las entidades demandadas, de la siguiente manera:

I. El daño

Tanto la doctrina como la jurisprudencia han coincidido en que el primer elemento de la responsabilidad lo constituye el daño, a tal punto que su inexistencia o la ausencia de prueba sobre su existencia, hace inocuo el estudio de los demás elementos de la responsabilidad, como son el título de imputación y el nexo de causalidad entre el daño y la actuación estatal³⁹.

El daño antijurídico ha sido definido por la jurisprudencia como la afectación, menoscabo, lesión o perturbación a la esfera personal (carga anormal para el ejercicio de un derecho o de alguna de las libertades cuando se trata de persona natural), a la esfera de actividad de una persona jurídica (carga anormal para el ejercicio de ciertas libertades), o a la esfera

³⁹ Consejo De Estado, Sala De Lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, CP. Dr. ALIER EDUARDO HERNÁNDEZ ENRÍQUEZ, proferida el 8 de junio de 2006, en la Radicación número: 08001-23-31-000-1988-05057-01(15091), Actor: JAIME ELIAS MUVDI ABUFHELE.

patrimonial (bienes e intereses), que no es soportable por quien lo padece bien porque es irrazonable, o porque no se compadece con la afirmación de interés general alguno⁴⁰.

Dentro del presente asunto el daño consiste en la muerte de la menor KAREN JULIETH PALACIO ALVAREZ (Q.E.P.D.) ocurrida el día 09 de marzo de 2014 en la clínica de las Américas de Medellín, tal y como da cuenta el Registro Civil de Defunción visto a folio 68 del Cuaderno Principal, aspecto que no ha sido refutado por la entidad demandada.

En consecuencia, se tiene que en el presente asunto se encuentra acreditada la existencia del daño antijurídico, por lo cual, pasa el Despacho a realizar el correspondiente juicio de imputación, que permita determinar si el mismo es atribuible a la demandada, o si por el contrario, opera alguna de las causales exonerativas de responsabilidad.

II. Imputación del daño

La imputación no es otra cosa que la atribución fáctica y jurídica que del daño antijurídico se hace al Estado de acuerdo con los criterios que se elaboren para ello, como por ejemplo la falla del servicio, el desequilibrio de las cargas públicas, la concreción de un riesgo excepcional, o cualquiera otro que permita hacer la atribución en el caso concreto.

Con relación a las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que falleció la joven KAREN JULIETH PALACIO ALVAREZ (Q.E.P.D.) se encuentra acreditado dentro del expediente:

.- Que el 05 de marzo de 2014 a las 10:09 am la paciente ingresó al servicio de urgencias del Hospital Cayetano Vásquez, manifestando presentar fiebre, vómito y dolor abdominal, por lo cual, el médico tratante ordena como exámenes, hemograma y RX abdominal simple vertical, y como plan de tratamiento se aplicó "*BOLO DE 500 CC, CONTINUARÁ A 80CC/H. - DIPIRONA 1GR IV. - RANITIDINA 50MG IV HORA. - B. HIOSCINA AMP 20 MG IV AHORA*", posteriormente el hemograma practicado refiere que se encuentra dentro de los límites normales junto con el índice plaquetario, y el RX de abdomen arroja impactación fecal⁴¹ por lo que es tratada con un diagnóstico gastrointestinal, al ver mejoría en la sintomatología es dada de alta el mismo día a las 2:00 pm y se ordena "*HIDRÓXIDO DE ALUMINIO SUSPENSIÓN DAR 5 CC CADA 8 HORAS. - OMEPRAZOL, CAP 20 MG TOMAR EN AYUNAS. - METOCLOPRAMIDA TAB 10MG TOMAR CADA 12 HORAS*", consignando en la transcripción de la historia clínica (fls. 442 a 459, C3):

"A folio 1 del expediente se encuentra. Según historia clínica de urgencias de la ESE HOSPITAL JOSE CAYETANO VASQUEZ de Puerto Boyacá; número de admisión 1515107 a nombre de PALACIO ALVAREZ KAREN JULIETH, TI 1002703050, se lee: ".05/03/2014 10:09 MOTIVO CONSULTA FIEBRE, VÓMITO, DOLOR ABDOMINAL. - ENFERMEDAD ACTUAL. - PACIENTE FEMENINA DE 11 AÑOS DE EDAD

⁴⁰ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera; CP. Jaime Orlando Santofimio Gamboa, proferida el 10 de agosto de 2010; Exp. 23001-23-31-000-2008-00281-01 (51167)

⁴¹ Impactación fecal: Masa de materia fecal dura y seca que no puede salir del colon o del recto. La impactación fecal puede obedecer al uso demasiado frecuente de laxantes, el uso de ciertos tipos de medicamentos para el dolor, poca o ninguna actividad física durante un período largo, cambios en la alimentación o estreñimiento que no se trató. Los signos y síntomas pueden incluir ser incapaz de tener una evacuación intestinal, dolor en el abdomen o la espalda, dificultad para orinar, náuseas y vómitos. La impactación fecal también puede causar problemas de circulación, cardíacos o respiratorios. También se llama retención fecal. Tomado de: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/impactacion-fecal>

aplicó, "LACTATO DE RINGER BOLSA X 500 ML SOL INY CANT: 2.- HARTMAN 1000 CC HORA.- ACETAMINOFEN TABLETA X 500 MG CANT: 1.-DIPIRONA 1 GR IV AHORA"; Posteriormente el día 06 de marzo de 2014 a las 20:49:08 se decide ingresar a la menor para manejo médico, a las 02:51:04 se revalora la paciente quien presenta picos febriles, por lo que se ordena realizar paraclínicos.Ese mismo día a las 11:21 los exámenes arrojan como resultado, Hematuria, pero con anotación de menstruación, además no refiere dismenorrea, con leucopenia leve, anemia leve y resto del examen dentro de límites normales.

.- A las 13:09:14 del 06 de marzo de 2014 al presentar la menor evolución satisfactoria y encontrarse afebril, hidratada, sin vómito y sin signos de irritación peritoneal, el medio tratante decide darla de alta y se ordena "CONTINUAR CON OMEPRAZOL, METOCLOPRAMIDA Y ANTIÁCIDO Y SE ORDENA CITA PRIORITARIA CON PEDIATRA", consignando en la transcripción de la historia clínica (fls. 442 a 459, C3):

*A folio 4 de la historia clínica se lee"...05/03/2014 20:42.- MOTIVO DE CONSULTA "SIGUE CON FIEBRE",- ENFERMEDAD ACTUAL PACIENTE DE 11 AÑOS DE EDAD RECONSULTANTE EN COMPAÑÍA DE LA MADRE POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE MAS ...MENOS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR FIEBRE QUE INICIÓ EN HORAS DE LA MADRUGADA DEL DÍA DE HOY, MANEJADA DE FORMA AMBULATORIA CON METOCLOPRAMIDA, OMEPRAZOL E HIDROXILO DE ALUMINIO Y ACETAMINOFÉN SIN MEJORÍA CLÍNICA.- REVISIÓN POR SISTEMAS.- VÓMITO.- ANTECEDENTES ... TA: ...FC: 100 FR: 18 T: 39 SO2: 0 PESO: 48 TALLA: ... IMG: ... E. EMBRIAGUEZ: NO E. CONCIENCIA: ALERTA (X) ...AO: 0 RM: 0 RV: 0 GLASGOW (15).- **EXAMEN FÍSICO** .- CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS .- NORMOCEFALO. ESCLERAS ANICTÉRICAS. MUCOSA ORAL SECA. AMÍGDALAS NORMALES. OTOSCOPIA NORMAL. - CUELLO. - CUELLO MOVIL SIN ADENOPATÍAS, NI MASAS, NO DOLOR A LA MOVILIZACIÓN. - TORAX. - TÓRAX SIMETRICO, EXPANSIBLE, SIN TIRAJES. RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLO, PULMONES BIEN VENTILADOS. SIN RUIDOS AGREGADOS. - ABDOMEN. - ABDOMEN NO DISTENDIDO, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN AUSENCIA DE MOVIMIENTOS INTESTINALES, SIN MASAS, NI MEGALIAS. SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. - GENITOURINARIO. - NO EXPLORADO. - PELVIS. - NORMAL. - EXTREMIDADES. - SIMÉTRICAS SIN EDEMAS. - NEUROLÓGICO. - CONSCIENTE, ORIENTADO, FUERZAS EN EXTREMIDADES 5/5, SENSIBILIDAD CONSERVADA. NORMOREFLEXIA, SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN. - PIEL. - NORMAL. -FANERAS. - NORMAL. - **DIAGNÓSTICOS AL INGRESO**.- DIAGNÓSTICO PRINCIPAL R509 FIEBRE, NO ESPECIFICADA. - DIAGNÓSTICO RELACIONADO -1.- K297 GASTRITIS, NO ESPECIFICADA. - DIAGNÓSTICO RELACIONADO-2.- B349 INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA. - DIAGNÓSTICO RELACIONADO-4.- K590 CONSTIPACION. -**ANALISIS-PLAN-EXÁMENES-PROCEDIMIENTOS-TRATAMIENTOS**"*

A Folio 5, se lee: "...EXAMENES. - ---><<2014.03.06-02:51:04>>, (DR(A). FREDIS ACUÑA RUIZ-MEDICINA GENERAL) H.U. 1515404.- S. S/S HEMOGRAMA – PARCIAL DE ORINA.-TRATAMIENTO MEDICAMENTOS.- ---><<2014.03.06-20:49:07>> LACTATO DE RINGER BOLSA X 500 ML SOL INY CANT: 2.- HARTMAN 1000 CC HORA.- ACETAMINOFEN TABLETA X 500 MG CANT: 1.-DIPIRONA 1 GR IV AHORA.- ---><<2014.03.06-02:51:04>>, (DR(A). AREDIS ACUÑA RUIZ-MEDICINA GENERAL) H.U. 1515404.- LACTATO DE RINGER BOLSA X 500 ML SOL INY CANT: 3.- 2. - RINGER 50CC HRS.- DIPIRONA AMPOLLA X 1 G CANTIDAD:4.-3. DIPIRONA 1 GR IV CADA 6 HRS.-...LUCION.- ---><<2014.03.06-20:49:08>>, (DR(A). FREDIS ACUÑA RUIZ-MEDICINA GENERAL) H.U. 1515404.- PACIENTE DE 11 AÑOS DE EDAD RECONSULTANTE EN COMPAÑÍA DE LA MADRE POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE MÁS O MENOS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR FIEBRE QUE INICIÓ EN HORAS DE LA MADRUGADA DEL DÍA DE HOY, MANEJADA DE FORMA AMBULATORIA CON METOCLOPRAMIDA, OMEPRAZOL, E HIDROXILO DE ALUMINIO Y ACETAMINOFÉN SIN MEJORÍA CLÍNICA, SE REVISIA HISTORIA CLÍNICA , EN LA CUAL LOS PARACLÍNICOS SE HALLAN DENTRO DE LÍMITES NORMALES, RX DE ABDOMEN SIMPLE CON IMPACTACIÓN FECAL, AL EXAMEN FÍSICO

*FEBRIL, SIN DISTENCIA ABDOMINAL, DISMINUCIÓN DE RUIDOS INTESTINALES, SE DECIDE POR LO ANTERIOR INGRESAR PARA MANEJO MÉDICO.- PLAN: , - OBSERVACIÓN.- HARTMAN 1000 CC HORA.- DIPIRONA 1 GR IV AHORA.- CURVA TÉRMICA CADA 4 HORAS.- REVALORAR.- CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS.- --><<2014.03.06- 02:51:04>>, (DR(A). FREDIS ACUÑA RUIZ-MEDICINA GENERAL) H.U. 1515404.- **SE REVALORA PACIENTE QUIEN PERSISTE CON EPISODIOS EMÉTICOS Y CON PICOS FEBRILES. - AL EXAMEN FÍSICO T 38-39° REPORTADOS**, SATURANDO 98% CARDIOPULMONAR NORMAL ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO IMPRESIONA DOLOR.- POR PERSISTENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA SE DECIDE REALIZAR PARACLÍNICOS CONTROL.-". (Negrilla fuera de texto)*

*A folio 6, se lee:"...IDX.- 1. SÍNDROME FEBRIL, E/E. – PLAN.- OBSERVACION. RINGER 50 CC HRS.- 3. DIPIRONA 1 GR IV CADA 6 HRS.- 4. MEDIOS FISICO. - 5. S/S HEMOGRAMA- PARCIAL ORINA. – 6. REVALORAR. - 7. C.S.V.A.C.- --><<2014.03.06-11:21:01>>, (DR(A). ALVARO LOPEZ MARTINEZ-MEDICINA GENERAL) .- PDEO DE CONTROL CON HEMATURIA, PERO AYER LE LLEGO LA MENSTRUACION, NO REFIERE DISMENORREA CH **CON LEUCOPENIA LEVE, ANEMIA LEVE Y RESTO DEL EXAMEN DENTRO DE LÍMITES NORMALES, NO VOMITO DESDE LAS 3 AM, DESDE HACE 2 DÍAS NO HACE DEPOSICIÓN, HOY HIZO DEPOSICIÓN DURA, REFIERE QUE SUFRE DE GASTRITIS PORQ CASI NO COME DESDE HACE 15 DIAS PORQ LE DICEN LA GORDA EN EL MOMENTO AFEBRIL, HIDRATADA, NO ÁLGICA, CON RINORREA MUCOSA, **ABDOMEN SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, SE ORDENA PROBAR VO Y SE REVALORARA.** - --- ><<2014.03.06-12:26:41>>, (DR(A). ALVARO LOPEZ MARTINEZ-MEDICINA GENERAL) .- PACIENTE CON ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE DEL SNC, VASCULITIS PARIETAL DERECHA. CON ANA PATRÓN MOTEADO 1:160 (REUMATOLOGO DESCARTA LES).- ANTECEDENTES DE ASMA BRONQUIAL.- --><<2014.03.06-13:09:14>>, (DR(A). ALVARO LOPEZ MARTINEZ-MEDICINA GENERAL) .- EVOLUCIÓN SATISFACTORIA, AFEBRIL, HIDRATADA, NO ÁLGICA, NO VOMITO, TOLERO VO, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, PRESENTA RINITIS ALÉRGICA, SE DA SALIDA CON RECOMENDACIONE INDICACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, DIETA ALTA EN FIBRA, FIBOGEL, ACTM, CONTINUAR CON OMEPRAZOL, METOCLOPRAMIDA Y ANTIÁCIDO Y SE ORDENA CITA PRIORITARIA CON PEDIATRA.- EVOLUCIÓN/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE.- ****DIAGNÓSTICOS A LA SALIDA".- DIAGNÓSTICO PRINCIPAL.**-**DATOS DEL EGRESO/SALIDA**.- Dest. Salida: ALTA DE URGENCIAS.- FECHA: 2014.03.06 HORA 20:49:0.- ESTADO A LA SALIDA:VIVO.- FIRMA DEL MEDICO (No diligenciada) REGISTRO MEDICO (No diligenciado).". (Negrilla fuera de texto)***

.- Posteriormente el 08 de marzo de 2014 a las 14:33 la paciente reingresa nuevamente al servicio de urgencias por persistencia en los síntomas sin mejoría, se ordenan exámenes y muestras que arrojan "FUNCIÓN RENAL NORMAL, CON TRANSAMINASAS ELEVADAS, LHD ELEVADA, PRUEBA RÁPIDA PARA DENGUE NEGATIVAS"; a las 19:25 se ordena conteo de plaquetas cada seis horas y como plan de tratamiento se ordena "LACTATO DE RINGER BOLSA X 500 ML SOL INY CANT: 8.- 1000 CC A CHORRO Y CONTINUAR 1000 CC CADA 8H.- ACETAMINOFEN TABLETA X 500 MG CANT: 4 CADA 6H.- OMEPRAZOL 40 MG SOLUCIÓN INYECTABLE CANT: 1 IV CADA 24H"; a las 19:36 se continua con el plan de tratamiento y se ordena "LACTATO DE RINGER BOLSA X 500 ML SOL INY CANT: 7.- HARTMAN 700 CC AHORA, DEJAR a 120 CC HORA POR BOMBA DE INFUSIÓN - OMEPRAZOL 40 MG SOLUCIÓN INYECTABLE CANT: 3,- 3. OMEPRAZOL 40 MG IV CADA 8 HORAS.- ACETAMINOFEN TABLETA X 500 MG CANT:4.-4. ACETAMINOFEN 500 MG VO CADA 6 H PRN.-"

- El día 09 de marzo de 2014 a las 00:50 al persistir la menor con trombocitopenia⁴² la Directora Científica del Hospital autoriza traslado primario de la paciente a un hospital de mayor complejidad, la menor tiene salida del hospital en remisión a la Clínica de las Américas a las 2:28 am; Debido a una falla mecánica en la ambulancia regresa al hospital con hora de llegada 3:00 am y vuelve a partir en traslado primario a la ciudad de Medellín, consignando en la transcripción de la historia clínica (fls. 442 a 459, C3):

*A folio 7 se lee: "...08/03/2014 14:33.- MOTIVO DE CONSULTA.- DOLOR ABDOMINAL.- ENFERMEDAD ACTUAL.- PACIENTE MULTI CONSULTANTE, CON PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS POR LO QUE NO HA PODIDO REALIZAR VALORACIÓN POR ESPECIALISTA DE MANERA AMBULATORIA.- DOLOR ABDOMINAL.- CUADRO CLÍNICO DE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL, EŞCALOFRIO, FIEBRE, VÓMITO, SÍNTOMAS MEJORAN Y CEDEN CON EL TRATAMIENTO, MANEJADA COMO CONSTIPACIÓN Y GASTRITIS.- ACTUALMENTE BAJO MANEJO CON ANTIPIRÉTICOS Y ANTIEMÉTICOS INGRESA CON DOLOR NO CONTROLADO.- REVISIÓN POR SISTEMAS.- REFERIDO.- ANTECEDENTES-TA: 109/75 FC: 110 FR: 22 T: 37. SO2: 0 PESO: 45 TALLA:...IMG: .. E. EMBRIAGUEZ: NO E. CONCIENCIA: ALERTA (x) ..AO: 0 RM: 0 RV: 0 GLASGOW (15).- **EXAMEN FÍSICO" CABEZA Y ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS NORMOCÉFALO, ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA. AMÍGDALAS NORMALES. OTOSCOPIA NORMAL. CUELLO. CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATÍAS, NI MASAS, NO DOLOR A LA MOVILIZACIÓN.- TÓRAX.- TÓRAX SIMÉTRICO, EXPANSIBLE, SIN TIRAJES. RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLO, PULMONES BIÉN VENTILADOS. SIN RUIDOS AGREGADOS.- ABDOMEN.- ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, SIN MASAS, NI MEGALIAS. SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. GENITOURINARIO.- NO EXPLORADO.- PELVIS.- NORMAL.- EXTREMIDADES.- SIMÉTRICAS SIN EDEMAS. NEUROLÓGICO.- CONSCIENTE, ORIENTADO, FUERZA EN EXTREMIDADES 5/5, SENSIBILIDAD CONSERVADA. NORMOREFLEXIA, SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN.- PIEL.- NORMAL.- FANERAS.- NORMAL.- **DIAGNÓSTICOS AL INGRESO".- DIAGNÓSTICO PRINCIPAL.- R529, NO ESPECIFICADO.- DIAGNÓSTICO RELACIONADO -1 M940 SÍNDROME DE LA ARTICULACION CONDRÓCOSTAL [TIETZE].-*

*A folio 8, se lee: "... 08/03/2014 14:33 *ANÁLISIS-PLAN- EXÁMENES-PROCEDIMIENTOS-TRATAMIENTOS".- ANÁLISIS /PLAN.--> <<2014.03.08-19:25:36>>, (DR(A). ALAIN JAVIER MACHADO MENDOZA - MEDICINA GENERAL) H.U. 1516707.- EXÁMENES CLÍNICOS QUE MUESTRAN FUNCIÓN RENAL NORMAL, CON TRANSAMINASAS ELEVADAS, LHD ELEVADA, **PRUEBA RÁPIDA PARA DENGUE NEGATIVAS**.-- --> <<2014.03.08- 14:41:46>>, (DR(A). SANTIAGO MARTINEZ JARAMILLO - MEDICINA GENERAL) H.U. 1516707.- CUADRO HEMÁTICO.- COPROLÓGICO.- RX REJA COSTAL.--> <<2014.03.08 - 19:25:36>>, (DR(A). ALVARO LOPEZ MARTINEZ-MEDICINA GENERAL).- SE ORDENA RTO MANUEL DE PLAQUETAS EN 6 HORAS, BUN Y CREATININA, ALBÚMINA, TGO, PTT Y LDH.- PBA RÁPIDA PARA DENGUE.- RESULTADOS EXÁMENES.- TRATAMIENTO MEDICAMENTOS -- --> <<2014.03.08-14:41:46>>, (DR(A). SANTIAGO MARTINEZ JARAMILLO - MEDICINA GENERAL) H.U. 1516707.- LACTATO DE RINGER BOLSA X 500 ML SOL INY CANT: 2 PASAR A 100CC/HORA.- DIPIRONA AMPOLLA X 1G CANT: 1 IV.-- --> <<2014.03.08 - 19:25:36>>, (DR(A). ALVARO LOPEZ MARTINEZ - MEDICINA GENERAL).- LACTATO DE RINGER BOLSA X 500 ML SOL INY CANT: 8.- 1000 CC A CHORRO Y CONTINUAR 1000 CC CADA 8H.- ACETAMINOFEN TABLETA X 500 MG CANT: 4 CADA 6H.- OMEPRAZOL 40 MG SOLUCIÓN INYECTABLE CANT: 1 IV CADA 24H.-" (Negrilla fuera de texto)*

A folio 9, se lee: "...08/03/2014 14:33--> <<2014.03.08 -19:36:56 >>, (DR(A). ALAIN JAVIER MACHADO MENDOZA - MEDICINA GENERAL.- LACTATO DE RINGER BOLSA X 500 ML SOL INY CANT: 7.- HARTMAN 700 CC AHORA, DEJAR a 120 CC HORA POR BOMBA DE INFUSIÓN - OMEPRAZOL 40 MG

⁴² Trombocitopenia: La trombocitopenia es una enfermedad en la que manifiestas un recuento bajo de plaquetas. Las plaquetas (trombocitos) son células sanguíneas incoloras que ayudan a la sangre a coagular. Las plaquetas detienen el sangrado aglutinando y formando tapones en las lesiones de los vasos sanguíneos. Tomado de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/thrombocytopenia/symptoms-causes/syc-20378293>

SOLUCIÓN INYECTABLE CANT: 3,- 3. OMEPRAZOL 40 MG IV CADA 8 HORAS.- ACETAMINOFEN TABLETA X 500 MG CANT:4.-4. ACETAMINOFEN 500 MG VO CADA 6 H PRN.- - - - > <<2014.03.09-01:48:34>>, (DR(A). ALAIN JAVIER MACHADO MENDOZA - MEDICINA GENERAL),- METOCLOPRAMIDA 10 MG SOL INY CANT: 1.- APLICAR AMPOLLA IV AHORA.- EVOLUCIÓN...> <<2014.03.08- 14:41:46>>, (DR(A). SANTIAGO MARTINEZ JARAMILLO - MEDICINA GENERAL) H.U. 1516707.- KAREN 11 AÑOS.- DOLOR TORACOABDOMINAL ??,- SOSPECHÓ SÍNDROME DE TIETZE. PACIENTE MULTI CONSULTANTE, CON PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS POR LO QUE NO HA PODIDO REALIZAR VALORACIÓN POR ESPECIALISTA DE MANERA AMBULATORIA.- CUADRO CLÍNICO DE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL, ESCALOFRÍO, FIEBRE, VÓMITO, SÍNTOMAS MEJORAN Y CEDEN CON EL TRATAMIENTO, MANEJADA COMO CONSTIPACIÓN TRATAMIENTO, MANEJADA COMO CONSTIPACIÓN Y GASTRITIS.- ACTUALMENTE BAJO MANEJO CON ANTIPIRÉTICOS Y ANTIBIÓTICOS.- INGRESA CON DOLOR NO CONTROLADO.- AL EXAMEN FÍSICO DOLOR LOCALIZADO EN ARCOS COSTALES INFERIORES DEV HEMITORX IZQUIERDO LEVE DOLOR.- EN EPIGASTRIO, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL EXTREMIDADES EUTRÓFICAS.- INGRESA PARA OBSERVACIÓN DEL DOLOR SE SOLICITAN PARACLÍNICOS.- > <<14.03.08-16:52:26>>, (DR(A). ALVARO LOPEZ MARTINEZ-MEDICINA GENERAL).-PACIENTE CON CC DE 4 DÍAS DE FIEBRE, CEFALEA, DOLOR ABDOMINAL, VÓMITO, DESDE AYER NO FIEBRE, NO VOMITO, CONTINUA CON DOLOR ABDOMINAL.- RX DE REJA COSTAL: NORMAL.- CH: LEUCOPENIA, HEMOCONCENTRACIÓN Y TROMBOCITOPENIA.- SE ORDENA RTO MANUAL DE PLAQUETAS EN 6 HORAS, BUN Y CREATININA, ALBÚMINA, TGO, PTT Y LDH Y PBA RÁPIDA PARA DENGUE.- VALORACIÓN POR PEDIATRA DE TURNO DRA MRLYN SE COLOCA ACTM POR HORARIO, GASTROPROTECCIÓN, HIPERVOLEMIA SE ELABORA FICHA EPIDEMIOLOGICA.- > <<2014.03.08-19:27:45>>, (DR(A). ALAIN JAVIER MACHADO MENDOZA- MEDICINA GENERAL).- TIEMPOS DE COAGULACIÓN PROLONGADOS, ALBÚMINA NORMAL.-"

A folio 10 se lee: "...-> <<2014.03.08 19:36:56>>, (DR(A). ALAIN JAVIER MACHADO MENDOZA - MEDICINA GENERAL). - ORDENES DE PEDIATRIA. - 1. REMISION III NIVEL. - 2. HARTMAN 700 CC AHORA, DEJAR A 120 CC HORA POR BOMBA DE INFUSION. - 3. OMEPRAZOL 40 MG IV CADA 8 HORAS. - 4. ACETAMINOFEN 500 MG VO CADA 6 H PRN. -5. CURVA TÉRMICA. - 6. CONTROL DE LA Y LECLINICOS. - > <<2014.03.09 -00:50:50>>, (DR(A). ALAIN JAVIER MACHADO MENDOZA - MEDICINA GENERAL). -PACIENTE QUE PERSISTE CON TROMBOCITOPENIA, SE COMENTA CON LA SUBDIRECTORA CIENTÍFICA QUIEN AUTORIZA TRASLADO PRIMARIO PARA EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL, PACIENTE EN REGULAR ESTADO GENERAL, SALE DE LA INSTITUCIÓN EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR, AUXILIAR DE ENFERMERIA Y MEDICO. ----> <<2014.03.09- 01:48:35>>, (DR(A). ALAIN JAVIER MACHADO MENDOZA - MEDICINA GENERAL). -PACIENTE CON PERSISTENCIA DE DOLOR ABDOMINAL ASOCIADO A MÚLTIPLES EPISODIOS DE VÓMITO, INICIO ANTIEMÉTICO. METOCLOPRAMIDA UNA AMP IV HORA. ----> <<2014.03.09- 02:28:27>>, (DR(A). ALAIN JAVIER MACHADO MENDOZA - MEDICINA GENERAL). -PACIENTE QUE SALE REMITIDO EN TRASLADO PRIMARIO.- ----><<2014.03.09- 12:58:40>>, (DR(A). EUSELDRY KATERINE PICO ROJAS - MEDICINA GENERAL).- RECIBO PACIENTE EN SALA DE OBSERVACIÓN, EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, SOMNOLIENTA, CONSCIENTE, MANIFESTANDO DOLOR ABDOMINAL, NAUSEAS Y VÓMITO A REPETICIÓN. CON IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA DE DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA, CON LABORATORIO QUE REPORTA CH: LEUCOPENIA, HEMOCONCENTRACIÓN Y TROMBOCITOPENIA DE 23000 TOMADA A LAS 00:18 HORAS, LDH: 1393, TRANSAMINASA OXALOACETICA 737. TPT: 39. CON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO PASANDO LACTATO DE RINGER A 120CC/HORA POR BOMBA DE INFUSION, CON SIGNOS VITALES: PA 90/60 FC: 102. FR: 22 T: 36.2 SAT 02: 97%. SE LE ADMINISTRA METOCLOPRAMIDA ANTES DE TRASLADARSE A LA AMBULANCIA.- SE TRASLADÓ USUARIA MENOR DE EDAD A CAMILLA DE AMBULANCIA PARA REMISIÓN A TERCER NIVEL PARA MANEJO POR PEDIATRÍA EN LA CLÍNICA LAS AMÉRICAS DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN, SE UBICA EN AMBULANCIA, A LAS 02+40 SE REGRESA AL HOSPITAL POR PRESENTAR FALLAS EN LA AMBULANCIA.- A LAS 03+00 SE LLEGA AL HOSPITAL Y SE

CAMBIA DE AMBULANCIA Y SE UBICA USUARIA MENOR DE EDAD Y SE CONTINÚA CON EL TRASLADO DURANTE EL TRASLADO LA PACIENTE NO PRESENTÓ NINGÚN EPISODIO DE EMESIS, REALIZÓ DIURESIS SIN DOLOR, ELIMINA ORINA AMARILLA SIN SANGRE, NO PRESENTO SANGRADO DURANTE EL TRASLADO. SE LE ADMINISTRÓ DOSIS DE OMEPRAZOL IV 40 (...)" (Negrilla fuera de texto)

La menor ingresa a la Clínica de las Américas el día 09 de marzo de 2019 a las 10:54, refiere ingreso con malas condiciones de salud y descenso progresivo de la frecuencia cardiaca por lo que se realiza reanimación cardiopulmonar y como tratamiento "Se aplica 1 mg IV de adrenalina, se realiza masaje cardiaco, se asiste con ayre-Rees, luego se intuba con tubo N° 6,5 con balón, se deja a 18 cms.- Se canaliza vena subclavia derecha y arterial radial izquierda.-Se inicia soporte ventilatorio.- Medicamentos de uso habitual: ITEM 1 Medicamento no..."; a las 14:34 sigue empeorando el estado de salud de la menor quien se encuentra hipotensa, con complejos ventriculares amplios, sangrado por la sonda gástrica, en tórax presenta derrame pleural derecho.

Finalmente, a las 17:51 horas del 09 de marzo de 2014 la menor presenta paro cardiaco a pesar del soporte inopresor y del soporte ventilatorio. Se le informa a la mamá, quien está presente y se suspende el soporte ventilatorio e inopresor, consignando en la transcripción de la historia clínica (fls. 442 a 459, C3):

*A folio 28, se lee: "...Las Américas. Paciente RC E9F0250317 KAREN JULIETH PALACIO ALVAREZ.- Historia 499473-1 Edad 13 años 7 Mese 5 Días Sexo FEMENINO ServicioUCI Habitación...Entidad EPS SURA.- ***INGRESO PACIENTE EMERGENTE*** ...Fecha:2014-03-09 Hora: 10:54:19.- Motivo de consulta y enfermedad actual.- INGRESO A UCIP. Paciente de 11 años con antecedente de cefalea migrañosa que requirió manejo en UCIP hace 2 años, quien ingresa remitida de Hospital José Cayetano (Puerto Boyacá), por cuadro de 4 días de evolución consistente en fiebre alta cuantificada hasta 39°, asociada a dolor abdominal generalizado, vómitos, astenia y adinamia. Consulto indicando protección gástrica ambulatoria con persistencia de sintomatología. Hace 2 días resolución de la fiebre. Ayer por persistencia de sintomatología consulta a urgencias con hemograma con leucopenia, hemoconcentración y trombocitopenia (descenso importante en 2 días de evolución) por lo que deciden remitir. Niega sangrados.- Último hemograma: hb 14.8, hto 40.8, WBC 3820, N 80, L 20, PLT 33200.- Al ingreso en urgencias de la Clínica Las Américas: en malas condiciones, FC:146, PA: 120/45 (70), FR: 36, SaO2: 80%, mal perfundida, con escala de dolor 8/10, T: 35,6, pálida, abdomen blando, doloroso en hemiabdomen superior, hígado a 2 cms DRCD, frialdad distal.- Realizan glucometer : low. Se inicia bolo con dextrosa al 30%.- Inician reanimación con líquidos venosos, oxígeno por máscara de no reinhalación, se traslada a cuidados intensivos.- Exámen físico.- Malas condiciones, pálida incomoda, frialdad hasta codos y rodillas, piel moteada.- FC: 126, PA: 108/89/- FR: 40, Bag2: difícil de evaluar por mala perfusión distal.- Glucometer periférico: 129 mg/dL- murmullo vesicular disminuido bilateral, sin estertores.- Ritmo sinusal.- Abdomen globoso, blando, parece doloroso en hemiabdomen superior, hígado a 2 cms DRCD. Genitales con restos de sangrado por vagina (menstruación).- Conducta.- Paciente con probable dengue hemorrágico, en estado de choque, se continua reanimación con líquidos venosos, se intentara acceso venoso central ya que en el servicio de urgencias fue imposible canalizar otra venu periférica.- Se le brinda información a la mama en cuanto a la condición de Karen, incluso con riesgo de muerte.- FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR : JAIME ALONSO NOREÑA ANGEL Identificación: CC 70082417 Registro: 3515-85 Profesión o*

*Especialidad: PEDIATRÍA Fecha: 2014-03-09 Hora: 11:43:33.- ***INGRESO PEDIÁTRICO*** fecha y hora.-... Fecha: 2014-03-09.- Hora: 07:44:38 Ubicación: 1130-URGENCIAS Hab.- Información general.- Parentesco: Madre.- Tipo de ingreso.- Urgente.- Motivo de consulta y enfermedad actual.- Paciente de 11 años con antecedente de cefalea migrañosa que requirió manejo en UCIP hace 2 años, quien ingresa remitida de Hospital José Cayetano (Puerto Boyacá), por cuadro de 4 días de evolución consistente en fiebre alta cuantificada hasta 39., asociada a dolor abdominal generalizado, vómitos, astenia y adinamia. Consulto indicando protección gástrica ambulatoria con persistencia de sintomatología. Hace 2 días resolución de la fiebre. Ayer por persistencia de sintomatología consulta a urgencias con hemograma con leucopenia, hemoconcentración y trombocitopenia (descenso importante en 2 días de evolución) por lo que deciden remitir. Niega sangrados.- Último hemograma: hb 14.8, hto 40.8, WBC 3820, N 80, L 20, PLT 33200.- Revisión por sistemas.- Generalidades: Niega Digestivo: Última deposición hace 2 días.- Genito-Urinario: Orina hematurica (se encuentra con la menstruación).- Antecedentes personales.- Alergias: No PAI Completo: Si.- Transfusiones: No.- Traumas: No.- Diabetes: No.- Cardio-Vascular: No.- Respiratorios: Si Asma (última crisis hace 2 años).- Digestivos: No.- Otros: Si cefalea migrañosa (requirió manejo en UCIP).- Medicamentos de uso habitual. Medicamentos de uso habitual: ITEM 1 Medicamento no...Antecedentes familiares.- Diabetes: No.- hipertensión arterial: Si Hipertensión arterial: abuelo.- Cardio- Vascular: No.- Cáncer: No.- enf. Congénitas: No Otros: no.- Examen físico.- Condiciones generales: Malas.- Hidratado: Si.- Medidas antropométricas.- Peso: 45 Kg.- PAS: 120 PAD: 45 mmHg Pulso: 146/min.- frecuencia cardiaca: 146/min.- Temperatura: 35.6 °C FR: 36/min.- Sat. Oxígeno: 80%.- "*

*A folio 29, se lee: "...Valoración del dolor.- Escala de dolor: 8/10.- Hallazgos.- Generalidades: Paciente alerta, con SDR, pálida.- Cabeza-Cuello-ORL: Normocefalica, cuello móvil, sin adenopatías.- Tórax: Simétrico.- Corazón y Pulmones: RsCsRs taquicárdicos, sin soplos. Pulmones ventilado s sin agregados.- Abdomen: Blando, depresible, no masas, se palpa hígado 2 cm RCD, dolor a la palpación en hemiabdomen superior, no signos de irritación peritoneal.- Extremidades: Móviles, simétricas, hipoperfundida, con gradiente térmico, pulsos +/++++.- Neurológico: Alerta, Glasgow 15/15.- Genito-Urinario: Sin alteraciones.- Piel y anexos: Palidez generalizada, no Petequias ni sangrados activos.- Diagnósticos 1) Presuntivo-dengue grave.- Análisis.- Paciente de 11 años en malas condiciones generales, con SDR, hipoperfundida, con gradiente térmico, con historia de cuadro febril asociado a dolor abdominal, y leucopenia con trombocitopenia en descenso, no sangrados activos. Cuadro podría deberse a dengue grave por clínica y paraclínico. No trae serología para dengue.- Se realiza Rx de tórax portátil sin evidencia de derrames.- se indica reanimación hídrica, oxígeno por cámara de no reinhalación y se solicitan paraclínicos completos.- De acuerdo a evolución y respuesta de reanimación inicial se comentará al servicio de UCIP: - Plan de cuidados.- - Reanimación pediátrica.- -Monitorización continua.- - O2 por máscara de no reinhalación.- LEV Hartman 900 cc en bolo.- -SS/CH, PCR, transaminasas, PT, PTT, gases arteriales serología dengue.- -SS/Rx tórax portátil.- ...Se suministra información a la madre.- FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR : JOSÉ ALBERTO BETANCUR VERGARA Identificación: cC 98543377 Registro: 0700-94 Profesión o Especialidad: PEDIATRÍA Fecha: 2014-03-09 Hora: 08:14:15.- Firma ilegible.- ***EVOLUCIÓN URGENCIAS** fecha y hora.- Fecha: 2014-03-09.- Hora: 08:26:57 Ubicación: 1130- URGENCIAS Hab.Observaciones.- Paciente permanece en malas condiciones generales a pesar de expansión de volumen, no se logra después de múltiples intentos de canalizar vena, tomar paraclínico, permanece hipoperfundida, con gradiente térmico, además requiere aumento de Fio2 a máscara de no reinhalación, persistiendo desaturada.- Por inestabilidad hemodinámica, respiratoria, se decide trasladar a UCIP para manejo e invasión central.- Medicamentos de uso habitual: ITEM 1 Medicamento no...*

*FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR : JOSE ALBERTO BETANCUR VERGARA Identificación: CC 98543377 Registro: 0700-94 Profesión o Especialidad: PEDIATRÍA Fecha: 2014-03-09 Hora: 08:20:41.- Firma ilegible.- ***NOTAS ENFERMERIA*** fecha y hora.- Fecha: 2014-03-09.- Hora: 10:41:25 Ubicación: 1020-UCI Hab. UC21.- Observaciones.- se traslada paciente para uci 21 en camilla consciente en regulares condiciones con máscara de no reinhalación con sdr con hartman y dad al 10% en bolo de 150 cc se entrega hc completa se deja ubicada en la sala.- FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR: MARY LUZ LOZADA CASTAÑO Identificación: CC 32241498 Registro: NO APLICA Profesión o Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA Fecha: 2014-03-09 Hora: 10:43:59.- FIRMA SIN DIGITALIZAR.-*

*A folio 30, se lee: "...***EVOLUCIÓN UCI/UCE***.-..Fecha: 2014-03-09.- Hora: 11:43:51.- Ubicación: 1020-UCI Hab. UC21.- Diagnóstico y problemas (Subjetivo).-Paciente en malas condiciones, con descenso progresivo de la frecuencia cardiaca.- Se inicia reanimación cardiopulmonar.- Se aplica 1 mg IV de adrenalina, se realiza masaje cardiaco, se asiste con ayre-Rees, luego se intuba con tubo N° 6,5 con balón, se deja a 18 cms.- Se canaliza vena subclavia derecha y arterial radial izquierda.-Se inicia soporte ventilatorio.- Medicamentos de uso habitual: ITEM 1 Medicamento no...-Valoración del dolor.- Escala numérica: 0.- Objetivo.- Malas condiciones.- Hipotensa, se inició infusión de norepinefrina con incremento progresivo hasta 0,5 mcgr/Kg/min por catéter central.- Palidez muco-cutánea, se pasa sonda orogástrica, inicialmente drena material bilioso claro y luego material hemático abundante.- Resultados.- se toman muestras por catéter central y por línea arterial.- Procedimientos .- -Intubación orotraqueal.- -paso de catéter venoso central.- -pasó línea arterial.- Análisis y plan.- En choque probablemente secundario a dengue grado III-IV, con sangrado por tracto digestivo superior, necesitó reanimación cardiopulmonar.- Plan .- - glóbulos rojos.- -albúmina al 5%.- Hartmann .- norepinefrina.- -omeprazol IV.- ecografía abdominal.-se sangra para los paraclínico ordenados en el servicio de urgencias.- Diagnósticos.- 1.) Presuntivo.- Síndrome de choque por dengue.- 2.) Confirmado.- Insuficiencia respiratoria.-3.) Confirmado -.hemorragia de tracto digestivo superior.- Información suministrada al paciente y/o familia.- Le explico a la mamá la situación actual de Karen, los procedimientos realizados y los riesgos inminentes a su patología actual.- Notas para el Resumen de Egreso.- En choque probablemente secundario a dengue grado III-IV, con sangrado por tracto digestivo superior, necesitó reanimación cardiopulmonar.- Plan.- - glóbulos rojos .-- albúmina al 5%.- - Hartmann.- - norepinefrina.- - omeprazol IV.-- ecografía abdominal.-se sangra para los paraclínico ordenados en el servicio de urgencias.- FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR : JAIME ALONSO NOREÑA ANGEL Identificación: CC 70082417 Registro: 3515-85 Profesión o Especialidad: PEDIATRÍA Fecha: 2014-03-09 Hora: 11:59:55.- Firma ilegible.- NOTA REALIZADA EL 2014-03-09 14:34:13 NOTA COMPLEMENTARIA.- Pésimas condiciones, hipotensa, con complejos ventriculares amplios; en el momento se está transfundiendo con glóbulos rojos por hemoglobina de 4.5, y plaquetas de 58.000 y sangrado por la sonda gástrica. Se le paso sonda vesical y no ha presentado diuresis a pesar de recibir varios bolos de Hartmann y albúmina al 5% En los rx de tórax con derrame pleural derecho, catéter va de subclavia derecha a subclavia izquierda. Pendiente el resultado de los niveles de creatinina. REALIZADA POR: JAIME ALONSO NOREÑA ÁNGEL Identificación: CC 70082417 Registro: 3515-85 Profesión o Especialidad: PEDIATRÍA.- NOTA REALIZADA EL 2014-03-09 16:35:21 NOTA COMPLEMENTARIA.- En pésimas condiciones, con alteración del ritmo cardiaco, complejos QRS amplios, con respuesta parcial a dosis de bicarbonato y gluconato de calcio. Si diuresis alpeşar d transfundinçon glóbulos rojos y bolos con cristaloides. Con parámetros ventilatorios altos, resistencias pulmonares aumentadas, se le realizaron cuatro puff con salbutamol. Se decide realizar hemodiafiltración. Se pasa catéter Mahurkar 8 Fr de doble luz con extensiones curvas. Se cambia la noradrenalina por vasopresinapor ser más*

*arritmogénica la primera. Se le explica a la mamá el alto riesgo de la hemodiafiltración y altas posibilidades de morir.- REALIZADA POR: JAIME ALONSO NOREÑA ANGEL Identificación: CC 70082417 Registro: 3515-85 Profesión o Especialidad: PEDIATRÍA.- NOTA REALIZADA EL 2014-03-09 17:49:16 NOTA COMPLEMENTARIA.- Se utilizaron dos catéter Mahurkar 8 Fr ya que se presentó dificultad con el paso de la primera guía. Se programa terapia dialítica en máquina Prismaflex, hemofiltración veno-venosa continua, así: - dosis 25 cc/kg -dializante 3,5 calcio sin potasio: 500 cc – pre y post:250 cc cada uno- flujo: 150 cc/min.- REALIZADA POR: JAIME ALONSO NOREÑA ANGEL Identificación: CC 70082417 Registro: 3515-85 Profesión o Especialidad: PEDIATRÍA.- NOTA REALIZADA EL 2014-03-09 17:51:41 NOTA COMPLEMENTARIA.- Presenta paro cardiaco a pesar del soporte inopresor y del soporte ventilatorio. Se le informa a la mamá, quien está presente y se suspende el soporte ventilatorio e inopresor. Se expide certificado de defunción.- REALIZADA POR: JAIME ALONSO NOREÑA ANGEL Identificación: CC 70082417 Registro: 3515-85 Profesión o Especialidad: PEDIATRÍA.- ***LISTA DE VERIFICACIÓN UCI-UCE AUX***.- Fecha y hora.- Fecha 2014-03-09.- Hora: 18:45:40.- Ubicación: 1020-UCI Hab. UC21.-"*

Del material probatorio se desprende que en el primer ingreso de la menor al Hospital el día 05 de marzo de 2014, los síntomas presentados por Karen Julieth y que además dominaban el cuadro médico, consistían en dolor abdominal y fiebre, circunstancia que a *prima facie* permite dilucidar una confusión por parte de los médicos tratantes y la imposibilidad de diagnosticar primariamente el padecimiento de dengue en la paciente, al respecto se tienen las siguientes declaraciones:

Testimonio del Dr. CARLOS RAUL HALLADO ALMEYDA obrante en CD folio 475:

*"(Minuto 2:08:35) **PREGUNTADO:** Usted fue el galeno que atendió primariamente a la menor Karen Julieth Álvarez, **CONTESTÓ:** Sí yo fui el primero que le dio la atención en ese momento y considere que estaba cursando por un proceso de obstrucción intestinal por los síntomas que ella refería de que llevaba dos días sin hacer deposición y tampoco tenía flatos y adicionado a eso la fiebre y tenía dolor en la región abdominal alta central en el epigastrio y si tengo entendido que se sospecha un dengue pero en ese momento no pensé que fuera eso ya que llevaba un día de evolución y es muy difícil en una etapa febril hacia dónde puede girar o hacia dónde puede evolucionar el cuadro clínico"*

- Testimonio del Dr. ALAIN JAVIER MACHADO MENDOZA obrante en CD folio 475 "archivo parte dos":

*"(Minuto 10:27) **PREGUNTADO:** indiqué cuántas veces atendió o a la menor, **CONTESTÓ:** La recibí dos veces en el servicio de observación.... **la primera vez que la vi el compañero le pidió exámenes, todos salieron dentro de lo normal y se dio de alta**, la segunda vez que la recibí en el centro de observación, la recibí ya con el diagnóstico dengue con signos de alarma....Se procedió al traslado primario; (Minuto 12:45) **PREGUNTADO:** Estos síntomas de alarma no se presentaron de acuerdo a la historia clínica en la atención inicialmente practicada a la menor, **CONTESTÓ:** La única vez que se le documentaron signos de alarma fue la última atención cuando se realizó el traslado primario, **en los primeros días no presentaba fiebre, no presentaba disminución de las plaquetas**, en la segunda atención que yo la recibí en el servicio de observación sí ya tenía tres signos de alarma dolor abdominal intenso vómito y plaquetas bajas, en ningún momento presentó sangrado; **PREGUNTADO:** Cuando la paciente es reconsultante el*

*mismo día nunca se les ocurrió a los médicos tratantes presumir la presencia de dengue, **CONTESTÓ: La primera vez que la vi no se podía presumir porque un dengue con leucocitos normales y con plaquetas de 346000 más o menos qué era lo que teníaEs muy poco probable...el dengue cursa con disminución de las plaquetas.... el límite inferior de lo normal son 156,000 plaquetas tenía 300 algo la primera vez que se evaluó... en ese momento no se podía pensar que tenía un dengue porqué las plaquetas estaban muy en su rango normal.***

.- Declaración rendida por el perito Dr. SEBASTIAN FERNANDO NIÑO RAMIREZ obrante en CD folio 543, 554

*(Minuto 36:33) **PREGUNTADO:** Cuántos ingresos tuvo la menor y cuál era el padecimiento en cada ingreso, **CONTESTÓ: En las primeras hospitalizaciones la paciente tenía síntomas generales que dominaba el cuadro era la presencia de dolor abdominal y malestar general,** en las evoluciones posteriores tuvo una sospecha diagnóstica de dengue, fue el momento en el que se hicieron las pruebas para la sospecha de este cuadro y al final el último diagnóstico hay un diagnóstico de una sospecha de un dengue hemorrágico con criterios de severidad; (Minuto 55:52) **PREGUNTADO:**... Aclare si la menor Karen padecía signos presuntivos de dengue y en qué fecha, **CONTESTÓ: Tengo que dejar claro abogado que para uno es fácil dar las críticas y retrospectivas porque pues es muy diferente ver las cosas de atrás adelante que adelante atrás, uno puede decir que sí, que el paciente tenía signos presuntivos de dengue, al tener una sospecha de un cuadro viral, sin embargo no era lo que dominaba el cuadro, por qué lo que dominaba el cuadro según las descripciones de la historia clínica eran unas descripciones de constipación unos episodios de dolor abdominal, esos síntomas se pudieron constituir en elementos confusores para los médicos que estaban evaluando el cuadro porque si vos ves se tomaron fue una radiografía de abdomen se, evaluó que hiciera deposición, se evaluó que sí tenía o no tránsito intestinal, se enfocó mucho el cuadro.... a un episodio de dolor abdominal de constipación y el objetivo terapéutico que se buscó ahí fue que la paciente mejorará de estos síntomas abdominales... lo que uno interpreta ahí es que los médicos en las etapas iniciales no estaban enfocados a un cuadro virtual si no estaban enfocados a un cuadro de dolor abdominal pues según lo que refería la paciente... de todas formas ante los síntomas inespecíficos siempre es importante tener en consideración un cuadro viral y dentro de esos cuadros un cuadro de dengue es una posibilidad, pero en las etapas iniciales era muy dominado por un problema de dolor abdominal; (Minuto 1:25:57) **PREGUNTADO:** Usted dio la sintomatología de unos síntomas de dengue presuntivo.... Indique si la menor... cumplía con estos criterios para el día 6 de marzo del 2014 según contra lo fundamentado en la guía de atención médica para el manejo de dengue, **CONTESTÓ:**... **en los registros que me hicieron llegar los síntomas eran dominados por un cuadro de dolor abdominal... los cuadros iniciales hubieran sido compatibles con cualquier cosa iniciando, pero los síntomas en los cuales se tienen en la historia clínica eran síntomas de dolor abdominal, en lo cual existe una posibilidad muy bajita de dengue, pero los síntomas eran dominados por otra cosa, con esa posibilidad bajita no era posible clasificar la enfermedad como un dengue con criterios de severidad porque la información aportada en la historia clínica era muy escueta para poder clasificarlo como tal;*****

Así mismo en la historia clínica se registró:

><<14.03.05-10:21:34>>, (DR(A). CARLOS RAUL ALLADO ALMEYDA-MEDICINA GENERAL)
H.U. 1515107.-PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL DIFUSO, AUNQUE CON LEVE

DIFERENCIACIÓN HACIA EPIGASTRIO, ASOCIADO A FIEBRE, REFIERE AUSENCIA DE DEPOSICIONES DESDE HACE 2 DÍAS Y FLATOS DESDE HACE UNO, SE DECIDE INGRESAR PARA ESTUDIO. - . - - - - ><<14.03.05-12:00:13>>, DR(A), ALAIN JAVIER MACHADO MENDOZA-MEDICINA GENERAL).- RX DE ABDOMEN SIMPLE DE PIE NORMAL NO NIVELES HIDROAÉREOS SE OBSERVA IMPACTACIÓN FECAL.- - - - - ><<14.03.05-12:00:13>>, DR(A), ALAIN JAVIER MACHADO MENDOZA-MEDICINA GENERAL).- REPORTE DE HEMOGRAMA DENTRO DE LÍMITES NORMALES PLAQUETAS NORMALES, PACIENTE REFIERE MEJORÍA DEL DOLOR TOLERANDO VÍA ORAL AL EXAMEN FÍSICO ABDOMEN PLANO PERISTALSIS POSITIVA 3 EN 1 MINUTO BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO NO MASA NO MEGALIAS SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. POR LO QUE SE DECIDE ALTA MÉDICA

Por lo expuesto encuentra el despacho probado que al primer ingreso de la menor y conforme a los síntomas presentados no se podía vislumbrar por parte del personal médico la presencia del dengue, todo lo contrario, la sintomatología presentada por la paciente, permitía inferir que la menor padecía para ese entonces de un cuadro gastrointestinal y por consiguiente no estaba contemplado dentro de los procedimientos a realizar lo contenido en la guía de atención clínica integral del paciente con dengue, en la menor KAREN JULIETH PALACIO.

Ahora bien, frente al reingreso de la menor el mismo día a las 20:42 y la decisión de darla de alta el 06 de marzo de 2014 a las 13:09, encuentra el despacho probado:

Conforme a la historia clínica se registra para ese día, "2014.03.06- 02:51:04>>, (DR(A). FREDIS ACUÑA RUIZ-MEDICINA GENERAL) H.U. 1515404.- **SE REVALORA PACIENTE QUIEN PERSISTE CON EPISODIOS EMÉTICOS Y CON PICOS FEBRILES. - AL EXAMEN FÍSICO T 38-39° REPORTADOS, SATURANDO 98%...**" y posteriormente se registra "2014.03.06- 11:21:01>>, (DR(A). ALVARO LOPEZ MARTINEZ-MEDICINA GENERAL) .- PDEO DE CONTROL CON HEMATURIA, PERO AYER LE LLEGO LA MENSTRUACION, NO REFIERE DISMENORREA CH **CON LEUCOPENIA LEVE, ANEMIA LEVE...**"

Conforme a lo anterior, al presentarse estos hallazgos y la condición febril en la menor, el perito medico NIÑO RAMÍREZ en su declaración obrante en CD folio 543, responde:

*"(Minuto 49:03) **PREGUNTADO:** ... en esa re consulta según la historia clínica en la que se basó para realizar su dictamen se evidencia que se le realizó parcial de orina hematuria un cuadro hemático muestra leucopenia y tenía anemia leve, con estos síntomas a la paciente se le podría dar de alta teniendo en cuenta que era re consultante, **CONTESTÓ:** Definitivamente esos hallazgos había que prestarles atención, son hallazgos inespecíficos...es decir el encontrar eso no le iba a decir al médico que es lo que tiene la paciente... no define puntualmente que la cosa vaya evolucionar mal, pero sí hay que pararle bolas porque definitivamente son hallazgos que se encuentren en caso de infecciones virales, Que si el paciente necesitaba estar hospitalizado por esos hallazgos? No necesariamente, te voy a poner de plano que hay pacientes caminando por la calle que tienen anemia o hay pacientes caminando por la calle que tienen hematuria, pero si es necesario en caso de la paciente que se dejase claro que necesitaba un seguimiento, es decir comprobar la evolución de la paciente cómo iba a ser que visitara al día siguiente para evaluar cómo era la evolución de los síntomas de la paciente, si iba mejorando si iba empeorando si la hematuria se asociaba a otra cosa, si la*

anemia iba empeorando o qué era lo que estaba pasando, por qué salieron anormales.....instaurar un plan de seguimiento para corroborar cómo era la evolución de sus síntomas o estos hallazgos anormales.(...)”

Que debido a lo anterior encuentra el despacho una anomalía y presunta falta en la atención prestada a la menor en la re consulta hecha el día 06 de marzo de 2014, toda vez que no se encuentra demostrado en la historia clínica que los médicos tratantes, hayan hecho un cambio en su diagnóstico inicial y por consiguiente un cambio en el posible tratamiento, *iii) omitiendo utilizar oportunamente todos los recursos técnicos y científicos a su alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente*, al respecto, encuentra el despacho que a pesar de la persistencia en la sintomatología y al presentar los exámenes realizados una ligera variación como lo es “CH CON LEUCOPENIA LEVE, ANEMIA LEVE”, los médicos tratantes deciden dar de alta a la menor con recomendaciones y signos de alarma, empero, pasando por alto la sintomatología de la paciente quien tenía para la fecha una variación en los exámenes clínicos, los cuales diferían con los del primer ingreso, circunstancia que además evidencia que no se buscó la causa de la variación en los exámenes de la menor por parte de los médicos tratantes, todo lo contrario lo pasan por alto y deciden autorizar su egreso. Al respecto de dichas variación (ch con leucopenia leve, anemia leve) afirma el perito, “*son hallazgos que se encuentren en caso de infecciones virales*”.

Conforme a lo expuesto no está de más resaltar, que de lo probado y consignado en la historia clínica y lo referido por el perito en su declaración, frente al segundo ingreso de la paciente, los resultados presentados en los exámenes, y la sintomatología de la menor, se puede vislumbrar que para el segundo ingreso los médicos ya contaban con indicios sólidos que permitían presumir una infección viral (dengue), máxime cuando para la época de los hechos el Municipio de Puerto Boyacá conforme al boletín epidemiológico No 11 de la Secretaría de Salud de Boyacá (Fl. 187-202), se encontraba en alerta epidemiológica a causa del dengue, indicio que tampoco fue tenido en cuenta por los médicos tratantes.

Conforme a lo expuesto, en los municipios en donde se encuentra dicha alerta, los médicos deben instaurar el protocolo para atención del dengue, al respecto el perito SEBASTIAN FERNANDO NIÑO RAMIREZ afirmó: “(Minuto 50:19) **PREGUNTADO:**... *sírvase aclarar en relación con su respuesta si por tratarse de zona endémica debió utilizarse un protocolo precisamente para tratar el dengue, protocolo dentro del cual a juicio de su respuesta debía estar un seguimiento permanente con el uso de unas prácticas médicas a las que usted hizo alusión, **CONTESTÓ:** En áreas endémicas si se debe instaurar un protocolo de atención para estos casos específicos... cuando se ve un problema de salud local todas las entidades tienen que brindar un apoyo a esas entidades para que ellos cuenten con todos los recursos disponibles, incluido una documentación de la instrucción de las recomendaciones a los médicos que van a dar la atención médica a estos pacientes, estos médicos deben estar instruidos en el manejo del dengue y deben de tener un protocolo de atención en la cual se siguen al pie de la letra las recomendaciones de la guía de manejo, no con el propósito de evitar la mortalidad del dengue, sino por llevarla a su mínimo*

posible que según la recomendación del ministerio deber ser menos del 2% la mortalidad por dengue”.

En la guía de atención clínica integral del paciente con dengue⁴³, se consigna:

"2.3. CUADRO CLÍNICO

Generalmente la primera manifestación clínica es la fiebre de intensidad variable, aunque puede ser antecedida por diversos pródromos. La fiebre se asocia a cefalea, dolor retroocular, artralgias, mialgias que es el cuadro conocido como dengue sin signos de alarma.

En los niños, es frecuente que la fiebre sea la única manifestación clínica o que la fiebre este asociada a síntomas digestivos bastante inespecíficos. La fiebre puede durar de 2 a 7 días y asociarse a trastornos del gusto bastante característicos.

(...)

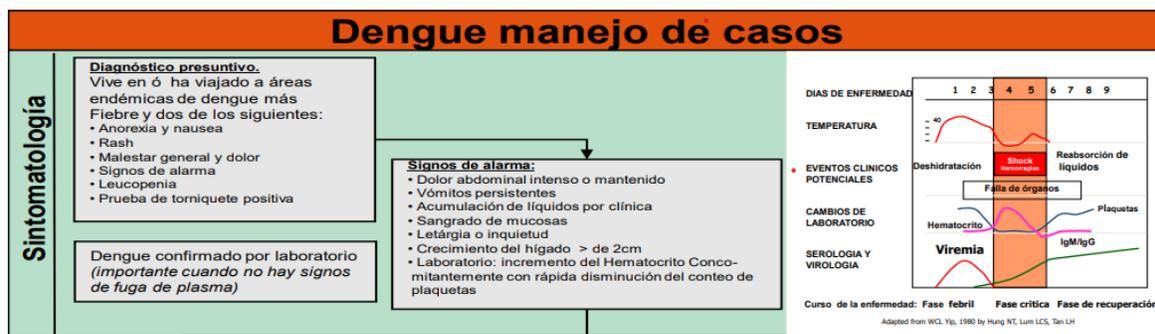
3.1.1. Enfermedad actual

(...)

En niños los síntomas son inespecíficos presentando pérdida de apetito, y síntomas gastrointestinales principalmente vómito, dolor abdominal y distensión abdominal, etc.

(...)"

Anexo 1. Algoritmo de atención clínica de casos dengue y dengue grave



44

Que por lo expuesto encuentra este despacho que a pesar de que en el primer ingreso la menor no contaba con dos o más de los síntomas presuntivos del dengue, y el cuadro clínico se podía confundir con una complicación gastrointestinal, en el segundo ingreso de la paciente las condiciones médicas no solo habían variado, sino que además el médico tratante "v)... interpretó indebidamente los síntomas que presentó el paciente".

Conforme al algoritmo de atención clínica de casos de dengue y dengue grave, se genera un diagnóstico presuntivo cuando:

⁴³ Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20para%20la%20atenci%C3%B3n%20cl%C3%ADnica%20integral%20del%20paciente%20con%20dengue.pdf>

⁴⁴ Ibidem

- El paciente vive en área endémica de dengue y tiene fiebre, circunstancia que presentaba la menor para el primer ingreso y segundo ingreso,
- Leucopenia, característica que también presentaba la menor para el segundo ingreso y conforme a los resultados del examen del día 06 de marzo de 2014,
- Presentaba síntoma de alarma (Dolor abdominal intenso y mantenido).

Debido a lo expuesto encuentra el despacho que la menor al ingresar por segunda vez al centro hospitalario, presentaba la sintomatología necesaria para presumir que padecía la enfermedad dengue, empero los médicos tratantes al no reformular el primer diagnóstico y tener en cuenta los resultados de los exámenes realizados, sin ningún motivo los pasa por alto y decide dar de alta a la paciente.

Sumado a lo anterior y sin ser menos relevante, los médicos con la obligación de ceñirse a la guía para la atención clínica integral del paciente con dengue, omiten sin razón alguna practicar la prueba de torniquete como lo establece la referida guía, la cual además acota:

*"Prueba de torniquete: La prueba de torniquete permite evaluar la fragilidad capilar y orienta el diagnóstico del paciente con dengue, pero no define su severidad, **esta deberá ser realizada obligatoriamente en todos los casos probables de dengue durante el examen físico. Los pacientes con dengue frecuentemente tienen prueba de torniquete es positiva** pero NO hace diagnóstico de dengue grave y si es negativa no descarta la probabilidad de dengue.⁴⁵"*

Significa esto, que "iii) El profesional omitió utilizar oportunamente todos los recursos técnicos y científicos a su alcance para determinar con precisión cuáles la enfermedad que sufre el paciente."; omitiendo una obligación de atención impuesta por el Ministerio de Protección Social, sino que además "vi) Existe una omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto.", circunstancia que despojo de oportunidad a la menor de gozar con un diagnóstico a tiempo, lo que habría permitido brindar una atención anticipada y por consiguiente reducir la mortalidad de la enfermedad, conforme a lo establecido en la guía para la atención clínica integral del paciente con dengue:

"(...) La mortalidad por dengue es evitable en el 98% de los casos y está estrechamente relacionada con la calidad en la atención de paciente, la identificación precoz de los casos busca principalmente evitar mortalidad

(...)

.4. COMPLICACIONES Y FORMAS GRAVES E INUSUALES DE DENGUE

2.4.1. Choque por dengue

⁴⁵ Ibidem

*Está presente en la inmensa mayoría de los enfermos que agravan y fallecen, como causa directa de muerte o dando paso a complicaciones tales como: hemorragias masivas, coagulación intravascular diseminada, edema pulmonar no cardiogénico, fallo múltiple de órganos (síndrome de hipoperfusión-reperfusión). Más que complicaciones del dengue se trata de complicaciones del choque prolongado o recurrente. **Prevenir el choque o tratarlo precoz y efectivamente significa prevenir las demás complicaciones del dengue y evitar la muerte (...)*** (Negrilla fuera de texto)

Por lo expuesto encuentra el despacho que en el caso *sub examine*, se acredita la falla en el servicio por los daños derivados de un error de diagnóstico, al encontrar acreditado⁴⁶:

iii) El profesional omitió utilizar oportunamente todos los recursos técnicos y científicos a su alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente; A pesar de que la paciente presentó un examen con leucopenia leve y anemia leve, el galeno pasa por alto el resultado de los exámenes practicados para el segundo ingreso, con el fin de reevaluar el diagnóstico de la paciente y determinar con precisión la enfermedad que la aquejaba.

v) El galeno interpretó indebidamente los síntomas que presentó el paciente; Conforme a lo registrado en la historia clínica el galeno al segundo ingreso de la menor, paso por alto los síntomas, exámenes y lugar de residencia, de Karen Julieth Palacio, desconociendo e interpretando la sintomatología de forma errada, omitiendo lo dispuesto para la atención clínica integral del paciente con dengue

vi) Existe una omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto.”; El médico tratante omitió realizar sin razón alguna en el segundo ingreso y a pesar de la sintomatología de la menor, la prueba de torniquete, la cual es exigida en lugares endémicos, máxime cuando hay presencia de síntomas relacionados a los que presentaba la paciente.

Además, evidencia el despacho que las falencias en el diagnóstico de la menor consecuentemente despliegan las prerrogativas necesarias para imputar a la entidad demandada el daño por pérdida de oportunidad, al respecto el Tribunal Administrativo de Boyacá⁴⁷, dispuso:

*“16. Los supuestos de responsabilidad en la pérdida de oportunidad 16.1. Respecto a los supuestos del daño por pérdida de oportunidad, la Sala precisa que pueden presentarse de dos maneras, uno positivo -chance de gain- y otro negativo -chance créviter une perte-23. Positiva, cuando la víctima tiene **la expectativa legítima de recibir un beneficio o adquirir un derecho, pero por la conducta de un tercero se frustra definitivamente la esperanza de concreción.** Negativa, cuando la víctima está sumergida en un curso causal desfavorable y tiene la expectativa que por la intervención de un tercero se evite o*

⁴⁶ Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 02 de mayo de 2018, CP. Jaime Orlando Santofimio Gamboa; Exp.63001-23-31-000-2000-00519-01(39952)

⁴⁷ Tribunal Administrativo de Boyacá, Sala No.4, MP. JOSÉ ASCENCIÓN FERNÁNDEZ OSORIO, Radicado: 1523833330012013-00002-01, del 27 de noviembre de 2018

*eluda un perjuicio, **pero que en razón de la omisión o de la intervención defectuosa de dicho tercero, el resultado dañoso se produce y la víctima padece el perjuicio indeseado**⁴⁸.*

16.2. En materia médica los supuestos de daño por pérdida de oportunidad en su perspectiva negativa se suelen presentar, de un lado, por la privación de las expectativas de sobrevivir y, del otro, por la privación de la esperanza de curarse, restablecerse o mejorar su estado de salud^{49,50}

En tal sentido, precisa el despacho que i) de haberse tenido en cuenta los resultados de los exámenes realizados el 06 de marzo de 2014, los cuales arrojaron leucopenia leve y anemia leve; ii) de haber tenido en cuenta además la sintomatología de la menor - fiebre y dolor agudo abdominal - iii) de haber tenido en cuenta la alerta por transmisión del dengue en el municipio de Puerto Boyacá el cual además es catalogado como zona endémica iv) de haberse realizado nuevamente el diagnóstico a la menor a su segundo ingreso y posterior salida el 06 de marzo de 2014, conforme a la *lex artis*; vi) de haberse actuado conforme a la guía para el tratamiento de casos de dengue, el cual para la fecha y conforme a la sintomatología de la menor debido ser aplicado y por consiguiente realizarse la prueba de torniquete, posiblemente la menor no solo habría recibido el diagnóstico acertado, sino que además conforme a la guía de atención del paciente del dengue al realizarse un diagnóstico precoz de la enfermedad, posiblemente podría haberse evitado el desenlace final, esto y tanto conforme a la historia clínica, después de dar de alta a la menor el día 06 de marzo de 2014, en el reingreso del día 08 de marzo de 2014, el estado de salud de la menor ya presentaba un debilitamiento considerable en su nivel de plaquetas y por consiguiente en su recuperación, circunstancia que se presentó por dar de alta a la menor sin la debida diligencia, cuidado y vigilancia a la sintomatología y evolución del estado de salud de la menor, razón por la cual advierte el despacho la pérdida de oportunidad al *iii) omitir utilizar oportunamente todos los recursos técnicos y científicos al alcance del médico tratante para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente, v) interpretar indebidamente los síntomas que presentó el paciente y vi) Existir una omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto.*

⁴⁸ Giraldo Gómez precisa que en el ámbito de la responsabilidad del Estado por actividades médicas, la vertiente negativa es la más común, ya que el paciente no tiene en sí la esperanza de obtener un beneficio real, todo lo contrario, al estar involucrado dentro de una ruta patológica y clínicamente adversa a sus intereses que lo puede conducir a sufrir los efectos de un perjuicio cierto y definitivo, tiene la esperanza de que un profesional de la medicina interrumpa el curso causal irreversible; sin embargo, la oportunidad del paciente se extingue por la omisión o la defectuosa atención de la entidad prestadora del servicio de salud, con lo que se produce indefectiblemente la muerte o la lesión. Cfr. GIRALDO GÓMEZ, Luis Felipe, La pérdida de la oportunidad en la representación civil. Su aplicación en el campo de la responsabilidad civil médica, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 2011, p. 178 a 187.

⁴⁹ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 3 de mayo de 1999, rad. 11943, M.P. Jesús María Carrillo Ballesteros: "La Sala al resolver el caso sub-exámene, tiene en cuenta que en la doctrina y en la jurisprudencia francesa, existe una corriente, según la cual, procede la pretensión indemnizatoria cuando **la muerte o el desmejoramiento de la salud ocurre por la pérdida de una oportunidad de sobrevivir o de curación -pérte d' une chance, de survie, de guérison-. En estos eventos, la actuación del servicio, estructuralmente concebido, se reputa fallido y como consecuencia de ello se frustran las posibilidades de curación.** En el caso bajo estudio, bien puede afirmarse que la inactividad en la consecución de la escenografía, creó un riesgo injustificado, es decir, generó un estado de peligro - création fautive d'un état dangereux- que el paciente no estaba obligado a soportar. En armonía con lo hasta aquí expuesto, en el caso sub-exámene el daño resarcible se concreta **en la disminución de las probabilidades de sobrevivir o de sanar**". Sección Tercera, sentencia del 10 de junio del 2014, rad. 25416, M.P. Ricardo Hoyos Duque: "Debe advertirse que para que haya lugar a la reparación **no es necesario acreditar que una adecuada prestación del servicio médico asistencial hubiera impedido el daño, pues basta con establecer que la falla del servicio le restó al paciente oportunidades de sobrevivir o de curarse**". Sección Tercera, sentencia del 26 de abril de 1999, rad. 10755, M.P. Ricardo Hoyos Duque: "Si bien es cierto que no existe certeza en cuanto a que de haberse realizado un tratamiento oportuno el paciente no hubiera muerto pues nunca se tuvo un diagnóstico definitivo de la enfermedad que padecía, sí lo es en cuanto a que el retardo de la entidad le restó oportunidades de sobrevivir. Se trata en este caso de lo que la doctrina ha considerado como una "pérdida de una oportunidad". Sección Tercera, sentencia del 14 de junio del 2011, rad. 13006, M.P. María Elena Giraldo Gómez: "La Sala desconoce el grado de dolencia cardíaca de la paciente y por lo mismo ignora, por la falta de conocimiento científico médico, si en el evento de que se le hubiese hospitalizado aquella hubiese sobrevivido; pero lo que sí conoce es que está probado que **la omisión administrativa, en hospitalizar la paciente, le frustró la oportunidad de intentar recuperarse**".

⁵⁰ Tribunal administrativo de Boyacá citando al Consejo de Estado, sentencia de 05 de abril de 2017, proferida por la Sección Tercera, CP. Dr. Ramiro Pazos Guerrero, RI. 25706.

Que debido a lo anterior encuentra el despacho acreditado los elementos necesarios para imputar la causación del daño por pérdida de oportunidad a la entidad E.SE HOSPITAL JOSE CAYETANO VASQUEZ y por lo tanto declararla responsable patrimonial y extramatrimonialmente por la muerte de la menor KAREN JULIETH PALACIO ALVAREZ el día 09 de marzo del 2014.

5.9. Liquidación de perjuicios

Los demandantes solicitan el pago de los siguientes perjuicios:

NOMBRE	RELACIÓN CON LA VÍCTIMA	PERJUICIO	VALOR SOLICITADO
JENIFER RUBELY ALVAREZ VELEZ	Madre	Perjuicios Morales	Cien (100) S.M.L.M.V.
DAVID ARQUÍMEDES PALACIO VARGAS	Padre	Perjuicios Morales	Cien (100) S.M.L.M.V.
JUAN DAVID PALACIO ALVAREZ	Hermano	Perjuicios Morales	Cien (100) S.M.L.M.V.
MARTHA CECILIA VELEZ VERGARA	Abuela materna	Perjuicios Morales	Cien (100) S.M.L.M.V.
ARQUÍMEDES PALACIO LETRADO	Abuelo paterno	Perjuicios Morales	Cien (100) S.M.L.M.V.
ANGY CAROLINA VELEZ VERGARA	Tía materna	Perjuicios Morales	Cien (100) S.M.L.M.V.
JENIFER RUBELY ALVAREZ VELEZ	Madre	Lucro cesante futuro	\$23.716.657
DAVID ARQUÍMEDES PALACIO VARGAS	Padre	Lucro cesante futuro	\$23.716.657

5.9.1 De los perjuicios Morales:

Al respecto, en sentencia del 28 de agosto de 2014⁵¹ la Sección Tercera del Consejo de Estado unificó su jurisprudencia en cuanto al reconocimiento y tasación de los perjuicios morales, en donde dijo que el concepto del perjuicio moral se encuentra compuesto por el dolor, la aflicción y en general los sentimientos de desesperación, congoja, desasosiego, temor, zozobra, etc., que invaden a la víctima directa o indirecta de un daño antijurídico, individual o colectivo.

⁵¹ Sentencia de 28 de agosto de 2014. Exp. 26.251 M.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa; y Exp. 27.709 M.P. Carlos Alberto Zambrano.

Para la reparación del daño moral, en caso de muerte, se han diseñaron cinco niveles de cercanía afectiva entre la víctima directa y aquellos que acuden a la justicia en calidad de perjudicados o víctimas indirectas y su correspondiente tope indemnizatorio:

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 2º de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)	Relación afectiva del 3º de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4º de consanguinidad o civil	Relaciones afectivas no familiares-terceros damnificados
Porcentaje	100%	50%	35%	25%	15%
Equivalencia en smlmv	100	50	35	25	15

Para los niveles 1 y 2 se requerirá la prueba del estado civil o de la convivencia de los compañeros. Para los niveles 3 y 4, además, se requerirá la prueba de la relación afectiva. Para el nivel 5 deberá ser probada la relación afectiva.

Ahora bien, en el *sub examine* se encuentra acreditado que Jenifer Rubely Alvarez Velez (Madre), David Arquímedes Palacio Vargas (Padre), son los padres de la menor fallecida Karen Julieth Palacio Alvarez, conforme a registro civil de nacimiento (Fl.68) y la copia respectiva de las cédulas de ciudadanía de los padres. Por lo que se le reconocerá su derecho indemnizatorio.

Respecto de Juan David Palacio Alvarez (hermano), se encuentra acreditado que es hermano de Karen Julieth Palacio Alvarez, conforme a registro civil de nacimiento del menor (Fl.71). Por lo que se le reconocerá su derecho indemnizatorio.

Aunado a lo anterior respecto de Martha Cecilia Velez Vergara, abuela materna, se encuentra acreditado con copia del registro civil de nacimiento de Jenifer Rubely Alvarez Velez (Fl. 70), que es madre de la progenitora de Karen Julieth Palacio Alvarez y por lo tanto es su abuela; Frente al parentesco de Arquímedes Palacio Letrado, Abuelo paterno, se encuentra acreditado con copia del registro civil de nacimiento de David Arquímedes Palacio Vargas (Fl. 267, que es padre del progenitor de Karen Julieth Palacio Alvarez y por lo tanto es su abuelo, además de esto, conforme a lo testimonios rendidos se comprobó la relación de convivencia:

- Testimonio de YURY JESENIA DIAZ OSORIO obrante en CD folio 475:

"(Minuto 21:07) **PREGUNTADO:** Manifiéstele a este despacho si usted conoce a la señora Jenifer Rubely Alvarez Velez y en caso afirmativo porque la conoce, **CONTESTÓ:** La conozco de toda la vida desde que éramos muy niñas en la misma cuadra hemos vivido y todo; (Minuto: 21:25) **PREGUNTADO:** Conoció usted a la menor KAREN JULIETH PALACIO ALVAREZ y en caso afirmativo indique las razones de su conocimiento, **CONTESTÓ:** Sí señor la conocí desde que nació desde que estaba bebé; (Minuto 21:41) **PREGUNTADO:** manifiéstele a este despacho quienes componen el núcleo familiar de la menor que un día se llamó KAREN JULIETH PALACIO ALVAREZ, **CONTESTÓ:** Sí señor lo confirmaba la mamá La papa y el niño y la tía que era donde ellos vivían; (Minuto 24:44) **PREGUNTADO:** Usted conoce a Martha Cecilia Velez Vergara, Arquímedes Palacio Letrado, **CONTESTÓ:** Sí señor los abuelos; **PREGUNTADO:** cada uno respectivamente abuelo y abuela, **CONTESTÓ:** Son abuelos uno por parte de papá y otro por parte de mamá; **PREGUNTADO:** hace cuanto los conoce, **CONTESTÓ:** pues ellos me conocen a mí de toda la vida porque hemos sido criados ahí en la misma cuadra; **PREGUNTADO:** Usted la conoce a ellos por razón a su vecindad, **CONTESTÓ:** Sí señor por la vecindad; **PREGUNTADO:** conoce usted a Angy Carolina Velez Vergara, **CONTESTÓ:** Sí señor la hermana y la tía de la menor que falleció; **PREGUNTADO:** por qué la conoce, **CONTESTÓ:** Pues de la misma cuadra y del colegio nos criamos desde muy niñas juntas; **PREGUNTADO:** Fue compañera de colegio de Angy, **CONTESTÓ:** No señor ella me lleva como 3 años más; **PREGUNTADO:** Manifiéstele al despacho si Angy Carolina Velez Vergara Vivió con KAREN JULIETH durante algún tiempo, **CONTESTÓ:** Siempre han vivido... vivían en el mismo lado en el mismo apartamento; **PREGUNTADO:** Indique cómo era la relación de Angy Carolina con KAREN JULIETH, **CONTESTÓ:** La quería mucho era prácticamente como una hija para ella."

- Testimonio de ANGY PAOLA BERNAL MONTAÑA obrante en CD folio 475:

"(Minuto 1:00:56) **PREGUNTADO:** Usted conoce a la señora Jenifer Rubely Alvarez Velez y en caso afirmativo por qué la conoce, **CONTESTÓ:** Sí señor; **PREGUNTADO:** por qué la conoce, **CONTESTÓ:** Porque somos de la misma cuadra del mismo barrio; **PREGUNTADO:** Hace cuánto que la conoce, **CONTESTÓ:** desde que nació; **PREGUNTADO:** Usted conoce al señor Arquímedes Palacio Letrado, **CONTESTÓ:** Sí señor; **PREGUNTADO:** Por qué lo conoce, **CONTESTÓ:** Sí señor era el abuelo de la niña y también él vivía allá en el barrio y mantenía muy pendiente de la niña; **PREGUNTADO:** Usted conoce a Angy Carolina Velez Vergara Y en caso afirmativo, por qué la conoce, **CONTESTÓ:** por lo mismo vivíamos en el mismo barrio éramos muy Unidos manteníamos hablando; **PREGUNTADO:** Qué relación existe entre Angy Carolina Velez y Jenifer Rubely Alvarez, **CONTESTÓ:** Son hermanas y son muy unidas; **PREGUNTADO:** Manifiéstele a la audiencia quienes componen el núcleo familiar de la menor que en vida se llamó KAREN JULIETH PALACIO ALVAREZ, **CONTESTÓ:** David Palacios, Angie Carolina Vélez, Marta, Juan David y Jennifer Álvarez; **PREGUNTADO:** Porqué de su conocimiento, **CONTESTÓ:** Por lo que vivíamos en el mismo barrio y éramos muy unidos en el barrio y vivíamos como a tres casas; **PREGUNTADO:** Cómo era La vida o el entorno familiar y social cuando la menor KAREN JULIETH PALACIO ALVAREZ vivía, como se desarrollaba su entorno familiar, **CONTESTÓ:** Muy bien se la iban muy bien cada vez que salían, salían con la niña que a fiestas que a recreación salían con la niña todos, eso eran muy unidos con la niña ... Incluso cuando falleció la niña ellos tuvieron que cambiarse de casa por lo mismo por muchos recuerdostodavía recuerdan la niña les da duro a los familiares; **PREGUNTADO:** Indíqueme a este despacho si le costa o sabe cuánto tiempo duró la menor hospitalizada, **CONTESTÓ:** Una semana; **PREGUNTADO:** hace cuanto conoce a KAREN JULIETH PALACIO, **CONTESTÓ:** Desde que nació; **PREGUNTADO:** Qué relación de parentesco tienen Jennifer Álvarez, David Arquímedes Palacio, Juan David Palacio con KAREN JULIETH, **CONTESTÓ:** Jennifer es la señora de Juan David Palacio y vivía con el niño Juan David, Karen, la mamá, la hermana y el marido de Jennifer; **PREGUNTADO:** Conoce usted a Martha Cecilia y Arquímedes Palacios, **CONTESTÓ:** Sí señor; **PREGUNTADO:** Hace cuánto los conoce, **CONTESTÓ:** Hace tiempo desde pequeña, desde que yo era una niña; **PREGUNTADO:** Ellos dos que son de Karen, **CONTESTÓ:** Arquímedes el abuelo y Marta la abuela; **PREGUNTADO:** La relación afectiva de ellos con la menor cómo era, **CONTESTÓ:** Muy Unidos mantenían pendientes de la niña; **PREGUNTADO:** Conoce usted Angy Carolina Vélez, **CONTESTÓ:** Sí señor; **PREGUNTADO:** Por qué la conoce, **CONTESTÓ:** Desde que vivíamos en el barrio hace muchísimo tiempo; **PREGUNTADO:** tiene algún parentesco con ella, **CONTESTÓ:** No señor amigas de ahí del barrio; **PREGUNTADO:** Cómo era la relación familiar de la familia con Karen Julieth, **CONTESTÓ:** Muy Unidos salían todos juntos a sus paseos a sus fiestas para nada había

violencia eran todos muy unidos con la niña; **PREGUNTADO:** Después de la muerte de la menor que observó de la familia, cuál fue su afectación sus repercusiones... **CONTESTÓ:** No todavía les da muy duro, todavía la recuerdan porque era una niña muy amable no era grosera con nadie, era muy amigable, no daba problemas, no se metía con nadie, no le daba problemas a la mamá ni a los familiares; **PREGUNTADO:** Cuáles fueron los cambios que tuvo la familia después de la muerte de la menor, **CONTESTÓ:** No pues ahí todavía lloran siguen unidos por lo del niño por lo que quedó Juan David.

- Testimonio de LUZ JUDITH PIÑA SALAS obrante en CD folio 475:

"(Minuto 1:23:20) **PREGUNTADO:** Manifiéstele a este despacho si usted conoce a la señora Jenifer Rubely Alvarez Velez y en caso afirmativo por qué la conoce, **CONTESTÓ:** Yo la conozco a ella de toda la vida, pero en sí amigas desde que ella se vino de Bogotá a vivir acá nuevamente; **PREGUNTADO:** Manifiéstele a este despacho si usted conoce Angy Carolina Vélez y en caso afirmativo por qué la conoce, **CONTESTÓ:** Ella es la hermana de Jeni; **PREGUNTADO:** Manifiéstele a este despacho si conoce a Martha Cecilia Velez y en caso afirmativo por qué la conoce, **CONTESTÓ:** Ella es la mamá de Jenny y la abuelita de Karen; **PREGUNTADO:...** y a Juan David Palacio Álvarez, **CONTESTÓ:** Ese es el hermanito de Karen el bebé de Jeni; **PREGUNTADO:** Manifiéstele a este despacho si usted conoció a la menor KAREN JULIETH PALACIO y en caso afirmativo por qué la conoció, **CONTESTÓ:** Porqué era la hija de Jeni y yo los veía juntos con el niño cuando salían a la calle en el barrio a compartir con la demás gente, cuando nos veíamos y ella mantenía mucho con el bebé pues jugaba con el hermanito; **PREGUNTADO:** Manifiéstele al despacho quienes componen el núcleo familiar de la menor que un día se llamó KAREN JULIETH PALACIO ALVAREZ, **CONTESTÓ:** Jenny que es la mamá David, el papa, Juan David el hermanito Marta la abuelita y Angy la tía; **PREGUNTADO:** Señale al despacho cuál era el entorno familiar de la menor KAREN JULIETH PALACIO ALVAREZ antes de su fallecimiento, **CONTESTÓ:** Ellos mantenían unidos salían juntos a la calle mantenían siempre juntos siempre los vi muy unidos; **PREGUNTADO:** Y después del fallecimiento Cómo se desarrolló el entorno familiar... **CONTESTÓ:** Tuvieron como problemas porqué de pronto ella no aceptaba que la menor hubiera muerto... empezaron como conflictos familiares... y es el momento que aún todavía le afecta.

Circunstancia que permite inferir al despacho la relación afectiva de la menor Karen Julieth y sus abuelos, por lo tanto, se presume el daño causado a los mismos con la muerte de su nieta Karen Julieth, razón por la cual se les reconocerá su derecho indemnizatorio.

Respecto de Angy Carolina Velez Vergara se encuentra acreditado con copia del registro civil de nacimiento (Fl. 73), que es hermana de Jenifer Rubely Alvarez Velez, y por consiguiente tía de la menor Karen Julieth, además de esto conforme a los testimonios anteriormente referidos se puede vislumbrar que a la pregunta de la conformación del núcleo familiar de la menor, todos los testigos respondieron de forma congruente y precisa que dentro de la conformación del núcleo se encontraba la tía de la menor, quien además convivía con Karen Julieth para la fecha de los hechos, circunstancia que permite a este despacho presumir la relación afectiva y el daño sufrido por Angy Carolina a causa de la muerte de la menor. Razón por la cual se les reconocerá su derecho indemnizatorio a los demandantes así:

NOMBRE	RELACIÓN CON LA VÍCTIMA	NIVEL DE PARENTESCO	PERJUICIO	VALOR RECONOCIDO
--------	-------------------------	---------------------	-----------	------------------

JENIFER RUBELY ALVAREZ VELEZ	Madre	1	Perjuicios Morales	Cien (100) S.M.L.M.V.
DAVID ARQUÍMEDES PALACIO VARGAS	Padre	1	Perjuicios Morales	Cien (100) S.M.L.M.V.
JUAN DAVID PALACIO ALVAREZ	Hermano	2	Perjuicios Morales	Cincuenta (50) S.M.L.M.V.
MARTHA CECILIA VELEZ VERGARA	Abuela materna	2	Perjuicios Morales	Cincuenta (50) S.M.L.M.V.
ARQUÍMEDES PALACIO LETRADO	Abuelo paterno	2	Perjuicios Morales	Cincuenta (50) S.M.L.M.V.
ANGY CAROLINA VELEZ VERGARA	Tía materna	3	Perjuicios Morales	Treinta y cinco (35) S.M.L.M.V.

5.9.2 Del Lucro Cesante Futuro

Al respecto conforme a la Sentencia de Unificación proferida por el Consejo de estado, Sección Tercer, Radicado 05001-23-31-000-2001-03068-01(46005), CP DANILO ROJAS BETANCOURTH, del seis (6) abril de dos mil dieciocho (2018), en cuanto al lucro cesante de los menores de edad que fallecen, dispuso:

"(...)

56. La presunción traída por Tribunal, si bien es de creación jurisprudencial, encuentra fundamento normativo en el artículo 411 del Código Civil, que establece que los ascendientes son titulares del derecho a recibir alimentos. Sin embargo, a juicio de la Sala, ella debe ser revisada debido a que lógicamente no puede coexistir –por contradecirla abiertamente– con aquella según la cual los padres contribuyen al sostenimiento económico de sus hijos hasta que éstos alcanzan los 25 años de edad.

57. En efecto, si el hijo requiere de la ayuda económica de sus padres hasta que cumple los 25 años es porque no está en capacidad de procurarse a sí mismo ni a un tercero todo lo que necesita para subsistir, de manera que no se ve cómo puede afirmarse válidamente que los padres de un hijo que fallece experimentan un lucro cesante por cuenta de este hecho. Tal como están las cosas en la jurisprudencia, pareciera que la regla conveniente se activa ad libitum dependiendo de quién demande como víctima.

58. Además, tampoco existe una regla de la experiencia que dé sustento a esta presunción cuando se conoce que los jóvenes, en Colombia, enfrentan importantes barreras para el

acceso y la permanencia en el mercado laboral⁵², al punto que se han adoptado medidas de política pública para enfrentar esta problemática⁵³.

59. Un informe publicado en 2017 por el Observatorio Laboral de la Universidad del Rosario señaló que 53% de los jóvenes entre los 15 y los 24 años de edad en las 13 principales ciudades del país estudian, que el 36% trabaja, que el 4,2% combina las dos actividades, y que el resto dedica su tiempo a buscar trabajo, a realizar oficios en el hogar u otras tareas como cuidar o atender niños o asistir a eventos de capacitación en algún tema⁵⁴. El DANE, por su parte, reveló que durante el trimestre comprendido entre los meses de noviembre 2017 y enero 2018, la tasa de ocupación para el total de personas entre los 14 y los 28 años fue solo del 48,3%, mientras que el desempleo alcanzó un porcentaje del 16,8%. En las áreas metropolitanas, esas cifras ascendieron al 49,6% y al 18,5% para la tasa de ocupación y de desempleo, respectivamente⁵⁵.

60. Finalmente, debe tomarse en consideración que el fundamento de la obligación alimentaria contenida en la legislación civil es doble: por un lado, la necesidad de quien los reclama y, por el otro, la capacidad de quien los debe. Esto significa que legalmente no se deben alimentos a quien tiene los medios para procurarse su propia subsistencia y que no está obligado a ellos aquel que no cuenta con los recursos económicos para proporcionarlos⁵⁶.

61. Lo anterior significa que desde el punto normativo tampoco existen razones para presumir que los hijos entre los 18 y los 25 años contribuyen con el sostenimiento económico de sus padres, cuando la exigibilidad de esta obligación no surge por la simple relación de parentesco, sino que demanda la configuración de dos situaciones de hecho: por un lado que el peticionario carezca de bienes y, por tanto, requiera los alimentos que solicita y, por el otro, que la persona a quien se le piden los alimentos tenga los medios económicos para procurarlos.

62. Con fundamento en lo expuesto, la Sala unificará su jurisprudencia para señalar que, en ausencia de prueba que demuestre (i) que los hijos contribuyen económicamente con el sostenimiento del hogar paterno o materno, porque materialmente están en condiciones de hacerlo, es decir, porque ejercen una actividad productiva que les reporta algún ingreso, y (ii) que los padres son beneficiarios de la obligación alimentaria porque no tienen los medios para procurarse su propia subsistencia, bien porque están desempleados, enfermos o sufren

⁵² Sin embargo, este no es un fenómeno exclusivo de nuestro país, como quedó en evidencia en el informe publicado por la OIT en 2015: "La creación de oportunidades de trabajo decente para jóvenes es uno de los grandes desafíos que deben enfrentar los países de América Latina y el Caribe. En 2015 hay alrededor de 108 millones de personas entre 15 y 24 años en esta región. De ellos, poco más de la mitad forman parte de la fuerza laboral.// Cuando los jóvenes trabajadores inician su vida productiva el primer obstáculo a superar es el de un desempleo elevado, con tasas que son de dos a cuatro veces superiores a las de los adultos en esta región. Con demasiada frecuencia salen en busca de un trabajo y vuelven a sus casas desilusionados sin conseguir nada.// Pero el panorama laboral de los jóvenes es aún más complejo. Cuando finalmente logran conseguir un empleo suele ser en la informalidad, con malas condiciones laborales, inestabilidad, bajos salarios, sin protección ni derechos. En la actualidad son informales seis de cada 10 nuevos trabajos disponibles para los jóvenes latinoamericanos y caribeños.// Al menos 27 millones de jóvenes que ya están insertos en el mercado laboral deben conformarse con estos empleos de mala calidad". Organización Internacional de Trabajo, "Formalizando la informalidad juvenil", 2015, disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_359270.pdf, página consultada el 5 de abril de 2018.

⁵³ En 2016, el Congreso de la República expidió la Ley 1780, por medio de la cual se promueve el empleo y el emprendimiento juvenil.

⁵⁴ Vanessa Ospina Cartagena, Andrés García-Suaza y otros, "Perfil juvenil urbano de la inactividad y el desempleo en Colombia", Observatorio de Derecho Laboral de la Universidad del Rosario, marzo 2017, disponible en https://docs.wixstatic.com/ugd/c80f3a_aa28c62105494d98bd626affbf038613.pdf, página consultada el 5 de abril de 2018.

⁵⁵ Departamento Nacional de Planeación, Gran Encuesta Integrada de Hogares, Mercado Laboral de la Juventud, marzo de 2018, disponible en https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/juventud/Bol_eje_juventud_nov17_ene18.pdf, página consultada el 5 de abril de 2018.

⁵⁶ Corte Constitucional, sentencia C-919 de 2001, M.P. Jaime Araújo Rentería.

de alguna discapacidad, no puede presumirse que la muerte de una persona menor de 25 años genera una pérdida de ingresos cierta a favor de sus padres.

(...)”

Que teniendo en cuenta lo anterior, el despacho no encontró probado en el *sub lite*, los elementos señalados en la jurisprudencia citada que permitan inferir una pérdida de ingresos a favor de los padres de la menor Karen Julieth, además tampoco existe prueba en el plenario que permita vislumbrar que los padres de la menor no tuvieran los medios para procurarse su propia subsistencia, esto es, no existe prueba que permita inferir que los progenitores “*están desempleados, enfermos o sufren de alguna discapacidad*”, razón por la cual será negada dicha condena suplicada por los demandantes.

6. De la condena en costas.

El artículo 188 de la Ley 1437 de 2011, dispone que salvo en los procesos en que se ventile un interés público, la sentencia dispondrá sobre la condena en costas, cuya liquidación y ejecución se registrarán por las normas del Procedimiento Civil acogiendo un régimen objetivo. A su turno, el artículo 365 del Código General del Proceso establece que se condenará en costas a la parte vencida en el proceso y dicha condena se hará en la sentencia, así mismo que dicha condena está sujeta según el numeral 9º ídem, a que en el expediente aparezca que se causaron y en la medida de su comprobación. No obstante, dado que las pretensiones prosperaron parcialmente, el Despacho se abstendrá de condenar en costas en aplicación del numeral 5º del artículo 365 del CGP.

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO SEXTO ADMINISTRATIVO DE ORALIDAD DEL CIRCUITO DE TUNJA**, administrando Justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

F A L L A

PRIMERO: DECLARAR no probadas las excepciones de falta de causa petendi, falta de causa para promover la acción e innominada o genérica formuladas por la ESE Hospital Jose Cayetano Vásquez del municipio de Puerto Boyacá, conforme lo expuesto en la parte considerativa de la presente providencia.

SEGUNDO: DECLARAR administrativamente responsable a la **ESE HOSPITAL JOSE CAYETANO VÁSQUEZ** del municipio de Puerto Boyacá, por los perjuicios materiales e inmateriales causados a los demandantes con ocasión de la muerte de la menor Karen Julieth Palacio Alvarez, de acuerdo a la parte motiva de la providencia.

TERCERO: CONDENAR a la ESE Hospital Jose Cayetano Vásquez del municipio de Puerto Boyacá, a pagar las siguientes sumas por concepto de daño moral:

NOMBRE	RELACIÓN CON LA VÍCTIMA	NIVEL DE PARENTESCO	PERJUICIO	VALOR RECONOCIDO
JENIFER RUBELY ALVAREZ VELEZ	Madre	1	Perjuicios Morales	Cien (100) S.M.L.M.V.
DAVID ARQUÍMEDES PALACIO VARGAS	Padre	1	Perjuicios Morales	Cien (100) S.M.L.M.V.
JUAN DAVID PALACIO ALVAREZ	Hermano	2	Perjuicios Morales	Cincuenta (50) S.M.L.M.V.
MARTHA CECILIA VELEZ VERGARA	Abuela materna	2	Perjuicios Morales	Cincuenta (50) S.M.L.M.V.
ARQUÍMEDES PALACIO LETRADO	Abuelo paterno	2	Perjuicios Morales	Cincuenta (50) S.M.L.M.V.
ANGY CAROLINA VELEZ VERGARA	Tía materna	3	Perjuicios Morales	Treinta y cinco (35) S.M.L.M.V.

CUARTO: NEGAR las demás pretensiones de la demanda.

QUINTO: Abstenerse de condenar en costas conforme lo expuesto en precedencia.

SEXTO: Notificar a las partes conforme a lo dispuesto en el artículo 203 del CPACA.

SÉPTIMO: En firme la sentencia, archívese el proceso previa anotación en el programa "Justicia Siglo XXI". Si al liquidarse los gastos ordinarios del proceso quedaren remanentes a favor del depositante, se ordena la devolución correspondiente. Desde ahora se autoriza la expedición de las copias auténticas y digitales que soliciten las partes sin necesidad de auto que así lo disponga.

Notifíquese y cúmplase



HERVERTH FERNANDO TORRES OREJUELA
Juez