



**JUZGADO TREINTA Y OCHO ADMINISTRATIVO ORAL  
CIRCUITO JUDICIAL BOGOTÁ D.C.  
SECCIÓN TERCERA**

**Juez:** *ASDRÚBAL CORREDOR VILLATE*

**Bogotá D.C.**, cuatro (4) de marzo de dos mil diecinueve (2019)

**Medio de Control:** Reparación Directa  
**Radicación:** 110013336038201400488 00  
**Demandante:** Ángel Alberto Pacheco Tique y Otros  
**Demandado:** Nación - Ministerio de Defensa Nacional -  
Ejército Nacional  
**Asunto:** Fallo primera instancia

El Despacho pronuncia sentencia de primera instancia dentro del proceso de la referencia, dado que el trámite se agotó en su integridad y no se aprecia ningún vicio que invalide lo actuado.

**I.- DEMANDA**

**1.- Pretensiones**

Con la demanda se piden las siguientes declaraciones y condenas:

1.1.- Se declare que la **NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - EJÉRCITO NACIONAL** es administrativamente responsable de los perjuicios materiales y morales causados a la menor **AB**<sup>1</sup>, a sus padres **ÁNGEL ALBERTO PACHECO TIQUE** y **LEYDY FAINSURI BRIÑAS BECERRA**, y a su abuela paterna señora **ERMINDA TIQUE**, por la presunta falla en el servicio consistente en la omisión de diagnóstico en la consulta efectuada el 25 de mayo de 2012.

<sup>1</sup> En consideración a que los hechos de la presente acción involucran cuestiones que se relacionan con la órbita personal de un menor, la cual está protegida por su derecho fundamental a la intimidad, en aplicación de los parámetros de protección instituidos en la Ley 1098 de 2006 "Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia", y con el fin de proteger sus derechos, en esta providencia se cambia su nombre y en toda futura publicación de la misma, en tal virtud, se reemplaza el nombre de la menor por las siglas AB, salvo en la parte resolutive.

1.2.- Se condene a la **NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – EJÉRCITO NACIONAL** a pagar a cada uno de los demandantes el equivalente de 100 SMLMV por concepto de perjuicios morales.

1.3.- Se condene a la **NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – EJÉRCITO NACIONAL** por concepto de perjuicios materiales tasados de acuerdo a los parámetros establecidos en el precedente jurisprudencial del Consejo de Estado.

1.4.- Se condene a la **NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – EJÉRCITO NACIONAL** por la cantidad 100 SMLMV a favor de la menor **AB** por concepto de daño a la vida en relación.

## **2.- Fundamentos de hecho**

Según lo reseñado en el escrito de la demanda, el Despacho los sintetiza así:

2.1.- El día 3 de septiembre de 2011 nació la menor **AB**, quien posteriormente fue atendida por la **DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR** en las ciudades de Ibagué, y de Bogotá, D.C.

2.2.- Días después de su nacimiento, a los 8 días de nacida la niña **AB** fue hospitalizada por hiperbilirrubinemia, de modo que fue tratada con fototerapia.

2.3.- En el mes de abril del año 2012 presentó un cuadro de diarrea con gastroenteritis, debido a ello fue atendida de forma sintomática.

2.4.- El día 16 de abril de 2012 de nuevo fue hospitalizada en el Hospital Militar Central, por presentar un cuadro diarreico agudo de 15 días de evolución.

2.5.- El día 25 de mayo de 2012 la menor **AB** fue atendida por el Dispensario de Sanidad Sur de la ciudad por presentar un cuadro clínico de tos seca, congestión nasal, y supuración por los ojos, en la cual se dio un manejo a la conjuntivitis bacteriana, pero que hubo omisión de diagnóstico de los síntomas respiratorios.

2.6.- Insiste en que en la anterior nota médica se consignaron las siglas “CP” correspondientes a una cardio pulmonar normal, lo cual considera que no se

encuentra acorde con la realidad, porque no refleja una exploración exhaustiva de los signos vitales respiratorios.

2.7.- Hace énfasis sobre la ausencia de valoración de la sintomatología respiratoria de la menor **AB**, debido a que en la consulta del 25 de mayo de 2012 no se hizo mención de la condición del murmullo vesicular, ni de la ventilación, así como tampoco de la presencia o ausencia de ruidos sobre agregados.

2.8.- El día 27 de mayo de 2012 la menor **AB** por persistir los problemas respiratorios acudió al Hospital Militar Central, en donde le diagnosticaron un cuadro de 6 días de evolución de rinorrea nasal, secreción conjuntival bilateral, eritema conjuntival sin picos febriles, por lo que fue hospitalizada para tratar dicho cuadro clínico.

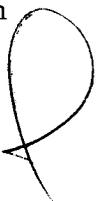
2.9.- El tratamiento médico brindado a la menor con ocasión a la consulta efectuada el 27 de mayo de 2012, consistente en las micro-nebulizaciones realizadas en urgencias, así como los exámenes de laboratorio y de RX, debían haberse brindado desde la primera consulta, para así evitar una infección pulmonar.

2.10.- Precisa que aquellos procedimientos médicos fueron suministrados de forma tardía a la paciente para el manejo bronco-espasmo, por cuanto no lograron su estabilización, comoquiera que permaneció en estancia pediátrica hasta el 31 de mayo de 2012, y posteriormente fue trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos por inminencia de falla respiratoria, por lo que fue tratada con oxígeno al 50%, líquidos y ampicilina sulbactam.

2.11.- El 1° de junio de 2012, ante la persistencia de la dificultad respiratoria, se dio inicio a la ventilación mecánica no invasiva por 4 horas en la mañana y 2 horas en la tarde.

2.12.- El día 2° de junio de 2012 presentó episodios de fiebre, y con ocasión de la práctica del examen de RX le fue diagnosticado un neumotórax, por lo que fue objeto de una intervención quirúrgica para colocarle un tubo torácico.

2.13.- El día 3 de junio de 2012, la menor presentó shock séptico refractario a cristaloides, tratado con inotrópicos positivos, empleándose ventilación mecánica permanente.



2.14.- El día 8 de junio de 2012, tras decidirse la extubación de la paciente, fue retirada la ventilación mecánica continuando con oxígeno. Sin embargo, el día 10 de junio de 2012 de nuevo fue tratada con ventilación mecánica por presentar síndrome de dificultad respiratoria con estado infeccioso.

2.15.- En la unidad de cuidados intensivos del Hospital Militar Central, la menor **AB** presentó varias complicaciones como episodios de diarrea, desbalance hidroelectrolítico, reacciones post transfusionales, infección nosocomial, neumotórax por ventilación mecánica.

2.16.- El 20 de junio de 2012 fue trasladada a piso por presentar mejoría en su sintomatología.

2.17. – El 28 de junio de 2012, la menor **AB** fue dada de alta en condiciones de desadaptación física secundaria, desnutrición e hipotonía.

2.18.- Ante lo anterior se presentó queja contra el Dispensario Médico del Ejército Nacional, cuya Directora dio respuesta basada en las disculpas presentadas por el médico tratante, Dr. Manuel Vanegas.

2.19.- Reprocha la falla del médico configurada en la consulta atendida por el médico Dr. Manuel Vanegas, por su omisión de brindar el diagnóstico oportunamente, puesto que de los controles posteriores dados a la paciente, como el fechado el 25 de febrero de 2013, se constata que la menor **AB** desarrolló “*SÍNDROME HIPOTÓNICO RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR*”.

### **3.- Fundamentos de derecho**

El apoderado de la parte demandante señaló como fundamentos jurídicos los artículos 1, 2 y 90 de la Constitución Política de Colombia, los artículos 2341 a 2348 del C. C., el artículo 267 del CPACA y el artículo 16 de la Ley 446 de 1998.

## **II.- CONTESTACIÓN**

### **2.1. – Nación – Ministerio de Defensa Nacional – Ejército Nacional**

La apoderada judicial de esta entidad el 11 de mayo de 2015 dio contestación a la demanda manifestando que no le constan los hechos.

Sede Judicial del CAN - Carrera 57 No. 43-91 Piso 5º  
Correo: [admin38bta@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:admin38bta@cendoj.ramajudicial.gov.co)  
Bogotá D.C.

Se opuso a las pretensiones del libelo demandatorio ante ausencia de responsabilidad administrativa extracontractual.

### **III.- TRAMITE DE INSTANCIA**

La demanda se presentó el 12 de agosto de 2014<sup>2</sup> en la Oficina de Apoyo para los Juzgados Administrativos de Bogotá, D.C., siendo repartida en la misma fecha a este Despacho Judicial.

Ulteriormente, el Juzgado por auto del 7 de octubre de 2014<sup>3</sup> dispuso la admisión del medio de control de reparación directa. Posteriormente, el 17 de febrero de 2015, vía correo electrónico, se surtieron las notificaciones a la Procuraduría 80 Judicial Administrativa de Bogotá, a la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, al Ministerio de Defensa Nacional y al Ejército Nacional.

Seguidamente, se corrieron los traslados previstos en los artículos 172 y 199 del CPACA desde el 18 de febrero y hasta el 14 de mayo de 2015.

La Nación – Ministerio de Defensa – Ejército Nacional, dio contestación el 11 de mayo de 2015, es decir dentro del término.

El día 28 de marzo de 2016<sup>4</sup>, se dio inicio a la audiencia inicial en la cual se evacuó la etapa de saneamiento, de igual manera se dispuso rechazar por extemporánea la adición de la demanda presentada por la parte demandante, cuya decisión fue objeto de apelación por el profesional del derecho. Seguidamente, el Despacho en audiencia resolvió rechazar el recurso de alzada por improcedente.

De manera concomitante, la negativa de concesión del recurso de apelación fue objeto de los recursos de reposición y de queja por parte del apoderado judicial del demandante. Frente a ello, el Juzgado en la misma audiencia dispuso negar el primero y conceder el segundo de los mencionados ante el Tribunal Administrativo de Cundinamarca.

---

<sup>2</sup> Vuelto del folio 112 del Cuaderno 1

<sup>3</sup> Folio 125 del Cuaderno 1

<sup>4</sup> Folio 413 a 414 del Cuaderno 5



Posteriormente, el Tribunal Administrativo de Cundinamarca mediante auto del 22 de septiembre de 2016<sup>5</sup> resolvió declarar bien denegado el recurso de apelación.

El 26 de enero de 2017<sup>6</sup> se dio continuación a la audiencia inicial, en la cual se resolvió cada una de las solicitudes formuladas por el apoderado judicial de la parte demandante, entre ellas la solicitud de nulidad, los recursos de reposición, el recurso de apelación, principalmente porque el Despacho en anterior audiencia le reiteró que fue rechazada por extemporánea la adición de la demanda.

En esta oportunidad, el Juzgado abordó el estudio de la excepción previa propuesta por la demandada, denominada indebida integración del litis consorcio necesario, la que se declaró improcedente. De igual manera, el Despacho de oficio abordó el estudio de los medios exceptivos de caducidad y falta de legitimación en la causa por activa y por pasiva, de tal forma que tampoco prosperaron.

Igualmente, fueron evacuados los demás tópicos de fijación del litigio, se exhortó a las partes para que conciliaran sus diferencias sin existir ánimo conciliatorio, asimismo el Despacho decretó las pruebas documentales aportadas por la parte demandante, y ordenó oficiar al Dispensario Médico del Sur y al Hospital Militar Central.

De igual manera, de oficio se decretó como prueba la remisión de la menor al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, con el fin de que se le realizara una valoración médica, que determinara su estado de salud, si la atención médica brindada fue oportuna y acorde con la patología, y se constatare sobre la existencia de posibles secuelas.

Luego, en audiencias del 11 de julio de 2017<sup>7</sup>, 2 de noviembre de 2017<sup>8</sup> y 26 de abril de 2018<sup>9</sup> fueron incorporadas las documentales remitidas por el Dispensario Médico Cantón Sur<sup>10</sup>, el Dispensario Médico Suroccidente “Héroes

---

<sup>5</sup> Folios 51 a 52 del Cuaderno 4

<sup>6</sup> Folios 422 a 429 del Cuaderno 5

<sup>7</sup> Folios 461 a 463 del Cuaderno 5

<sup>8</sup> Folios 512 a 514 del Cuaderno 5

<sup>9</sup> Folios 515 a 516 del Cuaderno 5

<sup>10</sup> Folios 433 a 454 del Cuaderno 5



de Sumapaz<sup>11</sup>, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses<sup>12</sup> y el Hospital Militar Central<sup>13</sup>. En la última, se dejó constancia de la imposibilidad de contradicción del dictamen por la reiterada inasistencia del apoderado judicial de la parte demandante, y de la Profesional Especializada Forense Dra. Magdolin Laila Hassan Afifi Alonso. De igual manera, se dispuso declarar finalizada la etapa probatoria, y se corrió traslado para presentar alegatos de conclusión. El mismo término se concedió al Ministerio Público para que rindiera su concepto.

#### IV.- ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

##### 1. – Nación – Ministerio de Defensa - Nacional Ejército Nacional

La apoderada judicial de la demandada el 8 de mayo de 2018<sup>14</sup> presentó sus alegatos de conclusión se opuso a cada una de las pretensiones, porque la entidad no puede ser considerada como agente de responsabilidad en el presente asunto pues prestó de forma oportuna los servicios médicos a la menor **AB**.

Refiere que en la consulta del 25 de mayo de 2012, no se estructura la falla médica aludida por los demandantes debido a que por tratarse de un diagnóstico inicial no es un concepto médico definitivo de una enfermedad, puesto que se sujeta a la investigación y confirmación del resultado de exámenes de laboratorio.

Insiste que la Dirección de Sanidad Militar, y los galenos de la entidad no incurrieron en la omisión endilgada por los demandantes, habida cuenta que ellos actuaron de forma oportuna en la atención, y emplearon la idoneidad en la prescripción de las órdenes médicas. De manera simultánea, solicita la negación de las pretensiones, dado que la misma parte actora expresó en su escrito demanda desconocer el daño a la salud, y por tal razón considera que no hay lugar a reconocer la reparación demandada, porque ni siquiera los demandantes tienen conocimiento del mismo, y tampoco aparece probado el nexo de causalidad del daño antijurídico.

<sup>11</sup> Folios 503 a 505 del Cuaderno 5

<sup>12</sup> Folios 412 a 418 del Cuaderno 8

<sup>13</sup> Folios 1 a 200 del Cuaderno 9, y folios 201 a 266 del Cuaderno 10

<sup>14</sup> Folios 517 a 524 del Cuaderno 5

Basado en ello, alega que la responsabilidad del médico se contrae a advertir la existencia del riesgo previsto, y en este caso, el síndrome hipotónico, así como los resultados reportados por los exámenes realizados se constituyen en situaciones que el cuerpo médico no podía evitar.

Así pues, plantea que no es factible comprometer la responsabilidad de la Entidad, por el sólo hecho de haber tenido que invertir el tiempo necesario para confirmar o descartar diferentes hipótesis de patología causantes del dolor consultado por el paciente.

Partiendo de lo anterior, invoca como causal exonerativa de responsabilidad la denominada causa extraña, porque no media causalidad entre el actuar del Profesional de la Medicina, y los perjuicios alegados por parte de los aquí demandantes, dado que la causa de la enfermedad de la paciente no fue la hospitalización, ni la investigación realizada, sino por las dolencias que fueron superadas en las diferentes prácticas médicas realizadas en el Hospital Militar Central.

En conclusión, alega que el presunto daño no es imputable al Estado, porque este fue ajeno a su causación, por los anteriores razonamientos predica la ausencia de responsabilidad estatal de la demandada.

## **2.- Parte demandante**

El apoderado judicial de parte actora el 11 de mayo de 2018<sup>15</sup> presentó sus alegatos de conclusión. Hizo alusión a planteamientos similares a los consignados en el escrito de la demanda, motivo por el cual el Despacho no encuentra necesario hacer resumen de los mismos.

## **V. CONSIDERACIONES**

### **1.- Competencia**

Este Juzgado tiene competencia para conocer esta acción porque así lo determinan los artículos 140, 155 numeral 6, 156 numeral 6° y 164 numeral 2 letra i), del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

---

<sup>15</sup> Folios 525 a 530 del Cuaderno 5

## 2.- Problema Jurídico

Corresponde entonces a este Despacho determinar si para el *sub judice* la **NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - EJÉRCITO NACIONAL**, es administrativamente responsable de los presuntos daños sufridos por los demandantes con ocasión de la falla en la prestación del servicio médico que condujo al desarrollo de la patología síndrome hipotónico – retraso del desarrollo psicomotor, derivada de la omisión de diagnóstico que se atribuye al galeno que atendió la consulta realizada el día 25 de mayo de 2012 a la menor **AB**.

## 3.- Presupuestos de la responsabilidad

Con relación a la responsabilidad del Estado, la Carta Política de 1991 produjo su “*constitucionalización*” al erigirla como garantía de los derechos e intereses de los administrados y de su patrimonio, sin distinguir su condición, situación o interés.

De lo dispuesto en el artículo 90 de la Constitución, cláusula general de responsabilidad extracontractual del Estado, se desprende que ésta tiene como fundamento la determinación de un daño antijurídico causado a un administrado y la imputación del mismo a la administración pública, tanto por su acción como por su omisión, ya sea atendiendo a los criterios de falla en el servicio, daño especial, riesgo excepcional o cualquier otro.

En síntesis, la responsabilidad extracontractual del Estado se configura con la demostración del daño antijurídico y de su imputabilidad a la Administración. El daño consiste en el menoscabo del interés jurídico tutelado y la antijuridicidad del mismo en que ese daño no debe ser soportado por el administrado, ya sea porque es contrario a la Carta Política o a una norma legal, o, porque es “*irrazonable*” sin depender “*de la licitud o ilicitud de la conducta desplegada por la Administración.*”<sup>16</sup>.

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 – daño especial, la concreción de un riesgo excepcional, o cualquiera

<sup>16</sup> Consejo de Estado- Sentencia de 23 de septiembre de 2009, Exp. 17.986.

otro que permita hacer la atribución en el caso concreto, tal como lo ha determinado el precedente del Consejo de Estado:

“(…) La circunstancia de que los hechos relatados en la demanda sean constitutivos de una falla del servicio, o conformen un evento de riesgo excepcional o puedan ser subsumidos en cualquier otro régimen de responsabilidad patrimonial de los entes públicos, es una valoración teórica que incumbe efectuar autónomamente al juzgador, como dispensador del derecho ante la realidad histórica que las partes demuestren (…)”<sup>17</sup>.

Finalmente, debe considerarse que la responsabilidad extracontractual no puede ser concebida simplemente como una herramienta destinada a la reparación, sino que debe contribuir con un efecto preventivo que permita la mejora o la optimización en la prestación, realización o ejecución de la actividad administrativa globalmente considerada.

#### **4.- Régimen de imputación derivado de la actividad médica**

En lo que respecta al régimen de responsabilidad derivado de la actividad médica, en casos como el presente, la Sección Tercera del Consejo de Estado ha establecido que el régimen aplicable es el de falla del servicio, lo cual impone no sólo la obligación de probar el daño del demandante, sino, también la falla por el acto médico y el nexo causal entre esta y el daño, sin perjuicio de que en los casos concretos el juez pueda, de acuerdo con las circunstancias, optar por un régimen de responsabilidad objetiva<sup>18</sup>.

Dicho título de imputación opera, como lo señala la jurisprudencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado, 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 protección dentro del centro médico hospitalario y, (...), por lesión del derecho a recibir atención oportuna y eficaz.”<sup>19</sup>

<sup>17</sup> Consejo de Estado- Sentencia de 7 de octubre de 2009. Exp. 35656.

<sup>18</sup> Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección 3ª SUBSECCIÓN A – Consejera Ponente Marta Nubia Velásquez Rico (E) Sentencia 13 de noviembre de 2018 Expediente N° 66001-23-31-000-2010-00039-01(47680).

<sup>19</sup> Consejo de Estado - Sala de lo Contencioso Administrativo- Sección Tercera- Subsección C, C.P.: Jaime Orlando Santofimio Gamboa, Bogotá, D.C., 2 de mayo de 2018. Rad. 68001-23-31-000-2000-02504-01(39038) Actor: José Antonio Hernández Camacho Y Otro Demandado: Caja Nacional De Previsión Social - Cajanal Y Otros Referencia: Acción De Reparación Directa- Apelación Sentencia.

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 integralidad en la prestación de dicho servicio, el cual según el precedente jurisprudencial constitucional indica que:

“La protección al derecho fundamental a la salud no se limita simplemente al reconocimiento de los servicios que se requieren con necesidad; sino que comprende también su acceso de manera oportuna, eficiente y de calidad. La prestación del servicio de salud es oportuna cuando la persona lo recibe en el momento que corresponde para recuperar su salud sin sufrir mayores dolores y deterioros. En forma similar, el servicio de salud se considera eficiente cuando los trámites administrativos a los que se somete al paciente para acceder a una prestación requerida son razonables, no demoran excesivamente el acceso y no imponen al interesado una carga que no le corresponde asumir. Por otro lado, el servicio de salud es de calidad cuando las entidades obligadas a prestarlo actúan de manera tal “que los usuarios del servicio no resulten víctimas de imponderables o de hechos que los conduzcan a la desgracia y que, aplicando con razonabilidad los recursos estatales disponibles, pueden ser evitados, o su impacto negativo reducido de manera significativa para la persona eventualmente afectada.”<sup>20</sup>

Dicho principio de integralidad del servicio exige considerar, según el precedente jurisprudencial constitucional, que corresponde a:

“todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud”<sup>21</sup>

A lo que se agrega, según el precedente jurisprudencial constitucional:

“Se considera por tanto que hay un daño, cuando se produce un dolor intenso, cuando se padece la incertidumbre y cuando se vive una larga e injustificada espera, en relación con la prestación de servicios médicos, la aplicación de medicamentos o la ejecución de procedimientos que no llegan o que se realizan de manera tardía o incomoda.

“Al respecto cabe destacar que el derecho a la salud de conformidad con la jurisprudencia de la Corte Constitucional:

-Debe ser integral:

“(…) la atención y el tratamiento a que tienen derecho los pertenecientes al sistema de seguridad social en salud cuyo estado de enfermedad esté

<sup>20</sup> Corte Constitucional, sentencia T-104 de 2010.

<sup>21</sup> Corte Constitucional, sentencia T-1059 de 2006



afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas, son integrales; es decir, deben contener todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento<sup>22</sup>, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente<sup>23</sup> o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud.<sup>24</sup>

En ese sentido, la Sala ha manifestado en decisiones precedentes que dicha falla se circunscribe a una consideración básica:

“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)”<sup>25</sup>

## 5.- Pruebas relevantes

5.1.- Copia de valoración médica efectuada el 11 de noviembre de 2011 por medicina general en el Dispensario Médico Cantón Sur<sup>26</sup> por presentar diagnósticos de rinofaringitis y cólico lactante.

5.2.- Copia de la consulta realizada el 2 de marzo de 2012<sup>27</sup> por medicina general con cuadro clínico de infección respiratoria aguda.

<sup>22</sup> “Que comprende, a su vez, diversas obligaciones: a) de habilidad y diligencia, referida la primera a aquellos supuestos en los que produzca un daño antijurídico como consecuencia de un diagnóstico, intervención o atención médica en un campo para el que el profesional, o la institución médica no tenga la aptitud o el personal idóneo en la especialidad necesaria, o de no consultar con un especialista, o de incumplirse el deber de aconsejar la remisión del paciente; b) obligación de medio técnicos, consistente en la existencia del material adecuado “para que el trabajo a realizar pueda efectuarse en condiciones normales de diagnóstico y tratamiento”; así como en el “mantenimiento en correcto estado de funcionamiento de los aparatos”, ámbito en el que cabe incluir la profilaxis necesaria, y; c) obligación de continuidad en el tratamiento”. FERNÁNDEZ HIERRO, José Manuel. Sistema de responsabilidad médica., ob., cit., pp.257 a 269.

<sup>23</sup> En este sentido se ha pronunciado la Corporación, entre otras, en la sentencia T- 136 de 2004.

<sup>24</sup> Corte Constitucional, sentencias T- 1059 de 2006; T- 062 de 2006; T- 730 de 2007; T- 536 de 2007; T- 421 de 2007

<sup>25</sup> Sección Tercera, sentencia de 18 de febrero de 2010. Exp. 17655.

<sup>26</sup> Folio 453 del Cuaderno 5

<sup>27</sup> Folio 451 del Cuaderno 5

5.3.- Copia de la consulta médica del 6 de marzo de 2012<sup>28</sup> efectuada por el servicio de urgencias del Hospital Militar Central por diagnóstico de vómito de 3 días e inapetencia.

5.4.- Copia de la consulta médica del 12 de abril de 2012 efectuada en la Dirección de Sanidad del Cantón Sur de la Dirección General de Sanidad Militar con valoración de gastroenteritis<sup>29</sup>.

5.5.- Copia auténtica del ingreso por el servicio de urgencias del Hospital Militar Central del 15 de abril de 2012<sup>30</sup> a las 22:29:33 horas por presentar cuadro clínico de 2 semanas de evolución consistente en deposiciones diarreicas promedio de 4 por día sin moco, ni sangre, con vómito y asociada a fiebre cuantificada en 39°C.

5.6.- Copia de la epicrisis de la hospitalización de la menor **AB** comprendida entre los días 16 a 18 de abril de 2012 respecto a la atención brindada por cuadro clínico de deshidratación grado II y de la enfermedad diarreica prolongada, en la cual se efectuó valoración de los siguientes síntomas que a continuación se transcriben:

“(...) REVISION POR SISTEMAS: DIURESIS DE CARACTERISTICAS NORMALES. DEPOSICIONE (SIC) BLANDAS #3, NO TOLERA LA VIA ORAL. SINTOMAS RESPIRATORIOS ALTOS: RINORREA HIALINA HACE 1 SEMANA. SINTOMAS RESPIRATORIOS BAJOS: NIEGA (...)”<sup>31</sup>.

5.7.- Copia de la consulta efectuada por urgencias del Hospital Militar Central del 16 de abril de 2012 por presentar cuadro clínico de diarrea y gastroenteritis<sup>32</sup>.

5.8.- Copia simple de la consulta médica del 25 de mayo de 2012 realizada en el Dispensario Cantón Sur de la Dirección de Sanidad del Ejército Nacional<sup>33</sup>.

5.9. – Copia auténtica del ingreso de la menor **AB** por el servicio de urgencias del Hospital Militar Central el día 27 de mayo de 2012 a las 5:30 pm, por presentar el siguiente cuadro clínico:

---

<sup>28</sup> Folio 234 del Cuaderno 5

<sup>29</sup> Folio 16 del Cuaderno 6

<sup>30</sup> Folio 252 del Cuaderno 6

<sup>31</sup> Folio 15 del Cuaderno 1

<sup>32</sup> Folio 19 del Cuaderno 1, Folios 448 a 449 del Cuaderno 10

<sup>33</sup> Folio 445 del Cuaderno 5

“(…) Enfermedad actual: Paciente femenina de 8 meses de edad con cuadro clínico de 3 días de evolución consistente en picos febriles cuantificados en 39°C asociado a dificultad respiratoria dada por aleteo nasal tirajes intercostales refiere consulta a dispensario el día sábado donde dan egreso con acetaminofén. Sin embargo paciente persiste con dificultad respiratoria tos seca. (...)”<sup>34</sup>

En esta valoración, sobresale del examen físico efectuado a la menor **AB** los signos vitales correspondientes a una saturación de oxígeno de 83, con frecuencia cardíaca – FC- en 198, con frecuencia respiratoria –FR- de 53, y una temperatura de 39.5°C.

5.10.- Copia del registro de la enfermedad presentada al momento de ingreso por urgencias del Hospital Militar Central en los siguientes términos:

“(…) Motivo consulta: “Tos Humeda (sic)”  
 Enfermedad actual=Cuadro clínico de 3 días inicia con secreción ocular fiebre de 38.7 y nota dificultad respiratoria consulta a DISUR donde dejan gotas oculares; pero ayer continua (ilegible) asocia tos seca no (ilegible) inicialmente hoy consulta por dificultad respiratoria por polipnea y aleteo nasal en urgencias HMC toman Rx Torax. (...)”<sup>35</sup>

5.11.- Comunicado del 8 de junio de 2012 procedente del médico cirujano Dr. Manuel Vanegas Rodríguez, mediante el cual dio respuesta a la señora Laura Gabriela Pacheco Briñas sobre la inconformidad presentada frente al diagnóstico efectuado el 25 de mayo de 2012, en el cual expuso el alcance del mismo:

“(…) El motivo de consulta que la madre de la niña da a la auxiliar de enfermería al momento de su atención inicial y que se hace en la sala de enfermería donde le toman signos vitales y demás es: **“congestión y secreción en ojos”** en ningún momento la madre manifiesta al ingresar a esta institución de sanidad que la niña presenta dificultad para respirar, como aduce la señora **Leydi Briñas** en la queja antes mencionada, constato el mismo motivo de consulta que dio en la atención inicial.

2. En el momento en que la madre refiere la evolución de la enfermedad actual, (...) únicamente comento que tenía (sic) **“tos seca, congestión nasal, y secreción por ojos”**, en lo cual falla debido a que omite información importante de su cuadro clínico, y tampoco es clara al momento del interrogatorio, lo cual es mas (sic) que importante para llegar a una impresión diagnóstica ideal.

3. Al momento de la inspección física la paciente se encuentra en adecuadas condiciones generales de salud como lo constato en la historia clínica donde escribo BEG (buen estado general) como lo confirman sus signos vitales: la paciente tiene una temperatura de 36.4° (no tiene fiebre, ni febrícula ni nada por el estilo) saturación de oxígeno de 95% (SP02 95%) saturación ideal para cualquier lactante mayor, más aun acá en bogotá

<sup>34</sup> Folio 53 del Cuaderno 9

<sup>35</sup> Folio 227 del Cuaderno 10

donde el nivel de oxígeno es menor. (...) y también la frecuencia cardíaca que muestra es de 142 por minuto.

4. Al examen físico encontré a la paciente (como se ve en la historia clínica que anexo) en buen estado general, sin fiebre, sin dificultad respiratoria, signos vitales estables, con ojos leves sin secreción alguna, en su parte de oídos, garganta y nariz estaba en buenas condiciones y su parte cardiopulmonar estaba normal, y sin ningún déficit neurológico aparente.

5. Teniendo en cuenta todos los parámetros anteriormente mencionados, hago una impresión diagnóstica de conjuntivitis bacteriana ya que en ese momento era lo que la clínica del paciente demostraba y repito: la parte pulmonar nunca se vio involucrada, se le hizo la fórmula médica (sic) y se le educó (sic) a la madre de la paciente con respecto a este cuadro clínico,...

(...) uno como médico (sic) da una impresión diagnóstica (sic) y no un diagnóstico definitivo ya que es muy difícil diagnosticar una enfermedad en sus inicios tempranos, y más (sic) cuando aun (sic) la sintomatología es muy bizarra.”<sup>36</sup>

5.12.- Copia del ingreso de la menor **AB** a urgencias del Hospital Militar Central el día 27 de mayo de 2012 a las 17:03:43 por presentar un diagnóstico de neumonía viral, no especificada J129<sup>37</sup>.

5.13.- Copia de la atención brindada a la menor **AB** en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Militar Central entre los días 1º a 20 de junio de 2012<sup>38</sup>, de los múltiples servicios médicos a ella suministrados, de los cuales únicamente sobresalen las siguientes notas médicas relacionadas con el padecimiento aludido, así:

“(…) HISTORIA CLÍNICA: 1197465571 INGRESO: 191155  
 NOMBRE PACIENTE: **AB**

(...)

FECHA DE REGISTRO: 17/06/2012 08:49:48 a.m.

(...)

EXAMEN FÍSICO:

(...)

NEUROLOGICO: Tranquila, sin movimientos anormales, hipotónica (sic), relacionada sin sedación ni algesia (sic).

(...)”<sup>39</sup>

“(...)

HISTORIA CLÍNICA: 1197465571 INGRESO: 191155

NOMBRE PACIENTE: **AB**

(...)

FECHA DE REGISTRO: 17/06/2012 09:32:42 a.m.

(...)

EXAMEN FÍSICO:

(...)

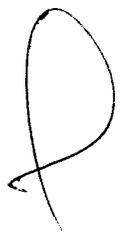
NEUROLOGICO: Tranquila sin movimiento, hipotónica (sic), relacionada – sin sedación ni algesia (sic), no movimientos anormales.

<sup>36</sup> Folio 9 del Cuaderno I

<sup>37</sup> Folio 12 del Cuaderno I

<sup>38</sup> Folios 24 a 62 del Cuaderno I

<sup>39</sup> Folio 54 del Cuaderno I



(...)”<sup>40</sup>

“(…)

HISTORIA CLÍNICA: 1197465571 INGRESO: 191155

NOMBRE PACIENTE: **AB**

(…)

FECHA DE REGISTRO: 17/06/2012 09:47:48 a.m.

(…)

EXAMEN FÍSICO:

(…)

NEUROLOGICO: Tranquila sin movimientos anormales, hipotonica, relacionada – sin sedación ni alagesia. (...)”<sup>41</sup>

5.14.- Copia de la epicrisis del traslado de la Unidad de Cuidados Intensivo a Estancia General del Hospital Militar Central del 20 de junio de 2012 en la cual sobresale las condiciones generales registradas, así:

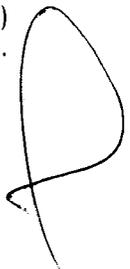
“(…) PATRON RESPIRATORIO RX TORAX EVIDENCIO NEUMONIA NEUMOTORAX DERECHO POR LO QUE SE SOLICITO VALORACIÓN POR CIRUGIA PEDIATRICA QUIENES REALIZARON TORACOSTOMIA DERECHA, A PESAR DE RESOLVER NEUMOTORAX LA PACIENTE CONTINUO CON DETERIORO RESPIRATORIO Y FALLA RESPIRATORIA Y REQUIRIO IOT POR 6 DIAS, DONDE SE CONTINUO MANEJO DE BRONCOESPASMO CON ESTYEROIDES (sic) SISTEMICOS, Y NEUMONIA CON MANEJO ANTIBIOTICO. **A LAS 24 HRS POST EXTUBACIÓN PRESENTO CROUP Y SINDROME DE ABSTINENCIA REQUIRIENDO NUEVAMENTE RETIRAR DEFINITIVAMENTE TUBO DE TORAX A LOS 14 DIAS DE COLOCACIÓN.** LA PACIENTE PERSISITIO (SIC) CON EPISODIOS DE BRONCOESPASMO DE DIFICIL MANEJO Y FIO2 ENTRE 40+40% Y ATELECTASIA APICAL DERECHA CONSTANTE POR LO QUE SE ADIONO (SIC) MANEJO CONTROLADOR CON BUDESONE INHALADO Y CCLO CORTO DE ESTEROIDE SISTEMICO. LA PACIENTE FUE MEJORANDO BRONCOESPASMO DE MANERA LENTA, PERO AUN CON ATELECTASIA APICAL DERECHA, SIN SIGNOS YA DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. SE LOGRO DISMINUIR DE MANERA PAULATINA FIO2, POR NEUMOLOGIA PEDIATRICA CON SEGUIMIENTO DE ATELECTASIA APICAL DERECHA.

**\*\*GASTROINTESTINAL: DESDE SU INGRESO SE OBSERVA RIESGO NUTRICIONAL POR DNT PROTEICO CALORICA MODERADA 25%, SIEMPRE TUVO NUTRICION ENTERAL CON ADECUADA TOLERANCIA EN PRINCIPIO POR VENTILACIÓN MECANICA POR SNG POR 20 DIAS. POSTERIORMENTE SE OBSERVA POBRE ACEPTACION DE VIA ORAL, Y PERDIDA DE 700 GR DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN SE ADICIONÓ NUTREN PEPTIJUNIOR, AL MOMENTO CON 6120 GR DESDE HACE 2 DIAS, CONTINUA CON POBRE ACEPTACION DE VIA ORAL PERO ADECUADA TOLERANCIA. SE CONTINUARA APORTE NUTRICIONAL NUTREN PEPTI JUNIOR QUE LE APORTA 78KCAL/KG/DIA. SE SOLICITA VALORACION POR TERAPIA DEL LENGUAJE PARA EVALUAR QUE NO HALLA ALTERACIÓN EN MASTICACIÓN. Y CONTINUAR POR MEDICINA INFANTIL PUERICULTURA (SIC) A LOS PADRES POR CLAROS VICIOS DE ALIMENTACIÓN. VALORACION NUTRICIONAL CON TRANSAMINASAS QUE FUERON NORMALES, SE LE COLOCO POR REANIMACION HEMODINAMICA ALBUMINA, CREATININA SIEMPRE SE MANTUVO BAJA.**

\*\* RENAL: MANTUVO ADECUADO GASTO URINARIO, REQUERIO (SIC) DIURETICO SOLO POSTERIOR A TRANSFUSIONES SANGUINEAS (No. 2).

<sup>40</sup> Folio 55 del Cuaderno 1

<sup>41</sup> Folio 53 del Cuaderno 1



CURSO CON POLIURIA EN LA PENULTIMA SEMANA ACTUALMENTE RESUELTA. PRUEBAS DE FUNCION RENAL DURANTE SU ESTANCIA SIEMPRE FUERON NORMALES.

\*\* INFECCIOSO PACIENTE QUIEN AL INGRESO SE INICIO MANEJO CON AMPICILINA SULBACTAM CLARITROMICINA OSELTAMIVIR, CONSIDERANDO DE CUADRO DE CHOQUE SEPTICO DE ORIGEN PULMONAR COMPLETO ESQUEMA ANTIBIOTICO POR 14 10 Y 5 DIAS RESPECTIVAMENTE, PACIENTE QUIEN AL DIA 16 DE HOSPITALIZACION PRESENTA DETERIORO CLINICO CON TAQUICARDIA FIEBRE, AUMENTO DE LEUCOCITOSIS HASTA 50 MIL Y DETERIORO HEMODINAMICO, SE REVALORAN LOS CATETERES QUE PRESENTABA LAPACIENTE (sic) OBSERVANDO DESPLAZAMIENTO DE CATETER VENOSO CENTRAL POR LO QUE SE CONSIDERA LA POSIBILIDAD DE ENDOCARDITIS, Y SE DECIDE RETIRAR CATETER VENOSO CENTRAL, SONDA VESICAL, TUBO DE TORAX: SE HEMOCULTIVA SE TOMA CULTIVO DE CATETER Y SE INICIA MANEJO CON TAZOCIN + VANCOMICYN QUE RECIBIÓ DURANTE 5 DIAS AL TENER HEMOCULTIVOS NEGATIVOS, 1 POSITIVO DE CATETER PARA S.epidermidis QUE SE CONSIDERO CONTAMINACION, ACTUALMENTE AFEBRIL, SIN SIGNOS DESIRS. POR SU ESTADO NUTRICIONAL Y CUADRO DE CHOQUE SEPTICO SE CONSIDERO LA POSIBILIDAD DE INMUNODEFICIENCIA POR LO QUE SE SOLICITO VIH QUE FUE REPORTADO COMO NEGATIVO, Y PERFIL HUMORAL (IgG, IgA, IgM,) QUE ESTA PENDIENTE SU REPORTE, IgE FUE NORMAL.

\*\*HEMATOLOGICO REQUIRIO TRANSFUSION DE GRE EN 2 OPORTUNIDADES. ULTIMA 19/06/12 HB 15.8 HTO 46.8. NO PRESENTO SANGRADOS ESPONTANEOS. ACTUALMENTE SIN ALTERACIONES DE LA COAGULACION.

\*\* METABOLICO CURSO CON HIPOLCACEMIA E HIPOFOSFATEMIA QUE SE CORRIGIERON DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN. (...)"<sup>42</sup>

5.15.- Oficio N° 598/MDN-CGFM-CE-JEM-JELOG-BR21-BATRA-DISUR-AU-53.2. del 7 de junio de 2012 procedente de la Directora del Dispensario SUR, contentivo de la respuesta a la queja formulada por la señora Laura Gabriela Pacheco, mediante el cual informó que el diagnóstico dado por el médico Manuel Vanegas Rodríguez se realizó conforme a lo que en ese momento demostraba el cuadro clínico de la paciente<sup>43</sup>.

5.16.- Copia de la epicrisis de los servicios médicos prestados por el Hospital Militar Central a la menor AB entre los días 27 de mayo de 2012 y 28 de junio de 2012, en donde refiere que la madre acude de nuevo por los siguientes síntomas:

**(...) MOTIVO DE CONSULTA: DIFICULTAD RESPIRATORIA ENFERMEDAD ACTUAL: CUADRO CLÍNICO DE 6 DÍAS DE EVOLUCIÓN DE RINORREA, CONGESTION NASAL, SECRESION (sic) CONJUNTIVAL BILATERAL, ERITEMA CONJUNTIVAL SIN PICOS FEBRILES CONSULTA A DISPENSARIO DE ARTILLERIA QUE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y MANEJO SINTOMATICO AMBULATORIO MADRE REFIERE HACE 4 DIAS SE ASOCIA A POLIPNEA ASOCIADA A TIRAJES SUBCOSTALES Y PICOS FEBRILES CUANTIFICADOS EN 39°C **POR LO****

<sup>42</sup> Folio 141 del Cuaderno 9

<sup>43</sup> Folio 23 del Cuaderno 1



**QUE SE RECONSULTA INGRESA DESTURADA POLIPNEICA SAT 83% FIO2 21% TAQUICARDICA FC 198X' FR 53X'T 39.5°C RONCUS BIBASALES SE HOSPITALIZA CON DX DE NEUMONIA VIRAL, HEMOGRAMA DE 28 DE MAYO LEUCOCITOSIS DE 28300 N 62% L.29.1 % Mo. 8.7% HB 10.8 HTO 33.2 % PTS 535000 HEMOCULTIVO POSITIVO A LAS 48 HORAS COCOS GRAM POSITIVOS NO TIPIFICADOS DURANTE HOSPITALIZACIÓN POR PERSISTENCIA DE PICOS FEBRILES SE REALIZAN PARCIAL DE ORINA, GRAM BACILOS GRAM GRAM NEGATIVOS ESCASOS CON UROCULTIVO NEGATIVO A LAS 24 HORAS DE INCUBACION (SIC), HEMOGRAMA CONTROL 29 MAYO LEUCOCITOS 18.400 N 58.4 % L 36.5 Mo 4.9% HB9.9. HTO 31.3% PLTS 502000. ECOCARDIOGRAMA 30 MAYO NORMAL PACIENTE SE HOSPITALIZA PESE A MANEJO PACIENTE EVOLUCION ESTACIONARIO AUMENTO PROGRESIVO DE DIFICULTAD PARA RESPIRATORIO EN SOSPECHA DE COINFECCION BACTERIANA ALTO FLUJO DE OXIGENO POR RIESGO DE FALLA RESPIRATORIA SE TRASLADA A UCIP PARA MANEJO Y MONITORIZACIÓN. EN UCIP PACIENTE REQUIRO VENTILACION MECANICA POR SEMANA SEDOANALGESIA PARA MEJORAR ACPLOAMIENTO (sic) VENTILATORIO, POSTERIOR SD ABSTINENCIA SE LE DIO DEXMEDETOMEDINA Y LORAZEPAM X4 DIAS. POSTERIOR A 48 HORAS DE INGRESO PRESENTA CHOQUE SEPTICO QUE NO RESPONDIO A CRISTALOIDES REQUIRIENDO PASO A CATETER CENTRAL Y LINEA ARTERIAL CON INOTROPICO X 48 HORAS A LOS 16 DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA PRESENTO DISMINUCION GASTO CARDIACO, SE REALIZA ECOCARDIOGRAMA PARA DESCARTAR ENDOCARDITIS EL CUAL FUE NEGATIVO SE ENCUENTRA HTP LEVE POR LO QUE PERSISTE CON O2, PERO MEJORA CLINICAMENTE PERFUSION A LAS 24 HORAS. PRESENTO (SIC) DESPLOME NUTRICIONAL POR LO CUAL REQUIRO ADICION DE NUTREN PERTIJUNIOR PARA SU MANEJO. RECIBIO TERAPIA CON VENTILACION MECANICA NO INVASIVA DE MANERA INTERMITENTE A LAS 24 HORAS PRESENTO DETERIORO MARCADO DE PATRON RESPIRATORIO, REQUIRIENDO NUEVA VENTILACIÓN MECÁNICA POR 72 HORAS, RX CON NEUMOTORAX RESIDUAL CON EVOLUCION ESTACIONARIA LOGRANDOSE RETIRO DEFINITIVO DE TUBO DE TORAX A LOS 14 DIAS DE SU COLOCACION POSTERIOR DETERIORO QUE EVIDENCIA ATELECTASIA APICAL DERECHA, SE INICIO MANEJO CONTROLADOR CON CORTICOIDE SISTEMICO Y BUDESONIDA CON MEJORIA LENTA ADECUADA HASTA LOGRAR BAJOS RENDIMIENTOS DE O2 POR CN SE TRASLADA A PISOS PARA CONTINUAR SEGUIMIENTO (...)"<sup>44</sup>**

5.17.- Copia de la evolución de la menor **AB** entre los días 20 a 28 de junio de 2012 en la estadía general del Hospital Militar Central, de la cual se destaca las siguientes notas médicas:

“(…) 21.06.12 6+15  
 Evolución Infectopediatria (sic)  
 9 meses  
 Dx: 1. Hipertensión pulmonar  
 2. Atelectasia apical derecha en manejo  
 3. Desnutrición proteico calorica (sic) moderada 35%  
 4. Sospecha de inmunodeficiencia  
 5. Antecedente de sepsis pulmonar resuelta (...)"<sup>45</sup>

<sup>44</sup> Folio 24 del Cuaderno 1

<sup>45</sup> Vto folio 140 del Cuaderno 9

5.18.- Informe Pericial de la Clínica Forense N° GCLF-DRB-18774-2017 del 1° de agosto de 2017 procedente del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses<sup>46</sup>.

De la anterior epicrisis, sobresale en los antecedentes perinatales allí referidos el tratamiento suministrado por la maduración pulmonar de la menor, adicionalmente allí se hizo mención del antecedente de asma padecido por la madre.

5.19.- De la epicrisis mencionada, obra registro de los síntomas observados durante el ingreso de la menor por el Hospital Militar Central, y de las condiciones físicas y psicomotoras registradas al momento de salida de la paciente de la Institución, que a continuación se transcriben:

**(...) Examen Físico: PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL ACTIVO, CON DIFICULTAD RESPIRATORIO DADA POR POLIPNEAY (SIC) TIRAJES INTERCOSTALES HIDRATADO AFEBRIL.**

PESO: 20 KG DE 02

T°:38.6°C F.C.192XMIN FR: 36.2XMIN SATURACIÓN: 91%CON 0.5L/MIN MUCOSA ORAL HUMEDA Y ROSADA, OTOSCOPIA BILATERAL SIN ALTERACIONES, CUELLO SIMETRICO MOVILES, SIN ADENOPATIA O MEGALIAS.

**TORAX RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS. CAMPOS PULMONARES. RONCUS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, ESFUERZO RESPIRATORIO PROLONGADO, TIRAJES SUBCOSTALES, ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO, NO DISTENSION, NO MASAS O MEGALIAS, RUIDOS INESTINALES PRESENTES.**

EXTREMIDADES: MOVILIZA 4 EXTREMIDADES, NORMOTONICAS CON FUERZA CONSERVADA.

NEUROLOGICO: POCA TONICIDAD CON SOSTEN CEFALICO.

**ANÁLISIS: PACIENTE CON MÚLTIPLES COMORBILIDADES DESACONDICIONAMIENTO FÍSICO MODERADO, SE INSTAURA MANEJO MULTIDISCIPLINARIO, SE CONTINUA MANEJO INSTAURADO.**

**DIAGNOSTICO DE INGRESO:**

**1. HIPERTENSION PULMONAR LEVE**

**2. ATELECTASIA APICAL DERECHA**

**3. DESNUTRICION PROTEICO PROTEICO CALORICO CALORICO (sic) MODERADA 35%**

**4. SOSPECHA DE INMUNODEFICIT**

**5. ANTECEDENTE DE SEPSIS PULMONAR DERECHO (sic) RESUELTA, NEUMOTORAX DERECHO EXTUBACION FALLIDA - CROUP POSTEXTUBACION**

(...)

**DIAGNOSTICO DE EGRESO:**

**1. ATELECTASIA APICAL DERECHA**

**2. DESNUTRICION PROTEICO PROTEICO CALORICO CALORICO (sic) MODERADA 35%**

**3. SOSPECHA DE INMUNODEFICIT**

<sup>46</sup> Folio 418 del Cuaderno 8

**4. ANTECEDENTE DE SEPSIS PULMONAR DERECHO RESUELTA, NEUMOTORAX DERECHO EXTUBACIÓN – CROUP POSEXTUBACIÓN.**  
 (...)»<sup>47</sup>

5.20.- Copia del control poshospitalización del 10 de julio de 2012<sup>48</sup> con cuadro clínico de la paciente de tos húmeda, rinorrea, hialina abundante, polipnea, movilización de secreciones sin picos febriles.

5.21.- Copia de control posthospitalización del 12 de julio de 2012<sup>49</sup> efectuado por la especialidad de pediatría en el Hospital Militar Central, contentivo de los diagnósticos de delgadez, desplome nutricional multifuncional en recuperación, huellas de sepsis de origen pulmonar, y demás patologías ilegibles.

5.22.- Copia de control posthospitalización del 27 de julio de 2012<sup>50</sup> en el cual el médico tratante hizo énfasis a la madre de la menor que en el Dispensario del Sur de la Dirección de Sanidad no hay especialista, y que por tal razón le correspondía acudir al HOMIC.

5.23.- Copia auténtica de consulta médica del 23 de agosto de 2012 por la especialidad de ortopedia del Hospital Militar Central<sup>51</sup> con registro de diagnóstico de deformidad congénita de la cadera no especificada codificada bajo el Q659.

5.24.- Copia de la consulta del 27 de agosto de 2012<sup>52</sup> con registro de rinoфарингитис.

5.25.- Copia de la consulta del 3 de septiembre de 2012<sup>53</sup> contentiva del diagnóstico de hiperactividad bronquial recurrente, bronquitis y antecedente de neumotórax.

5.26.- Certificación de diagnóstico de “SINDROME HIPOTONICO – RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR CIE 10 R 620” expedida el 25 de febrero de 2013 por la NUEVA EPS<sup>54</sup>.

<sup>47</sup> Folio 24 del Cuaderno 1

<sup>48</sup> Folio 442 del Cuaderno 5

<sup>49</sup> Vto folio 256 del Cuaderno 10

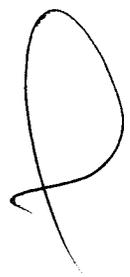
<sup>50</sup> Vto folio 445 del Cuaderno 5

<sup>51</sup> Folio 257 del Cuaderno 10

<sup>52</sup> Folio 440 del Cuaderno 5

<sup>53</sup> Folio 436 del Cuaderno 5

<sup>54</sup> Folio 13 del Cuaderno 1



5.27.- Original de la consulta del médico fisiatra del 26 de septiembre de 2014<sup>55</sup> contentivo del diagnóstico del retardo del desarrollo psicomotor R620, pie plano y síndrome hipotónico, y análisis del cuadro clínico de neuropsicología de la Fundación Conexión IPS del 24 de noviembre de 2016<sup>56</sup>.

## 6.- Asunto de fondo

El problema jurídico que se plantea al Despacho, consiste en determinar si la **NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA – EJÉRCITO NACIONAL**, es administrativa y extracontractualmente responsable por la presunta falla en la prestación del servicio médico por omisión de diagnóstico incurrida en la consulta del 25 de mayo de 2012 en el Dispensario Médico del Cantón Sur.

Los reproches que se formulan por los demandantes en contra del ente demandado se contraen a: **i)** la omisión de diagnóstico en la consulta del 25 de mayo de 2012; **ii)** que esa situación agravó el estado de salud de la recién nacida porque con posterioridad fue ingresada por urgencias del Hospital Militar Central; **iii)** y que a raíz de todo ello desarrolló el síndrome hipotónico con retraso en el desarrollo psicomotor actualmente padecido por la menor **AB**.

Hecha la observación anterior, el daño argüido por el demandante se contrae a la omisión de diagnóstico en la atención médica brindada por el médico de turno el día 25 de mayo de 2012 en el Dispensario de Sanidad del Sur situado en la ciudad de Bogotá D.C., pues considera que la madre de la recién nacida allí refirió un cuadro clínico de tos seca, congestión nasal y supuración de ojos, pero que solamente se dio un manejo sintomático a la queja conjuntival descuidando el manejo de la infección pulmonar que más adelante puso en peligro la vida de la niña.

Como soporte probatorio de la mencionada falla médica imputada a la **NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA – EJÉRCITO NACIONAL** por omisión de diagnóstico obra en el expediente copia de la historia clínica de la niña prematura, de la cual sobresale aquella consulta médica contentiva de la valoración en los siguientes términos:

“(…) Fecha y hora: 25-05-2012 14+08 MC’ Congestión, Secreción en ojos

SPO2 95% FC 142 X’ T° 36.4 PESO 7.300 Klg.

<sup>55</sup> Folio 278 del Cuaderno 7

<sup>56</sup> Folio 296 del Cuaderno 7



Refiere la madre cuadro de tos seca y congestión nasal, además supuración por ojos bilateral.

Ap qx (-), Hsp. (x) Gastroenteritis, alergicos (sic) (-) pat (+) vacunación.

EF: beg, afebril, sv estables ojos (ilegible) eritema conjuntival, no supuración, ORL normal, c/p normal, SNC sin déficit aparente.

IDX conjuntivitis bacteriana

PLAN GENTAMICINA GOTAS. (...)”<sup>57</sup>

Se observa claramente, que en efecto la señora LEYDI FAINURY BRÍÑAS BECERRA expresó como motivo de consulta tos seca, congestión nasal, supuración de ojos e hizo mención de la hospitalización por gastroenteritis. Significa entonces, que la sintomatología sí fue puesta en conocimiento del médico de turno.

Se evidencia que allí el médico tratante únicamente efectuó valoración de la secreción de los ojos de la niña prematura, diagnosticó como tal la conjuntivitis bacteriana, habida cuenta que no obra indicación médica frente a la tos seca, ni a la congestión nasal, ni siquiera se hizo seguimiento a la frecuencia, pues solamente aparecen consignados como signos vitales, la saturación de oxígeno del 95%, la frecuencia cardiaca en 142 por minuto, la temperatura en 36.4°C y un peso de 7.300 Kilogramos.

Siguiendo este razonamiento, es factible predicar la falla del servicio médico por la omisión de diagnóstico incurrida en la consulta del 25 de mayo de 2012, teniendo en cuenta que es un deber del médico analizar la sintomatología del paciente, y así diagnosticar la patología respectiva.

Es sin lugar a dudas reprochable la conducta asumida por el médico tratante a la luz de los principios que regulan la ética médica y previstos en el artículo 1° de la Ley 23 de 1981, puesto que es su deber considerar y estudiar al paciente, como persona que es, en relación con su entorno y sus antecedentes, con el fin de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales, y adoptar las medidas, curativas y de rehabilitación correspondientes<sup>58</sup>.

<sup>57</sup> Folio 445 del Cuaderno 5

<sup>58</sup> Ley 23 de 1981. Artículo 1°: ARTICULO 1o. La siguiente declaración de principios constituye el fundamento esencial para el desarrollo de las normas sobre Ética Médica: 1. La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distinción de nacionalidad, ni de orden económico-social, racial, político y religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes. 2. El hombre es una unidad síquica y somática, sometido a variadas influencias externas. El método clínico puede explorarlo como tal, merced a sus propios recursos, a la aplicación del método científico natural que le sirve de base, y a los elementos que las ciencias y la técnica ponen a su disposición. **En consecuencia, el médico debe considerar y**

Por lo tanto, esta Judicatura advierte que efectivamente en la consulta efectuada el 25 de mayo de 2012 existían factores relacionados con tos y congestión nasal que no fueron analizados por el médico tratante dado que únicamente diagnosticó una conjuntivitis bacteriana. Más aún cuando se constata la omisión de la valoración de aquella sintomatología, comoquiera que la prescripción médica se contrae a “gentamicina”. Lo anterior permite colegir que por tratarse de una recién nacida como mínimo el médico tratante debería efectuar de forma más diligente el seguimiento de otros signos vitales, como la frecuencia respiratoria, o indagar otros antecedentes para así determinar el origen de los malestares, o inclusive al punto de remitirse a la especialidad respectiva.

Basado en el anterior seguimiento de los cuadros clínicos de la paciente se puede determinar que la menor **AB** por evidenciar factores de riesgo como haber nacido prematura de 36 meses de gestación y con antecedente de maduración pulmonar, hace que la omisión del diagnóstico en aquella consulta en cierta medida acentuara la afectación de salud, en cuanto a que a las 48 horas fue ingresada por urgencias del Hospital Militar Central por presentar un cuadro clínico de neumonía viral de tal magnitud que posteriormente su dificultad se agudizó y que requirió en diferentes oportunidades ventilación mecánica y oxígeno.

Es del caso precisar, que si bien, en el caso concreto, no existe una absoluta certeza acerca de que a la menor **AB** se le hubieran podido evitar los padecimientos que experimentó durante la hospitalización, lo cierto es que la omisión en el diagnóstico de infecciones respiratorias adquieren un mayor riesgo en pacientes recién nacidos o prematuros que ameritan una valoración oportuna, más de lo habitual que respecto a otros pacientes.

En efecto, por tratarse de una menor de aproximadamente 8 meses de edad la *lex artis* exige un comportamiento médico idóneo que conlleve a la valoración más exacta de la sintomatología, para así establecer el procedimiento a seguir de acuerdo con las características apreciadas, y de esta manera reducir o anular los factores de riesgo en cuanto a infecciones respiratorias en niños prematuros.

---

**estudiar al paciente, como persona que es, en relación con su entorno, con el fin de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales, y adoptar las medidas, curativas y de rehabilitación correspondiente. Si así procede, a sabiendas podrá hacer contribuciones a la ciencia de la salud, a través de la práctica cotidiana de su profesión.**

En efecto, se observa que entre la consulta médica del 25 de mayo de 2012 realizada a las 14 horas con 8 minutos, y la del día 27 de mayo de 2012 a las 17 horas con 30 minutos, ingresada por urgencias del Hospital Militar Central, transcurrió un aproximado de 48 horas, con cuadro clínico de neumonía viral por presentar polipnea asociada a tirajes subcostales y picos febriles cuantificados a 39°C, desaturación con SAT 83%, frecuencia cardiaca 198X', frecuencia respiratoria 53X', y roncus bibsasaes.

Es evidente el deterioro de la salud de la menor **AB**, en razón a que los factores de riesgo de las dificultades respiratorias se concretaron en el desarrollo de las siguientes patologías: **i)** neumonía viral con infección bacteriana VSR +; **ii)** sepsis de origen pulmonar; **iii)** sibilante episódico post viral; **iv)** choque séptico refractario a cristaloides; **v)** neumotórax derecho; **vi)** falla ventilatoria; **vii)** desnutrición proteico calórica moderada del 25%; **ix)** neumotórax apical anterior residual; e **x)** insuficiencia respiratoria aguda. En este caso, al omitirse el diagnóstico de la dificultad respiratoria por una infección pulmonar, esta situación permite establecer que tal actuar médico conllevó a incrementar los factores de riesgo de desarrollarse una neumonía viral que conllevó al deterioro del estado de salud de la menor, lo que permite predicar un menoscabo a su integridad, conforme se desprende del seguimiento de los signos vitales que a continuación se relacionan:

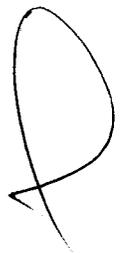
FECHA EXAMEN FÍSICO	ENTIDAD	Diagnóstico	FC	FR	TEMPE-RATURA	SATURACIÓN DE OXÍGENO
06-03-2012 (fl. 14 C.6)	Servicio de Urgencias Hospital Militar	Gastroenteritis Viral	106	26	36.7°C	93%
09-03-2012 (fl. 435 C. 5)	Dispensario Cantón Sur Dirección de Sanidad	Gastroenteritis Viral			36°C	92%
15-04-12 (Fl. 20 C. 1)	Servicio de Urgencias Hospital Militar	Rinofaringitis Aguda Gastroenteritis Viral	160	36	38.9°C	
16-04-2012 (fl. 239 C. 10)	Servicio de Urgencias Hospital Militar	Gastroenteritis Viral	140	30	38.3°C	93%
17-04-12 Hora: 6+15 (Fl. 21 C. 1)	Servicio de Infectopediatría (sic) Hospital Militar	Enfermedad diarreica prolongada (sic) Desidratación resuelta (sic) Inf. Lactosa? (sic)	126	26		91%
17-04-12 Hora: 14+15 (vuelto fl. 21 C. 1)	Servicio de Infectopediatría (sic) Hospital Militar	Paciente con DX anotados (sic)	142	40	36.5°C	94%
18-04-12 Hora: 6+30 (fl. 22 C. 1)	Servicio de Infectopediatría (sic) Hospital Militar	Gastroenteritis Viral	112	26		93%
25-05-12 14+08 (fl. 445 C. 5)	Dispensario Cantón Sur Dirección de Sanidad	Conjuntivitis Bacteriana	142		36.4	95%
27-05-2012 Hora: 5:30 pm (fl. 53 C. 9)	Ingreso por Servicios de Urgencias Hospital Militar Central	Impresión Diagnóstica: Bronconeumonia? (sic)	198	53	39.5°C	83%
27-05-12 (fl. 12 C. 1)	Servicio de Infectopediatría (sic) Hospital Militar	Neumonia Viral, no especificada	198	53	39.5°C	83%
28-05-12 7:15 am (fl. 224 C. 10)	Estadía General Hospital Militar Central	Sibilante Posviral IPA (+) (sic)	205	28		96%

Reparación Directa  
Radicación: 110013336038201400488-00  
Actor: Ángel Alberto Pacheco Tique y Otros  
Demandado: Nación – Ministerio de Defensa Nacional – Ejército Nacional de Colombia  
Fallo de primera instancia

28-05-12 17+00 horas (Vto fl. 224 C. 10)	Estadía General Hospital Militar Central	Dx anotados(sic)	130	80	38.3°C	93.94%
28-05-12 20+15 hpras (Fl.225 C. 10)	Estadía General Hospital Militar Central	Dificultad respiratoria dadas por polipnea, tirajes intercostales (sic)	152	61	40.2°C	90%
29-05-12 10:46 (Fl. 221 C. 10)	Estadía General Hospital Militar Central	Enfermedades de la traquea y de los bronquios	161	65	38.10°C	95%
29-05-12 13+40 (Vto fl. 220 C. 10)	Estadía General Hospital Militar Central	Dx anotados (sic)	128	42	36.8°C	91-92%
29-05-12 6+45 pm (Vto. Fl. 223 C.10)	Estadía General Hospital Militar Central	Sibilante Episodico Posviral (sic) IPA (+)	120	52		91%
29-05-12 6+45 pm (fl. 222 C.10)	Estadía General Hospital Militar Central	Sibilante episódico post viral (sic)	185	55	38.4°C	91-93%
30-05-12 7+00 (Vto. fl. 219 C. 10)	Estadía General Hospital Militar Central	Sibilante episódico post viral IPA(+)( sic)	110	42		95%
30-05-12 13+40 (Vto. fl. 219 C. 10)	Estadía General Hospital Militar Central	Dx anotados (sic)	134	40	36.2°C	94%
30-05-12 19+54 (Vto. fl. 218 C. 10)	Estadía General Hospital Militar Central	Dx anotados (sic)	120	30	36.5°C	92%
31-05-12 7:01:38 am (Vto. fl. 214 C. 10)	Estadía General Hospital Militar Central	Enfermedades de la traquea y de los bronquios, no clasificadas en otra parte	159	65	37.10°C	92%
31-05-12 (fl. 216 C. 10)	Estadía General Hospital Militar Central	J980 Enfermedades de la traquea y de los bronquios, no clasificadas en otra parte J129 Neumonía viral no especificada	185	45	38.60°C	88%
31-05-12 15+30 (fl. 214 C. 10)	Estadía General Hospital Militar Central	Dx anotados (sic)	168	62	37.8°C	90%
31-05-12 17+40 (fl. 211 C. 10)	Estadía General Hospital Militar Central	Sibilante episódico post viral (sic)	180	58		96%
01-06-12 09:36:16 am (fl. 208 C. 10)	Estadía General Hospital Militar Central	Riesgo de falla ventilatoria Neumonía Viral Sibilante episódico post viral	185	45	38.60°C	88%
01-06-12 01:52:49 pm (fl. 209 C. 10)	Estadía General Hospital Militar Central	Riesgo de falla ventilatoria Neumonía Viral Sepsis de origen pulmonar Sibilante episódico post viral	185	45	38.60°C	VMNI por 4 Horas 88%
01-06-12 2:23:57 pm (fl. 25 C. 1) (fl. 207 C. 10)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	Riesgo de falla ventilatoria Neumonía Viral con infección bacteriana Sepsis de origen pulmonar Sibilante episódico post viral	185	45	36.40°C	VMNI por 4 Horas 88%
01-06-12 8:26:12 pm (fl. 26 C. 1) (fl. 206 C. 10)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	Riesgo de falla ventilatoria Neumonía Viral con infección bacteriana Sepsis de origen pulmonar Sibilante episódico post viral	131-142	22- 68	36.40- 37.5°C	VMNI por 4 Horas 90-100%
02-06-12 8:41:27 am (fl. 27 C. 1) (fl. 205 C. 10)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	Riesgo de falla ventilatoria Neumonía Viral con infección bacteriana Sepsis de origen pulmonar Sibilante episódico postviral	176-138	38- 65	38.7-36- .4	VMNI por 4 Horas
03-06-12 11:49:45 am (fl. 201 C. 10)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	Falla ventilatoria <b>Choque Séptico Refractari a (sic)</b> <b>Cristaloides</b> <b>Neumotorax Derecho (sic)</b> Neumonía Viral Coninfección Bacteriana VSR + (sic) Sepsis de origen pulmonar	212-119	36	36.8-37.5	"Con ventilación mecánica FREC 30 P INS 20 PEEP 5 FIO2 55 con tubo torax derecho drenaje 5 CC serohemático" (fl. 201 C. 6)
03-06-12 2:57:14 pm (fl. 200 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	Diagnosticos anotados (sic)	184-131	40- 30	39.3-37.5	"Con ventilación mecánica FREC 30 P INS 20 PEEP 5 FIO2 55 con tubo torax derecho drenaje 10 cc serohemático" (fl. 200 C. 6)

Sede Judicial del CAN - Carrera 57 No. 43-91 Piso 5°  
Correo: [admin38bta@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:admin38bta@cendoj.ramajudicial.gov.co)  
Bogotá D.C.

03-06-12 7:36:29 pm (fl. 199 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	Diagnosticos anotados (sic)	103-170	30-43	36-39.3	82-100 % "Con ventilación mecánica convencional MODO AC FREC 30 P INS 20 PEEP 5 FIO 80 con tubo de torax derecho drenaje 11 cc serohemático" (fl. 199 C. 6)
04-06-12 10:23:04 am (fl. 28 C. 1) (fl. 195 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	Falla ventilatoria <b>Choque Séptico Refractari a Cristaloides (sic)</b> <b>Neumotorax Derecho por VMNI (sic)</b> Neumonía Viral Con Infección Bacteriana VSR + (sic) Sepsis de origen pulmonar	184-220	36	39.3-36.7	"Con ventilación mecánica acoplada. No movimientos anormales. FREC 30 P INS 20 PEEP 5 FIO2 55 con tubo de torax derecho drenaje 12 cc 24 hrs serohemático." (fl. 195 C. 6)
04-06-12 11:18:32 am (fl. 197 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	Falla ventilatoria <b>Choque Séptico Refractari a Cristaloides (sic)</b> <b>Neumotorax Derecho (sic)</b> Neumonía Viral Con Infección Bacteriana VSR + Sepsis de origen pulmonar Riesgo Nutricional Desnutrición Proteico Calórica Moderada 25% (sic)	122	23	39.3-3	96% "Con ventilación mecánica acoplada, sin movimientos patológicos. Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos pulsos isométricos. Ventilación Mecánica sin cambios, murmullo vesicular simétrico sin agregados, saturación adecuada." (fl. 197 C. 6)
04-06-12 2:47:27 pm (fl. 31 C. 1) (fl. 196 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	Falla ventilatoria <b>Choque Séptico Refractari a Cristaloides (sic)</b> <b>Neumotorax Derecho por VMNI (sic)</b> Neumonía (sic) Viral Con Infección Bacteriana VSR + Sepsis de origen pulmonar Riesgo Nutricional Desnutricion Proteico Calórica Moderada 25%(sic)	163-111	34-23	37-36.2	Con ventilación mecánica FREC 25 P INS 20 PEEP 5 FIO2 70
05-06-12 11:13:08 Am (fl. 194 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	Falla ventilatoria <b>Choque Séptico Refractari a Cristaloides (sic)</b> <b>Neumotorax Derecho (sic)</b> Neumonía Viral Con Infección Bacteriana VSR + Sepsis de origen pulmonar	155-111	34-22	37.6-36.2	Con ventilación mecánica FREC 22 P INS 20 PEEP 6 FIO2 65
05-06-12 02:24:58 Pm (fl. 193 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	J980 Enfermedades de la traquea y de los bronquios, no clasificada en otra parte J129 Neumonía viral, no especificada (sic)	161-116	38-28	37-37.6	Con ventilación mecánica FREC 22 PEEP 6 FIO2 65
06-06-12 10:33:42 am (fl. 32 C. 1)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	Falla ventilatoria Choque Septico Refractari a Cristaloides (sic) Neumotorax Derecho por VMNI con neumotorax residual apical anterior derecho (sic) Neumonía Viral Con Infección Bacteriana VSR + Sepsis de origen pulmonar	161-99	38-25	37.6-36.5	Con ventilación mecánica FREC 18 PEEP 6 FIO2 55.



Reparación Directa  
Radicación: 110013336038201400488-00  
Actor: Ángel Alberto Pacheco Tique y Otros  
Demandado: Nación - Ministerio de Defensa Nacional - Ejército Nacional de Colombia  
Fallo de primera instancia

07-06-2012 2:12:50 pm (fl. 34 C. 1) (fl. 186 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	J980 Enfermedades de la traquea y de los bronquios, no clasificada en otra parte J129 Neumonía viral, no especificada (sic)	130-103	46-37	36.2-36.9	"Con ventilación mecánica FREC 22 PEEP 6 FIO2 65. Se continua con manejo y soporte con ventilación mecánica pendiente valoración por cirugía pediátrica para definir conducta con el tubo de tórax." (fl. 186 C. 6)
07-06-2012 8:33:14 Am (fl. 188 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	J980 Enfermedades de la traquea y de los bronquios, no clasificada en otra parte J129 Neumonía viral, no especificada (sic)	156-90	50-35	36.4-37	"Con ventilación mecánica FREC 18 PEEP 6 FIO2 55. ANÁLISIS: ventilación mecánica acoplada al ventilador sin embargo persiste con FIO2 alta." (fl. 188 C. 6)
07-06-2012 09:25:39 pm (fl. 35 C. 1)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	J980 Enfermedades de la traquea y de los bronquios, no clasificada en otra parte J129 Neumonía viral, no especificada (sic)	102-132	38-51	36.1-37.6	92-98% Con ventilación mecánica FREC 18 PEEP 6 FIO 2 40 PIP 17
08-06-2012 2:53:05 pm (fl. 36 C. 1) (fl. 183 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	J980 Enfermedades de la traquea y de los bronquios, no clasificada en otra parte J129 Neumonía viral, no especificada (sic)	149-101	51-36	36.2-37.4	PACIENTE CON OXÍGENO POR VENTIRI AL 50% PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL TOLERANDO EXTUBACIÓN FIO2 50%
08-06-2012 8:35 pm (vto. Fl. 36 C. 1)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	Sin anotación de diagnósticos	170X'	45 X'	37.5°C	94% PACIENTE CON OXÍGENO POR VENTIRI AL 50% "Se logro extubar paciente en la mañana al momento con oxígeno suplementario por por venturi al 50%" (vto. Fl. 36 C. 1)
10-06-2012 10:39:19 pm (fl. 38 C. 1)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	J980 Enfermedades de la traquea y de los bronquios, no clasificada en otra parte J129 Neumonía viral, no especificada (sic)	124	47	36°C	99% PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA Descenso de FIO2 Soporte Ventilatorio PRVC SIMV: PEEP 6 Volumen corriente 50 FIO 60% Frecuencia 25X'
10-06-2012 12:57:47 pm (fl. 177 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	J980 Enfermedades de la traquea y de los bronquios, no clasificada en otra parte J129 Neumonía viral, no especificada (sic)	100	24	36.50°C	97% De nuevo con VENTILACIÓN MECÁNICA No toleró extubación Broncoespasmo Requerimientos altos de FIO2 Se realiza terapia respiratoria descenso de FIO2 (fl. 177 C. 6)

Sede Judicial del CAN - Carrera 57 No. 43-91 Piso 5°  
Correo: [admin38bta@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:admin38bta@cendoj.ramajudicial.gov.co)  
Bogotá D.C.

10-06-2012 05:18:31 pm (fl. 175 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	J980 Enfermedades de la traquea y de los bronquios, no clasificada en otra parte J129 Neumonía viral, no especificada (sic)	124	47	36°C	99% CON VENTILACIÓN MECÁNICA Soporte Ventilatorio PRVC SIMV: PEEP 6 Volumen corriente 50 FIO2 60% PVC 5
10-06-2012 10:39:19 pm (fl. 174 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	J980 Enfermedades de la traquea y de los bronquios, no clasificada en otra parte J129 Neumonía viral, no especificada (sic)	124	47	36°C	99% CON VENTILACIÓN MECÁNICA Soporte Ventilatorio: PRVC SIMV: PEEP 6 Volumen Corriente 50 FIO2 60% Frecuencia 25X' (fl. 174 C. 6)
11-06-2012 7:12:28 am (fl. 39 C. 1) (fl. 173 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	J980 Enfermedades de la traquea y de los bronquios, no clasificada en otra parte J129 Neumonía viral, no especificada (sic)	124	49	36°C	97% PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA Roncus en ambos campos. acoplada a ventilación mecánica. (fl. 173 C. 6)
11-06-2012 10:15:11 am (fl. 40 C. 1) (fl. 172 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	J980 Enfermedades de la traquea y de los bronquios, no clasificada en otra parte J129 Neumonía viral, no especificada (sic)	100	24	36.50°C	95% PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA condición clínica estable, requirio de nuevo ventilació invasiva. (fl. 172 C. 6)
11-06-2012 6:00 pm (vto fl. 40 C. 1)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	Sin anotaciones de diagnósticos	130X'	35 X'	37°C	93% PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA (vto fl. 40 C. 1)
11-06-2012 8:21:22 pm (vto fl. 41 C. 1) (fl. 171 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	J960 Insuficiencia respiratoria aguda J159 Neumonía bacterian, no especificada	150X'	41 X'		91% PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA (fl. 171 C. 6)
12-06-2012 11:09:45 am (fl. 169 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	Falla ventilatoria Toraxcotomía derecha Choque Septico refractari a cristaloides Neumotorax Derecho por VMNI on Torascomia Nemotorax apical anterior residual Neumonía Viral Con Infección Bacteriana VSR + Sepsis de origen pulmonar	130	23		PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA (fl. 169 C.6)
12-06-2012 11:09:45 am (fl. 42 C.1) (Fl. 168 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	Toraxcotomía derecha Neumonía (sic)	124	49	36°C	99% PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA con parámetros bajos Se decide extubación Rx de tórax se evidencia neumotórax apical (Fl. 168 C. 6)
12-06-2012 03:51:17 pm (fl. 43 C. 1) (fl. 167 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	J960 Insuficiencia respiratoria aguda J159 Neumonía bacterian, no especificada	124	49	36°C	99% Se extuba en la mañana ahora con FIO2 50% Monitorización UCIP2 Ventilación Mecánica dinámica extubar hoy (fl. 167 C. 6)

*Reparación Directa*  
*Radicación: 110013336038201400488-00*  
*Actor: Ángel Alberto Pacheco Tique y Otros*  
*Demandado: Nación – Ministerio de Defensa Nacional – Ejército Nacional de Colombia*  
*Fallo de primera instancia*

12-06-2012 10:00 pm (vto fl. 43 C. 1)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	J960 Insuficiencia respiratoria aguda J159 Neumonía bacteriana, no especificada	157	50	36.8°C	"Paciente con evolución satisfactoria quien se logró extubar en la mañana (...) se adiciona lorazepam por inquietud del paciente posterior a retiro de ventilación mecánica. Se inicia oral (...) 99% Monitorización UCIP2 O2 por cámara cefálica para sat. > 88.3 (fl. 167 C. 6)
13-06-2012 09:02:03 am (fl. 44 C. 1) (fl. 165 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	Falla ventilatoria resuelta Choque séptico (sic) Choque Séptico refractario a cristaloides Neumotorax Derecho por VMNI con Toracostomía Nemotirax apical anterior residual (sic) Neumonía Viral + con Infección Bacteriana VSR + Sepsis de origen pulmonar	163-97	51-38	36.3-37.4°C	90-92% Monitorización UCIP2 por oxígeno por venturi para sat. > 88.3 (fl. 165 C. 6)
13-06-2012 02:31:40 pm (fl. 45 C. 1) (fl. 164 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	Falla ventilatoria resuelta Choque séptico (sic) Neumotorax Derecho por VMNI con Toracostomía Nemotirax apical anterior residual (sic) Neumonía Viral + con infección Bacteriana VSR + Sepsis de origen pulmonar Síndrome de abstinencia (sic)	138-214	51-75	36.3°C-36.7°C	99-92% Monitorización UCIP2 por oxígeno por venturi para sat. > 88.3 (fl. 164 C. 6)
13-06-2012 10:53:13 pm (fl. 46 C. 1) (fl. 163 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	J129 Neumonía viral no especificada	141	45	37°C	92% Monitorización UCIP2 por oxígeno por venturi para sat. > 88.3 (fl. 163 C. 6)
14-06-2012 08:27:55 am (fl. 162 C.9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	Falla ventilatoria resuelta Choque séptico (sic) Neumotorax Derecho por VMNI con Toracostomía Nemotirax apical anterior residual (sic) Neumonía Viral + con infección Bacteriana VSR + Sepsis de origen pulmonar	203-180	51-67	36.5-38.5°C	90-99% PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA paciente aceptable estado general quien ha presentado deterioro de su patrón respiratorio (fl. 162 C.6)
14-06-2012 12:31:15 pm (fl. 160 C.9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	Falla ventilatoria resuelta Choque séptico (sic) Neumotorax Derecho por VMNI con Toracostomía Nemotirax apical anterior residual (sic) Neumonía Viral + con infección Bacteriana VSR + Sepsis de origen pulmonar Síndrome de abstinencia (sic)	203-180	51-67	36.5-38.5°C	90-99% PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA SO 2 90-99 Inicialmente con cámara cefálica 40% Con FIO2 50% (fl. 160 C.6)
15-06-2012 11:58:16 am (fl. 47 C. 1) (fl. 157 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	Sepsis de origen pulmonar Sospecha Endocarditis Bacteriana?? Falla ventilatoria resuelta Choque séptico resuelto (sic) Neumotorax Derecho por VMNI con Toracostomía Nemotirax apical anterior residual (sic)= Neumonía Viral Con Infección Bacteriana VSR + Síndrome de Abstinencia Resuelto (sic)	125-193	37-78	36.4°C-38°C	94-100% Monitorización UCIP2 por oxígeno por venturi para sat. > 88 – 93% Con FIO2 50% (fl. 157 C. 6)

*Sede Judicial del CAN - Carrera 57 No. 43-91 Piso 5°*  
*Correo: [admin38bta@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:admin38bta@cendoj.ramajudicial.gov.co)*  
*Bogotá D.C.*



15-06-2012 05:47:02 pm (fl. 49 C. 1) (fl. 156 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	Sepsis de origen pulmonar Sospecha Endocarditis Bacteriana?? Falla ventilatoria resuelta Choque séptico resuelto (sic) Neumotorax Derecho por VMNI con Torascotomía Nemotirax apical anterior residual (sic) Neumonía Viral Con Infección Bacteriana VSR + Síndrome de Abstinencia Resuelto (sic)	138	40	36.80°C	96% Monitorización UCIP2 por oxígeno por venturi para sat. > 88 – 93%3 (fl. 156 C. 6)
15-06-2012 09:55:49 pm (fl. 50 C. 1) (fl. 155 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	Sepsis de origen pulmonar Sospecha Endocarditis Bacteriana?? Falla ventilatoria resuelta Choque séptico resuelto (sic) Neumotorax Derecho por VMNI con Torascotomía (sic) Nemotirax apical anterior residual Neumonía Viral + coinfección Bacteriana VSR + Síndrome de Abstinencia Resuelto (sic)	138	40	36.80	96% REQUIRIENDO O2 POR HOOD A 45% (fl. 155 C. 6)
15-06-2012 05:47:02 pm (fl. 49 C. 1)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	Sepsis de origen pulmonar Sospecha Endocarditis Bacteriana?? Falla ventilatoria resuelta Choque séptico resuelto (sic) Neumotorax Derecho por VMNI con Torascotomía (sic) Nemotirax apical anterior residual (sic) Neumonía Viral + coinfección Bacteriana VSR + (sic) Síndrome de Abstinencia Resuelto (sic)	138	40	36.80°C	96% Monitorización UCIP2 oxígeno por venturi para sat. > 88 – 93%3 REQUIRIENDO O2 POR HOOD A 45% (fl. 49 C. 1)
16-06-2012 08:39:47 am (fl. 153 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	Sepsis de origen pulmonar Endocarditis Bacteriana Descartada Falla ventilatoria resuelta Choque séptico resuelto (sic) Neumotorax Derecho por VMNI con Torascotomía Nemotirax apical anterior residual (sic) Neumonía Viral + coinfección bacteriana VSR + (sic) Síndrome de Abstinencia Resuelto (sic)	200-79	66- 32	36-37.2C	94-100% Rx de tórax evidencia atelectasia apical derecha (fl. 153 C. 1)
16-06-2012 02:28:08 pm (fl. 51 C. 1) (fl. 152 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	J980 Enfermedades de la traquea y de los bronquios, no clasificada en otra parte J129 Neumonía viral, no especificada (sic)	162-98	56- 27	36- 36.5°C	93-100% Monitorización UCIP2 por oxígeno por venturi para sat. > 88 – 93%3  Paciente en buen estado quien ha tolerado descenso de aportes de oxígeno (fl. 152 C. 6)
16-06-2012 09:39:30 pm (fl. 52 C. 1) (fl. 151 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	J980 Enfermedades de la traquea y de los bronquios, no clasificada en otra parte J129 Neumonía viral, no especificada (sic)	136	46	37°C	97% Monitorización UCIP2 por oxígeno por venturi para sat. > 88 – 93%3 FIO 35% (fl. 151 C. 6)
17-06-2012 09:47:48 am (fl. 53 C. 1) (fl. 150 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	Sepsis de origen pulmonar resuelta Endocarditis Bacteriana Descartada Falla ventilatoria resuelta Choque séptico resuelto (sic) Neumotorax Derecho por VMNI con Torascotomía resuelto (sic) Nemotirax apical anterior residual (sic) Neumonía Viral Con Infección Bacteriana VSR + (sic) Síndrome de Abstinencia Resuelto (sic)	160	41	37°C	90% Monitorización UCIP2 por oxígeno por venturi para sat. > 88 – 93%3 Con patrón respiratorio aceptable ha permitido descender aporte de oxígeno (fl. 150 C. 6)
17-06-2012 15:45 (vto fl. 53 C. 1)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	Sin anotación de diagnósticos	161	83	36.8°C	90% Monitorización UCIP2 por oxígeno por venturi para sat. > 88 – 93%3 (vto fl. 53 C. 1)

*Reparación Directa*  
*Radicación: 110013336038201400488-00*  
*Actor: Ángel Alberto Pacheco Tique y Otros*  
*Demandado: Nación – Ministerio de Defensa Nacional – Ejército Nacional de Colombia*  
*Fallo de primera instancia*

17-06-2012 8:49:48 pm (fl. 54 C. 1) (fl. 149 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	Sepsis de origen pulmonar resuelta Endocarditis Bacteriana Descartada Falla ventilatoria resuelta Choque septico resuelto (sic) Neumotorax Derecho por VMNI con Torascotomía resuelto (sic) Nemotirax apical anterior residual (sic) Neumonía Viral Con Infección Bacteriana VSR + (sic) Síndrome de Abstinencia Resuelto (sic)	125	50	37.6°C	88% CANULA NASAL Monitorización UCIP2 por oxígeno por venturi para sat. > 88 – 93%3 (fl. 149 C. 6)  Descenso FIO2 sigue aun muy taquipneica y con oximetrías muy limitrofes
18-06-2012 9:32:42 am (fl. 55 C. 1) (f. 148 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	Sepsis de origen pulmonar resuelta Endocarditis Bacteriana Descartada Falla ventilatoria resuelta Choque septico resuelto (sic) Neumotorax Derecho por VMNI con Torascotomía resuelto (sic) Nemotirax apical anterior residual (sic) Neumonía Viral + coinfección Bacteriana VSR + (sic) Síndrome de Abstinencia Resuelto (sic)	161-81	60- 25	37.6- 36.3°C	90-100% FIO2: CN A 1.5. LT MIN Monitorización UCIP2 por oxígeno por venturi para sat. > 88 – 93%3  FIO2: CN A 1.5 LT MIN (f. 148 C. 6)
18-06-2012 4:47:48 pm (fl. 56 C. 1) (fl. 147 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	J980 Enfermedades de la traquea y de los bronquios, no clasificada en otra parte J129 Neumonía viral, no especificada (sic)	186-139	60- 25	37.6- 36.3°C	90-100% Monitorización UCIP2 oxígeno cánula nasal sat. > 88 – 93%3  FIO2: CN A 1.5 LET MIN (fl. 147 C. 6)
18-06-2012 8:30:55 pm (fl. 57 C. 1) (fl. 146 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	Dx anotados (sic)	186-139	60- 38	37.6- 36.3°C	93-98% Monitorización UCIP2 oxígeno cánula nasal sat. > 88 – 93%3 Paciente adecuada evolución sin deterioro de patrón respiratorio (fl. 146 C.6)
19-06-2012 09:14:18 am (fl. 58 C. 1) (fl. 145 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	Hipertensión Pulmonar Leve (sic) Atelectasia Apical Derecha en Manejo DNT Aguda Sospecha de Inmunodeficiencia? (sic) Sepsis de origen pulmonar resuelta Infección Nosocomial Descartada (sic) Endocarditis descartada Neumotorax Derecho Resuelto Síndrome de Abstinencia Resuelto (sic)	107-186	35- 60	37.6- 37°C	94-98% Monitorización UCIP2 oxígeno cánula nasal sat. > 88 – 93%3 Rx de tórax: Atelectasia apical derecha (fl. 145 C. 6)
19-06-2012 04:07:03 pm (fl. 59 C. 1) (fl. 144 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	Dx anotados (sic)	172	45	37.2°C	90% Monitorización UCIP2 oxígeno cánula nasal sat. > 88 – 93%3 (fl. 144 C. 6)
19-06-2012 08:24:41 pm (fl. 60 c. 1) (fl. 143 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	Dx anotados (sic)	122	47	36.5°C	100% (fl. 143 C. 6)

*Sede Judicial del CAN - Carrera 57 No. 43-91 Piso 5°*  
*Correo: [admin38bta@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:admin38bta@cendoj.ramajudicial.gov.co)*  
*Bogotá D.C.*

20-06-2012 08:44:43 am (fl. 61 C. 1) (fl. 142 C. 9)	Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Militar Central	Diagnóstico de Egreso a Piso: 1. Hipertension pulmonar leve (sic) 2. Atelectasia apical derecha en manejo 3. DNT proteico calorica moderada 35% 4. Sospecha de inmunodeficiencia 5. Sepsis de origen pulmonar resuelta 6. Infeccion Nosocomial Descartada 7. Endocarditis Descartada 8. Neutromax Derecho Resuelto 9. Síndrome de Abstinencia Resuelto (sic) 10. Extubacion Fallida N° 1 por CRUP POS Extubación - S. Abstinencia (sic)  Diagnóstico de Ingreso: 1. Riesgo de falla respiratoria 2. Neumonía Viral + Coinfección Bacteriana 3. Sibilante Episódico Postviral 4. Riesgo Nutricional (DNT MODERADA 25%)	185	45	38.60°C	88%  (fl. 142 C. 6)
20-06-12 17+41 (fl. 133 C. 9)	Pisos Pediatría Hospital Militar Central	1. Hipertensión pulmonar leve 2. Atelectasia apical derecha en manejo 3. DNT proteico calorica moderada 35% 4. Sospecha de inmunodeficit 5. Antecedente de sepsis de origen pulmonar resuelta, neumotorax derecho, extubación fallida - crup POS Extubación	192	38	36.2	91% (fl. 133 C. 5)
21-06-2012 6+45 (vto fl. 135 C. 9)	Pisos Pediatría Hospital Militar Central	1. Hipertensión pulmonar leve 2. Atelectasia apical derecha en manejo 3. Desnutrición proteico - calorica 35% 4. Sospecha de inmunodeficiencia 5. Sepsis de origen pulmonar resuelta	180	45	37°C	93% (vto fl. 139 C. 6)
21-06-2012 17+41 (fl. 140 C. 9)	Pisos Pediatría Hospital Militar Central	1. Hipertension pulmonar leve (sic) 2. Atelectasia apical derecha en manejo 3. Desnutrición proteico calorica moderada 35% 4. Sospecha de inmunodeficiencia 5. Antecedente de sepsis de origen pulmonar resuelta, neumotorax derecho, extubación fallida-crup pos-extubación (sic)	180	45	37°C	93% (fl. 140 C. 6)
21-06-2012 17:05 (fl. 139 C. 9)	Pisos Pediatría Hospital Militar Central	Diagnósticos anotados	128	24		(fl. 139 C. 6)
23-06-2012 8.45 (fl. 136 C. 9)	Pisos Pediatría Hospital Militar Central	1. Hipertension pulmonar leve 2. Atelectasia apical derecha en manejo 3. DNT proteico calorica moderada 35% 4. Sospecha de inmunodeficiencia 5. Sepsis de origen pulmonar resuelta	154	34	36.5°C	93% (fl. 136 C. 6)
24-06-2012 9:30 (Vto fl.135 C. 9)	Pisos Pediatría Hospital Militar Central	1. Hipertensión pulmonar leve 2. Atelectasia apical derecha en manejo 3. Desnutrición proteico calorica moderada 35% 4. Sospecha de inmunodeficiencia 5. Antecedente de Sepsis de origen pulmonar, neumotorax derecho, extubación fallida croupeextubación resuelta (sic)	108	40	37°C	93%
25-06-2012 7+00 (fl. 135, vto. 133 C. 9)	Pisos Pediatría Hospital Militar Central	1. Hipertensión pulmonar leve 2. Atelectasia apical derecha en manejo 3. DNT proteico calorica moderada 35% 4. Sospecha de inmunodeficiencia 5. Sepsis de origen pulmonar resuelta	146	36	37°C	96% (Vto fl.135 C. 6)
26-06-2012 7+00 (vto fl. 131 C. 9)	Pisos Pediatría Hospital Militar Central	1. Hipertensión pulmonar leve 2. Atelectasia apical derecha en manejo 3. Desnutrición proteico calorico moderada 35% 4. Sospecha de inmunodeficiencia 5. Antecedentesepsis pulmonar resuelta, neumotorax derecho, extubación fallida (sic)	130	36	37°C	96% (vto fl. 131 C. 6)

*Reparación Directa*  
*Radicación: 110013336038201400488-00*  
*Actor: Ángel Alberto Pacheco Tique y Otros*  
*Demandado: Nación – Ministerio de Defensa Nacional – Ejército Nacional de Colombia*  
*Fallo de primera instancia*

26-06-2012 7+15 (vto fl. 130 C. 6)	Pisos Pediatría Hospital Militar Central	1. Hipertensión pulmonar leve 2. Atelectasia apical derecha en manejo 3. Desnutrición proteico calorico moderada 35% 4. Sospecha de inmunodeficiencia 5. Sepsis de origen pulmonar resuelta	110	40	37°C	98% (vto fl. 130 C. 6)
26-06-12 10+30 (vto. 132 C. 9)	Pisos Pediatría Hospital Militar Central	1. Hipertensión pulmonar leve 2. Atelectasia apical derecha en manejo 3. Desnutrición protéico calorica moderada 35% 4. Sospecha de inmunodeficiencia 5. Antecedente sepsis pulmonar, neumotorax derecho, extubación fallida N° 1 croup postextubación (sic)	88	26		96% (vto. 132 C. 6)
26-06-12 16+79 (fl. 132 C. 6)	Pisos Pediatría Hospital Militar Central	Diagnósticos consignados (sic)	196	63		80% (fl. 132 C. 6)
28-06-12 7+15 (fl. 129 C. 9)	Pisos Pediatría Hospital Militar Central	1. Neumonía tratada (sic) 2. Sospecha de Inmunodeficiencia 3. Regresión en el dearrasollo psicomotor (sic)	123	35	37°C	94% (fl. 129 C. 6)
10-07-2012 Hora: 14+02 (FI 442 C. 5)	Control Posthospitalización Dispensario Sur Dirección de Sanidad	Paciente con cuadro clínico de +/- 1 día de tos humeda. Rinorrea. Hialina abundante. Polipnea. Movilización de Secreciones. No picos febriles. (sic)	153		36.9°C	97% (FI 442 C. 4)
12-07-2012 Hora: 8+15 (vuelto fl. 256 C. 10)	Control Posthospitalización Especialidad de Pediatría Hospital Militar Central	Delgadez, desplome nutricional multifuncional en recuperación, huellas de sepsis de origen pulmonar, y demás patologías ilegibles.	160	36		93% (fl. 256 C. 6)
27-07-12 Hora: 12+05 (Vto fl. 445 C. 5)	Control Posthospitalización Dispensario Sur Dirección de Sanidad	Paciente dependiente de oxígeno. Presenta polipnea y tirajes intercostales.		48	36.3°C	Falta de equipo para hacer oximetría (Vto fl. 445 C. 5)
23-08-12 Hora: 14+10 (fl. 440 C. 5)	Control Posthospitalización Dispensario Sur Dirección de Sanidad	Congestión con tos, Rinofaringitis	133		36°C	95% (fl. 440 C. 5)
03-09-13 Hora: 15+20 (fl. 436 C. 5)	Control Posthospitalización Dispensario Sur Dirección de Sanidad	Hiperactividad bronquial recurrente, bronquitis, antecedente neumotorax (sic)	98	18	37°C	90% (fl. 436 C. 5)

De acuerdo al anterior contexto, se puede deducir que la menor cuando fue atendida por el Dispensario Cantor Sur de la ciudad, ya había presentado antecedentes de maduración pulmonar fetal, hiperbilirrubinemia, gastroenteritis viral, rinofaringitis aguda, enfermedad diarreica prolongada, deshidratación, y dificultad respiratoria, de ahí que aun cuando no hay prueba que acredite que para el día 25 de mayo de 2012 la menor **AB** padecía una infección respiratoria aguda, seguramente por la omisión de un diagnóstico más profundo, este Juzgado haciendo uso de las reglas de la lógica y experiencia, constata que ella registraba serios problemas de salud pulmonar para ese momento.

Entonces, basado en el seguimiento de las patologías por ella sufridas desde su nacimiento, se puede colegir que el estado de salud que reflejaba al momento de consultar en el Dispensario Cantor Sur de la ciudad, correspondía a una sintomatología grave de dificultad respiratoria, más aun cuando la madre de la

*Sede Judicial del CAN - Carrera 57 No. 43-91 Piso 5°*  
*Correo: [admin38bta@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:admin38bta@cendoj.ramajudicial.gov.co)*  
*Bogotá D.C.*

menor, hizo mención al médico tratante de los síntomas de tos seca, y congestión nasal.

De modo que, se puede determinar que la menor **AB** por evidenciar factores de riesgo consistentes en ser prematura de 36 meses de gestación y con antecedente de maduración pulmonar, hace que la omisión del diagnóstico en aquella consulta en cierta medida acentuara la afectación de salud, comoquiera que el 27 de mayo de 2012 fue ingresada por urgencias del Hospital Militar Central, por presentar un cuadro clínico de neumonía viral de tal magnitud que posteriormente se agudizó y que requirió en diferentes oportunidades ventilación mecánica y oxígeno.

Lo anterior demuestra, que al galeno le faltó ser más riguroso al momento de examinar el estado físico de la menor, porque le asistía la obligación de averiguar por su prematurez, inclusive sobre los antecedentes de salud anteriores a la consulta, y de los procedimientos médicos a ella suministrados, pues es deber del médico tratante monitorear la totalidad de los signos vitales.

De ahí que, no es factible aceptar que aun cuando la madre de la menor **AB** le hizo saber al médico tratante los síntomas padecidos por la niña de tos seca, congestión nasal y supuración en los ojos, únicamente se haya limitado realizar una valoración superficial, puesto que era claro que ella sufría una infección pulmonar, por lo que no resulta coherente con esos antecedentes que le haya sido diagnosticado una conjuntivitis bacteriana sin observar la demás sintomatología.

Por lo tanto, todo indica que el médico tratante no se preocupó por indagar sobre el pasado clínico de la menor ya que se conformó en realizar una valoración muy precaria del estado de salud de ella, pues es obligación del médico galeno practicar la totalidad de procedimientos adecuados para el tratamiento de las diversas patologías puestas a su conocimiento, dado que la *lex artis* obliga al profesional de la medicina al agotamiento de todos los medios a su alcance, para evitar un daño mayor.

Por tanto, si el médico tratante hubiera examinado a la menor con mayor profundidad en cuanto a su condición pulmonar, sin duda se habría percatado de su real estado de salud y se hubiera podido atender la enfermedad con mayor rapidez para que no llegara a los niveles conocidos, cercanos a la muerte de la paciente, los cuales no debieron surgir en forma súbita, en el

corto espacio de tiempo que transcurrió entre la consulta al mencionado galeno y el ingreso de la menor al Hospital Militar Central, pues la lógica y la experiencia indican que una neumonía viral de tal agresividad no evoluciona en ese interregno.

En virtud de lo discurrido, está demostrada la responsabilidad estatal por omisión de diagnóstico en la consulta del 25 de mayo de 2012, motivo por el cual este Juzgado dispondrá su indemnización, teniendo en cuenta que ello contribuyó a que la infección pulmonar padecida por la menor **AB** se agudizara.

En contraste a ello, a juicio del Juzgado no existe en el plenario prueba indicativa de que el calvario que tuvo padecer la menor durante su estadía en el Hospital Militar Central, producto de la omisión de diagnóstico en que incurrió el galeno del mencionado dispensario, fue el factor desencadenante del síndrome hipotónico y del retraso del desarrollo psicomotor.

Cabe señalar que en el presente asunto no se probó que la causa determinante de la enfermedad denominada “*síndrome hipotónico – retraso del desarrollo psicomotor CIE 10 R620*”<sup>59</sup> hubieran sido los diferentes episodios sufridos por la menor durante su estadía en el Hospital Militar Central, sino contrario a lo dicho por el apoderado judicial de la parte demandante, ello tiene un origen congénito.

Es claro, que tampoco está demostrado que la abstención del médico tratante de diagnosticar la infección pulmonar, contribuyera al desarrollo de dicha patología, pues de la valoración probatoria de las documentales incorporadas al plenario se refleja un panorama disímil al planteado por los aquí demandantes.

Efectivamente, de los medios probatorios sobresale lo consignado en el Oficio N° 20173421613591 procedente del Director del Dispensario Médico Suroccidente “*Heroes de Sumapaz*”<sup>60</sup>, según el cual la menor padece una enfermedad de nacimiento denominada “*leucomalacia periventricular con retardo en el neurodesarrollo*”. Esto se corrobora porque la madre de la menor de edad, en consulta por primera vez de neuropediatría practicada el 30 de julio de 2016

---

<sup>59</sup> Folio 13 del Cuaderno 1

<sup>60</sup> Folio 503 del Cuaderno 5

refirió que su hija padecía leucomalacia periventricular<sup>61</sup>. Por tanto, en el curso de la atención médica de ninguna manera se determinó que el retraso del desarrollo psicomotor sea el resultado de los diferentes procedimientos médicos a los que fue sometida la menor **AB** cuando estuvo hospitalizada en cuidados intensivos.

Además, según el Informe Pericial de Clínica Forense N° GCLF-DRB-18774-2017 del 1° de agosto de 2017 procedente del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, se tiene que los problemas de salud que la parte actora le endilga a la omisión de diagnóstico y a la posterior remisión de la menor a cuidados intensivos en el Hospital Militar Central, eran anteriores a todo ello. Veamos:

“(...)

#### **ANÁLISIS Y CONCLUSIÓN**

Se trata de una lactante menor para la época de los hechos con nueve meses de edad, quien como lo documenta la historia clínica presento (sic) previa a la hospitalización de Junio de 2012, presentó múltiples infecciones bacterianas y virales a repetición, y con consultas no oportunas parentales, ya que eran cuadros clínicos que fueron consultados de acuerdo a lo documentado en las anamnesis de 1 semana de evolución, llama la atención, las incongruencias en las versiones dadas por los padres en las cuales mencionan en la historia clínica de ingreso que la niña fue producto de una gestación a término y sin complicaciones y en los controles con neuropsicología se documenta claramente... “**...Desarrollo prenatal y nacimiento: embarazo no planeado, con alto riesgo de aborto, nacimiento pretérmino 36 semanas, con maduración pulmonar, presento ictericia a los 8 días, peso 2800 gramos, talla 47 cm, producto de segunda gestación previo aborto. Lactancia materna hasta los 3 años, terrores nocturnos, hábitos de sueño 09:00 am – 6:00 am. Desarrollo psicomotor: sostén cefálico 3 meses, sedestación 18 meses para hospitalización de unidad de cuidados intensivos, marcha 18 meses, dificultad para desarrollar tareas gruesas asociado a hipotonía, dificultades para desarrollar tareas finas...** “...Lo cual determina un sustrato para la enfermedad pulmonar presentada como lo es un embarazo pretérmino, y el requerir maduración pulmonar que ya genera un cambio en el pulmón lactante, además; (...) Cabe aclarar La Desnutrición crónica no se encuentra asociada con la patología infecciosa, ya que para el ingreso a la hospitalización la niña ya presentada desnutrición crónica y retardo del desarrollo psicomotor.

Lactante menor con comorbilidades que fueron la base y el sustrato para la génesis de la inmunosupresión que con llevo (sic) a las complicaciones respiratorias (pulmonares), cardíacas, renales, y metabólicas, ya que al haber una desnutrición proteico calórica del 35% con desviaciones estándar de -2 en las curvas de crecimiento, cuyo curso es crónico favorecieron que las infecciones en el cuerpo de la niña fueran más difíciles de atacar por su propio sistema inmune. Se descartó infección por virus de inmunodeficiencia adquirida (sic) (VIH) y otras patologías autoinmunes.

<sup>61</sup> Folio 281 del Cuaderno 7



Teniendo en cuenta lo anterior se cumplieron con los protocolos manejo para el diagnóstico clínico y manejo de las patologías, y subsecuentes complicaciones que se derivaron de su (sic) desnutrición crónica, falla en la asistencia a la consulta de urgencias en tiempos oportunos; lo cual ocasionó el cuadro de inmunosupresión, que sin la atención médica recibida por los médicos tratantes pudo haber llevado al deceso de la lactante menor LAURA GABRIELA PACHECO BRIÑAS. (...)<sup>62</sup>

Así, el Despacho insiste en que esos quebrantes en la salud de la menor **AB** no son atribuibles a la infección pulmonar padecida, comoquiera que hay varios medios de prueba que permiten concluir que la omisión de diagnóstico no fue el causante del síndrome hipotónico ni el retraso en el desarrollo psicomotor, pues revisada la historia clínica se tiene que la menor **AB** cuando ingresó por urgencias al Hospital Militar Central ya presentaba desnutrición<sup>63</sup> y retraso en el desarrollo psicomotor<sup>64</sup>.

Ahora, la literatura médica define la hipotonía como una condición que hace referencia a disminución significativa de tono muscular o debilidad muscular, por lo que es bastante probable que el déficit que en esa parte presenta la menor se deba a su desnutrición crónica, pues como lo advirtió Medicina Legal hay “consultas no oportunas parentales”, en otras palabras descuidos de los padres en cuanto a llevar a la niña a consultas médicas tan pronto lo requería su estado de salud. Esa condición se concibe así:

“(…) El síndrome hipotónico del recién nacido (SHRN) se define como la disminución del tono muscular en las cuatro extremidades, tronco y cuello, durante los primeros 28 días de vida extrauterina<sup>65</sup>. El signo cardinal de este síndrome es la hipotonía, siendo este el principal hallazgo al examen físico. Es un cuadro aparentemente poco frecuente pero que plantea un problema diagnóstico importante.

La hipotonía en el recién nacido (RN) puede estar presente como síntoma cardinal o principal, como ocurre en el SHRN, pero también puede ser uno del conjunto de signos y síntomas de un número importante de enfermedades propias de este grupo etáreo, siendo en este caso un signo clínico relativamente frecuente. La presencia de hipotonía per se, ya sea como signo principal o secundario, no tiene mayor relevancia en la evolución de la enfermedad causante de ella; su importancia radica en la potencial asociación a falta de fuerza.

El diagnóstico de hipotonía o tono anormalmente bajo durante el periodo neonatal es subjetivo y se basa en la experiencia del examinador. Al examinar un RN, se debe tener en cuenta, entre otras cosas, la edad gestacional y el estado de sueño-vigilia durante el examen, esto último porque durante el sueño existe una disminución fisiológica del tono muscular, el que se acentúa más durante el sueño activo<sup>66</sup>.

<sup>62</sup> Folio 418 del Cuaderno 8

<sup>63</sup> Folio 56 del Cuaderno 6

<sup>64</sup> Folios 412 a 418 del Cuaderno 8

<sup>65</sup> Alfonso I, Papazian O, Valencia P: Hipotonía neonatal generalizada. Rev Neurol 2003; 37: 228-39.

<sup>66</sup> Kendall E, Schwartz J, Jessell T: Essentials of neural science and behavior. Appleton and Lange; 1995.

Si bien la presencia de hipotonía neonatal es un signo que se presenta en forma relativamente frecuente, hay escasa información en la literatura respecto a su prevalencia, la relación existente entre hipotonía y falta de fuerzas, y menos aún respecto a las causas etiológicas del SHRN. En los escasos reportes respecto a SHRN, se estima que el 80% corresponde a un origen central y dentro de éste la etiología más frecuente es la encefalopatía hipóxico isquémica, seguida por cuadros genéticos, malformaciones del SNC, alteraciones metabólicas, infecciones congénitas (TORCH) y endocrinopatías<sup>67,68</sup>. En cuanto al 20% restante de SHRN, se considera que corresponden a afecciones del sistema nervioso periférico, estimándose que la mayoría de ellos corresponden a enfermedades musculares y con menor probabilidad a alteraciones de placa o de nervio periférico<sup>69</sup> (...)”<sup>70</sup>.

Por lo tanto, como la hipotonía es una condición que hace referencia a disminución significativa de tono muscular o debilidad muscular, es bastante probable que el déficit que en esa parte presenta la menor se deba a su desnutrición crónica, pues como lo advirtió medicina legal hay “consultas no oportunas parentales”, en otras palabras descuidos de los padres en cuanto a llevar a la niña a consultas médicas tan pronto lo requería su estado de salud; y muy seguramente obedezca también a los problemas psicomotores que ya tenía la menor desde antes de desarrollar neumonía viral.

En efecto, se constata en los diagnósticos anotados el 27 de mayo de 2012<sup>71</sup> que la menor **AB** ingresó con peso bajo, de modo que días posteriores a la hospitalización la madre recibió educación nutricional, y a su vez la nutricionista le insistió en el cuidado de la alimentación de la niña. De la misma forma, se constata el concepto de consultas no oportunas parentales, por cuanto obra en el expediente constancias médicas de los especialistas de pediatría y neuropediatría fechadas el 29 de agosto de 2012, y el 26 de noviembre de 2012, que dan cuenta de la inasistencia a los controles de la menor **AB**.

Bajo el anterior panorama, y de acuerdo a la valoración probatoria se tiene por desvirtuado lo alegado por el apoderado judicial de los aquí demandantes en cuanto a imputar el síndrome hipotónico y el retraso del desarrollo psicomotor al ente demandado, en virtud a que no se probó un nexo causal entre la omisión de diagnóstico, la ulterior hospitalización de la menor y esas condiciones de salud.

<sup>67</sup> Richer L, Shevell M, Miller S: Diagnostic profile of neonatal hypotonia: an 11 -year study. *Pediatr Neurol* 2001; 25: 32-7.

<sup>68</sup> Johnston H: The floppy weak infant revisited. *Brain Dev* 2003; 25: 155-8.

<sup>69</sup> Dua T, Das M, Kabra M, et al: Spectrum of floppy children in indian scenario. *Indian Pediatr* 2001; 38: 1236-43.

<sup>70</sup> Consulta efectuada en la página web: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062008000200003](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000200003)

<sup>71</sup> Folio 56 del Cuaderno 6

Por lo tanto, se declara la responsabilidad administrativa y extracontractual de la **NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA – EJÉRCITO NACIONAL** en cuanto a la omisión de diagnóstico, pero no respecto de las demás patologías pues no se probó que se hayan desarrollado a raíz de los problemas de salud que afrontó la menor durante su permanencia en el Hospital Militar Central.

## 7.- Indemnización de perjuicios

### 7.1.- Perjuicios morales

La reparación del daño moral en caso de lesiones tiene su fundamento en el dolor o padecimiento que se causa a la víctima directa, familiares y demás personas allegadas.

En este caso, teniendo en cuenta que si bien el daño a resarcir es la omisión de diagnóstico, advierte esta Judicatura una circunstancia fáctica que no puede pasarse por alto consistente en que el mismo Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses conceptuó sobre las consultas no oportunas parentales, lo que indica claramente la conducta omisiva de los padres de la menor **AB** de darle continuidad a los controles médicos de especialistas, lo que hubiera contribuido a aminorar la infección pulmonar.

Si bien la anterior circunstancia no es suficiente para acreditar que el daño resarcible se produjo por culpa exclusiva de los padres de la menor **AB** por no asistir de forma oportuna a los controles médicos, ello en cierto modo incrementó los riesgos objetivos del desarrollo de la infección pulmonar, más aun cuando el cuerpo médico del Hospital Militar Central, a través del servicio de nutrición en varias oportunidades le insistió a los padres en la adecuada alimentación de la niña.

Debido a lo anterior, se debe aplicar en este caso lo previsto en el artículo 2357 del Código Civil, según el cual *“la apreciación del daño está sujeta a la reducción, si el que lo ha sufrido se expuso a él imprudentemente”*. Se materializa en el *sub lite* una concurrencia de culpas, ya que tanto la omisión de diagnóstico, así como la conducta de los padres de la menor **AB** de no acudir de forma oportuna a los controles contribuyeron a que ella viera agudizada sus dificultades respiratorias.

A raíz de lo anterior, y dado que no se cuantificó en el plenario la gravedad de las lesiones padecidas por la menor por la neumonía viral que desarrolló, lo que impide aplicar la jurisprudencia nacional en cuanto a tasación de perjuicios morales<sup>72</sup>, el Despacho en forma discrecional fija en 40 SMLMV la indemnización a reconocer a cada uno de los padres de la menor **AB** y por supuesto a la misma infante, guarismo al que ya se le dedujo lo que se considera por concurrencia de culpas. Por lo mismo, a la abuela se le reconocerá la mitad de esa cantidad.

En ese orden de ideas, se condenará a la **NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – EJÉRCITO NACIONAL**, a pagar por concepto de perjuicios morales las siguientes sumas de dinero, así:

Para la menor **AB** y sus padres **ÁNGEL ALBERTO PACHECO TIQUE** y **LEYDI FAINSURY BRIÑAS BECERRA**<sup>73</sup>, la suma de dinero equivalente a CUARENTA (40) SMLMV; y para su abuela **ERMINDA TIQUE**<sup>74</sup>, la cantidad correspondiente a VEINTE (20) SMLMV.

## **7.2.- Perjuicios materiales**

Los demandantes de forma general solicitan que le sean indemnizados los perjuicios materiales conforme a lo establecido en el precedente jurisprudencial. Sin embargo, se observa que esta pretensión no está llamada a prosperar, por cuanto no se encuentra probado que las patologías de síndrome hipotónico y retraso psicomotor de la menor **AB** sean atribuibles a la entidad demandada, mientras estuvo internada en el Hospital Militar Central.

Por el contrario, lo que se acreditó dentro del plenario es que esas afecciones en la salud de la menor no se derivaron ni de la neumonía viral que la aquejó ni de los tratamientos o procedimientos médico-quirúrgicos que le fueron practicados mientras permaneció en el Hospital Militar Central, su origen es anterior y por lo mismo ajeno a cualquier conducta que hayan desplegado los agentes o servidores públicos de la entidad demandada.

Por ende, el Despacho no hará ningún reconocimiento a favor de los demandantes por perjuicios materiales.

<sup>72</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 2 de agosto de 2014, Exp. 31172, M.P. Olga Mélida Valle de la Hoz.

<sup>73</sup> Folio 6 del Cuaderno I

<sup>74</sup> Folio 3 del Cuaderno I

## 8.- Costas

Si bien el artículo 188 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo prescribe que “la sentencia dispondrá sobre la condena en costas”, de ello no se sigue necesariamente que ante un pronunciamiento adverso la parte vencida deba ser condenada en costas.

Por tanto, el Juzgado considera que en este caso no hay lugar a imponer condena en costas a la entidad demandada, ya que el ejercicio de su derecho de defensa y contradicción no evidencia el uso de maniobras reprochables.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Treinta y Ocho Administrativo Oral – Sección Tercera del Circuito Judicial de Bogotá D.C., administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

### F A L L A

**PRIMERO: DECLARAR** administrativa y extracontractualmente responsable a la **NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA - EJÉRCITO NACIONAL** de los perjuicios sufridos por los demandantes con motivo la omisión de diagnóstico en que incurrió el galeno tratante el día 25 de mayo de 2012 frente a la atención brindada a la menor **LAURA GABRIELA PACHECO BRIÑAS**.

**SEGUNDO: CONDENAR** a la **NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - EJÉRCITO NACIONAL**, a pagar a **LAURA GABRIELA PACHECO BRIÑAS, ÁNGEL ALBERTO PACHECO TIQUE, LEYDI FAINURY BRIÑAS BECERRA** la cantidad de dinero equivalente a CUARENTA SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (40 SMLMV), para cada uno de ellos.

**TERCERO: CONDENAR** a la **NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - EJÉRCITO NACIONAL**, a pagar a **ERMINDA TIQUE** la cantidad de dinero equivalente a VEINTE SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (20 SMLMV).

**CUARTO: DENEGAR** las demás pretensiones de la demanda.

**QUINTO:** Sin condena en costas.

**SEXTO: ORDENAR** el cumplimiento de esta sentencia en los términos de los artículos 192 y 195 del CPACA.

**SÉPTIMO: ORDENAR** la liquidación de los gastos procesales, si hay lugar a ello. Una vez cumplido lo anterior **ARCHÍVESE** el expediente dejando las anotaciones del caso.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.**



**ASDRÚBAL CORREDOR VILLATE**  
**Juez 38 Administrativo Bogotá D.C.**

DMAP