

MILLER MEJÍA RADA
Abogado
Esp. Responsabilidad y Daño Resarcible



Florencia,

Doctora

FAVIO FERNANDO JIMÉNEZ CARDONA

Juez

JUZGADO TERCERO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO

j03adminfencia@cendoj.ramajudicial.gov.co

Florencia - Caquetá

E. S. D.

Ref.,

Medio de control:	Reparación Directa
Demandante:	LEIDY GUARACA SALAZAR y otros.
Demandado:	HOSPITAL MARÍA INMACULADA E.S.E. y otros.
Radicado:	18-001-33-33-003- 2017-00786-00
Asunto:	Alegatos de conclusión

Cordial saludo señora Jueza.

MILLER MEJÍA RADA, mayor, domiciliado en esta ciudad, identificado con cédula de ciudadanía 1.117.547.086 de Florencia, abogado con tarjeta profesional 341.053 del C. S. de la J., obrando en calidad de apoderado del **HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARÍA INMACULADA E.S.E.** dentro del proceso de la referencia; respetuosamente y de conformidad con lo previsto en el inciso 2º del numeral 2º del artículo 181 del CPACA, me permito formular alegatos de conclusión, conforme a lo siguiente:

1. Análisis probatorio de la ausencia de falla del servicio

En cualquier juicio de responsabilidad, por regla general, existe la posibilidad para el demandado de defenderse atacando cualquiera de los elementos que lo conforman. De tal manera, podrá arremeter en contra del daño, la imputación o el fundamento de responsabilidad.

El Consejo de Estado a través de su sección Tercera ha considerado que la responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud es de naturaleza subjetiva, advirtiéndole que se deberá estudiar desde la falla probada del servicio, como título de imputación, de suerte que se exige acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y este¹. De allí que en este caso le incumbe a la parte actora determinar la falla y, por supuesto probarla, **no obstante, de entrada se expresa que la parte actora**

¹Ver por ejemplo las sentencias del CONSEJO DE ESTADO, SECCIÓN TERCERA, del 31 de agosto 31 de 2006, exp. 15772, C.P. Ruth Stella Correa; del 03 de octubre de 2007, exp. 16402, C.P. Mauricio Fajardo Gómez.

Correo electrónico: milermejia23@hotmail.com

Contacto: 3209794785

Florencia, Caquetá

MILLER MEJÍA RADA
Abogado
Esp. Responsabilidad y Daño Resarcible



no cumplió su carga de demostrar la violación al contenido obligatorio del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARÍA INMACULADA E.S.E.

Ahora para que se configure falla en el servicio médico, el mismo Consejo de Estado ha expresado que deberá la parte demandante debe demostrar que la atención no cumplió los estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso², aunado a que deberá probar que las prácticas galénicas no fueron dispensadas con diligencia y cuidado, es decir, que no se dirigieron utilizando todos los medios posibles, de orden humano, científico, farmacéuticos y técnicos³.

No existe obligación o fundamento para reparar, en consideración que la "supuesta" ausencia de diagnóstico al momento del ingreso de la señora OFELIA GUARACA SALAZAR (Q.E.P.D.), se encuentra justificada por la inexistencia de signos característicos de la enfermedad que la aquejaba, lo que hacía imprevisible la enfermedad. Al respecto ha considerado el Consejo de Estado en reciente pronunciamiento:

*"En este sentido, si el médico actuó con la pericia y cuidado antes mencionada, su responsabilidad **no queda comprometida a pesar de que demuestre que el diagnóstico fue equivocado**, pues es posible que pese a todos los esfuerzos del personal médico y al empleo de los recursos técnicos a su alcance, no logre establecerse la causa del mal, bien porque se trata de un caso científicamente dudoso o poco documentado, **porque los síntomas no son específicos de una determinada patología o, por el contrario, son indicativos de varias afecciones**"⁴*

Conforme a lo anterior, la parte actora pretende acreditar que existió un error en el enfoque diagnóstico de la paciente y, por consiguiente, en el tratamiento que se le dispensó. Para tales efectos, es necesario verificar la postura del Consejo de Estado frente a la responsabilidad médica por error en el diagnóstico y determinar si en el *sub examine* se cumplieron los criterios para su configuración.

"En virtud de lo anterior, la Sala ha afirmado que, para imputar responsabilidad a la Administración por daños derivados de un error de diagnóstico, se requiere acreditar que el servicio médico no se prestó de manera adecuada por alguno de los siguientes motivos:

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

² CONSEJO DE ESTADO, SECCIÓN TERCERA, sentencia del 25 de febrero de 2009, exp. 17149, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

³ CONSEJO DE ESTADO, SECCIÓN TERCERA, sentencia del 11 de febrero de 2009, exp. 14726, C.P. Ramiro Saavedra Becerra.

⁴ CONSEJO DE ESTADO, Sentencia del 18 de mayo de 2017. Radicación No. 76-001-23-31-000-2003-03842-01 (35613). C.P. JAIME ORLANDO SANTOFIMIO GAMBOA.

Correo electrónico: milermejia23@hotmail.com
Contacto: 3209794785
Florencia, Caquetá

MILLER MEJÍA RADA
Abogado
Esp. Responsabilidad y Daño Resarcible



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

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

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

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

vi). Existe una omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto⁵

Así las cosas, es pertinente precisar que en el *sub examine* no se configuró dicho error de diagnóstico, por las siguientes consideraciones:

1. Los médicos tratantes, realizaron un correcto interrogatorio, De la información suministrada se estableció el ingreso con un cuadro clínico de dolor abdominal en parte superior, emesis, diarrea en múltiples ocasiones, diaforesis e hipotensión con trastorno de ansiedad y agitación. Valga mencionar que estos **datos clínicos no se relacionan directa e inequívocamente con el diagnóstico de enfermedad pulmonar.**
2. El galeno si sometió a la paciente a una exploración física completa y seria y ello se consignó en la historia clínica.
3. El mismo galeno ordenó la práctica de exámenes de laboratorio indicados para establecer la etiología de los síntomas. El día 12 de septiembre se le practicó una imagen de rayos X sugestiva de masa en el pulmón izquierdo. No obstante, la paciente no presentaba fiebre, ni tos, ni signos de dificultad respiratoria y en el hemograma no habían indicios de infecciones, **por lo que no mediaba base clínica para sospechar presencia de una neumonía en esta paciente.**
4. Se surtió el seguimiento a la paciente con apoyo del personal paramédico, quienes cumplieron las órdenes médicas dadas.
5. Se interpretaron los exámenes y síntomas en debida forma. La neumonía es una enfermedad de diagnóstico principalmente clínica y no imagenológico. Es decir, que la presencia de una imagen radio opaca en el pulmón no es suficiente para diagnosticar neumonía. Deben correlacionarse los síntomas y signos de la paciente con los hallazgos del hemograma, los cuales en este caso no apoyaban el diagnostico de neumonía. Se hizo todo el esfuerzo diagnostico, incluso ordenando su remisión a

⁵ CONSEJO DE ESTADO, SALA DE CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN TERCERA, Sentencia del 02 de mayo de 2016. Exp. 36.517 y Sentencia de la misma Corporación, Sala y Sección del 03 de octubre de 2016, exp. 40.057 citada en la Sentencia del 18 de mayo de 2017, EXP. 25.613, M.P. JAIME ORLANDO SANTOFIMIO.

MILLER MEJÍA RADA
Abogado
Esp. Responsabilidad y Daño Resarcible



neumología para continuar su estudio y realizar un adecuado tratamiento. Lamentablemente no se llevó a cabo dicha remisión.

Se actuó con diligencia y de acuerdo a los protocolos de manejo, pues cuando se presentaron ya los síntomas de fiebre y dificultad para respirar (04 días después de su ingreso) en la paciente se inició manejo antibiótico. Cuando la evolución no fue adecuada y la paciente se deterioró, se ordenó remisión a UCI, la cual no se concretó, empeorándose su cuadro al punto de la muerte.

6. El médico tratante ordenó la práctica de hemograma, el cual arrojó un resultado normal, no sugestivo de infecciones en la paciente. En las imágenes de radio x de tórax como ayuda diagnóstica, se encontró un radio opaco en el pulmón izquierdo de la paciente, sin que fue indicativo de neumonía.

Los resultados del hemograma ordenado al ingreso de la señora OFELIA GUARACA SALAZAR fueron normales, de allí que no mediaran signos, ni hallazgos al examen físico que mostraran procesos infecciosos.

El 11 de septiembre de 2015, en valoración con el médico internista se consignó en la historia clínica, la ausencia de signos de respuesta inflamatoria sistemática, aunado a que la paciente se encontraba afebril y en la radiografía de tórax practicada se observó una imagen en el pulmón izquierdo radio opaca, frente a la cual era necesario descartar neoplasia, por ello se ordenó una TAC y se dispuso la remisión a neumología.

En la TAC se encontró "*opacidad en pulmón izquierdo*". La señora OFELIA GUARACA SALAZAR no tenía síntomas sugestivos de neumonía como son tos, fiebre, dolor torácico, expectoración. Solo se encontraron anomalías en el pulmón, que en principio se consideró como neoplasia, pero requería confirmación; por cuanto las imágenes sirvieron para la impresión diagnóstica como sugestiva de masa. De tal manera que, de acuerdo a los recursos técnicos disponibles y a los síntomas y signos de la referida señora no están indicativos de neumonía.

Tan adecuado fue el tratamiento de la paciente, que el perito DIEGO DEVIA MANCHOLA (Dictamen aportado por el HMI en la contestación de la demanda), expresó que se demostró con la historia clínica el motivo de consulta, se adaptó el seguimiento, tratamiento y paraclínicos a los cambios clínicos y la evolución con todo lo disponible en el nivel de complejidad. Se resolvió la deshidratación, se documentó y se trató la alteración electrolítica derivada de la pérdida aumentada por diarrea y vómito; se realizó lo pertinente al tratamiento de la hipoglucemia, se descartó evento coronario agudo y se documentaron cambios pulmonares crónicos, se dio soporte ventilatorio y vasoactivo según lo indicado.

Correo electrónico: milermejia23@hotmail.com
Contacto: 3209794785
Florencia, Caquetá



2. Análisis probatorio de la imputación fáctica

La parte demandante considera que la causalidad entre el daño y la muerte de la señora OFELIA GUARACA SALAZAR la constituye *"el error en el diagnóstico, desconocimiento de la lex artis y negligencia médica, durante la hospitalización y remisión de la paciente cuando se encontraba bajo el cuidado y atención"* del HMI.

Sin embargo no es cierto que se hayan presentado las anteriores hipótesis, por cuanto se trató de una paciente que presentó un cuadro final de choque mixto, que aunque presentó al final de la estancia signos y síntomas de patología respiratoria, no se puede determinar con certeza si se trató de una infección pulmonar (neumonía) o de alguna patología diferente (como una neoplasia pulmonar).

Durante los primeros días de hospitalización la paciente no presentó signos ni síntomas de neumonía. Ella ingresó por cuadro de diarrea con desequilibrio hidroelectrolítico, para lo cual se suministró manejo oportuno y adecuado, tal como lo declararon los médicos tratantes LUIS FELIPE GAVIRIA y ANDRÉS FELIPE TRUJILLO.

Téngase en cuenta que conforme al informe pericial de ampliación y/o complemento de necropsia, rendido el 18 de septiembre de 2015, se encontraron los pulmones aumentados de peso y consistencia, congestivos y edematosos y con espuma rosada en la tráquea, sin embargo tal como lo afirma el perito DIEGO DEVIA MANCHOLA **"no habían hallazgos clínicos, ni de la anamnesis, es decir lo que cuenta la paciente al ingreso que sugiriera algún tipo de compromiso agudo en ese momento del funcionamiento de los pulmones desde el punto de vista infeccioso. Para poder concretar el diagnóstico, entonces todos los estudios respiratorios que se hicieron fueron motivados por un hallazgo por la radiografía de tórax que sugería una masa que posteriormente como ya fue descartada que se llama incidentaloma, un hallazgo que no corresponde a los estudios dirigidos a los síntomas manifestados por el paciente pero que aparecen dentro de estudios adicionales y deben ser estudiados de forma paralela que fue lo que se hizo con la paciente"**.

Además, se debe considerar que el perito DIEGO DEVIA expresó que siendo más profundo en el análisis de las posibles causas se tiene que hay un hecho que se le encontró hallazgos de antracos, es decir restos de carbón en los pulmones que se acompaña de lo que como enfisema que es una destrucción de la vía aérea pequeña. Según el experto ello ocurre en el paso de muchos años y va causando daño en el funcionamiento de los pulmones y obligatoriamente daño en el corazón. En ese momento la enfermedad causa una deshidratación, una enfermedad diarreica, una gastroenteritis, con una deshidratación electrolítica importante del sodio, del potasio, del cloro que obliga a la corrección, **pero que ese deterioro de los pulmones ya ha comprometido el funcionamiento del corazón que no es capaz de adaptarse por la enfermedad diarreica aguda y la deshidratación, llevándola al fallecimiento por un edema pulmonar**, que a su juicio se correlaciona con el estudio histopatológico realizado por el patólogo forense del INML

MILLER MEJÍA RADA
Abogado
Esp. Responsabilidad y Daño Resarcible



Ricardo Baquero Torres y practicado a la señora OFELIA GUARACA (QEPD) donde se encontró respecto del pulmón lo siguiente *"Los cortes muestran congestión septal. En varias luces alveolares hay macrófagos, infiltrado inflamatorio neutrófilo, así como células del epitelio respiratorio descamadas; había pigmento de color negro (antracosis) y los vasos están permeables"*.

Igualmente, indicó el perito en comentario que los síntomas no se relacionaron al edema pulmonar y que la paciente recibió manejo farmacológico y para eso se puso furosemida, pero el pilar fundamental porque la paciente estaba descompensada era mejorar la función cardíaca con vaso activos y medicamentos que mejoren la función del corazón y mejorar la presión arterial y eso también lo recibió y otro pilar del tratamiento es el soporte ventilatorio con intubación orotraqueal que también lo recibió.

Además, según DIEGO DEVIA cuando a un paciente se le da ventilación con presión positiva, entendiendo la fisiología pulmonar hace que ese líquido, con la presión que recibe de los alveolos, vuelva y se meta en los vasos sanguíneos. Eso se hizo y lo que mostró es que los gases arteriales que es la prueba de funcionamiento de los pulmones, es que se mejoró la oxigenación. **El problema pulmonar se estabilizó, pero el deterioro cardíaco fue progresivo a pesar de todos los medicamentos que recibió llevándola hasta el paro cardíaco y al fallecimiento.**

Valga indicar que el perito JORGE MARIO VILLA causalmente no pudo emitir una opinión pericial respecto de la causa de la muerte, al punto que en la sustentación del dictamen vaciló al respecto y, no pudo contestar al respecto. El perito también refiere que finalmente no se pudo saber que tenía la paciente. Este hecho explica la razón por la cual se hicieron varias impresiones diagnósticas a lo largo de la hospitalización de esta paciente y finalmente no se llegó a un diagnóstico definitivo que pudiera servir de inicio para un adecuado tratamiento. Teniendo en cuenta lo anterior, no se puede afirmar que haya habido alguna falla en su tratamiento, con lo que concuerda el perito, dado que en definitiva no se pudo llegar a un diagnóstico final que permita evaluar si determinado manejo fue correcto o no.

En el punto 16 de su informe el perito VILLA repite el concepto de que a la paciente se le hicieron 21 diagnósticos diferentes sin llegar a confirmarlos o descartarlos. No obstante en su mismo comentario reconoce que algunos de los diagnósticos se fueron descartando por la misma evolución de la paciente. Por ejemplo los diagnósticos iniciales corresponden a un cuadro de diarrea y vómito con desequilibrio hidroelectrolítico el cual se trató en forma adecuada. La impresión diagnóstica de Infarto del Miocardio quedó descartada por el resultado negativo de las enzimas cardíacas. El hipotiroidismo y el supuesto coma mixedematoso quedaron descartados con el resultado normal de la hormona tiroidea (TSH), para citar algunos de esos diagnósticos.

Lo anterior demuestra que el caso de esta paciente era de una presentación atípica, es decir con síntomas y signos poco claros. Como por ejemplo: el hallazgo de la TAC de tórax que

**Correo electrónico: milermejia23@hotmail.com
Contacto: 3209794785
Florencia, Caquetá**

MILLER MEJÍA RADA
Abogado
Esp. Responsabilidad y Daño Resarcible



el radiólogo consideró como una bronconeumonía, mientras la paciente no tenía ni tos, ni fiebre, ni expectoración los cuales son síntomas típicos de esa patología.

Esto se corrobora en los hallazgos de la necropsia, donde se esperaba que en el caso de una bronconeumonía, se hallara en los cortes histológicos la presencia de células típicas de un proceso infeccioso, como por ejemplo granulocitos, macrófagos, etc, lo que no se describe en el informe.

También, la conexión entre la muerte de la señora OFELIA GUARACA SALAZAR la encuadran en la falta de concreción de la remisión a un centro de mayor complejidad que contara con la especialidad de neumología, no obstante en las bitácoras de referencia y contra referencia se logran acreditar las gestiones emprendidas por nuestra entidad en pro de lograr la misma, advirtiendo que la responsabilidad al respecto es de la EPS de la paciente. El HMI gestiona –como obligación de medios-, sin tener la carga irrestricta de resultado de la remisión efectiva. Es decir que no es un deber jurídico en cabeza de esta entidad sino de la EPS, entidades que deben asegurar la debida prestación de servicios y la contratación con la red de instituciones prestadoras de salud suficientes e idóneas para cada patología de sus afiliados.

3. Del deber de referencia y contra referencia

Debe tenerse en cuenta que la responsabilidad de concretar la remisión es de la EPS del paciente. El HMI hizo lo que le corresponde en forma diligente, oportuna y acorde al manejo que podía darle al caso dado su nivel de complejidad de atención ordenando remitirlo a un centro de mayor complejidad. Véase lo que en materia de referencia y contrarreferencia señala el artículo 17 del Decreto 4747 de 2020:

*"El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es **obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.***

Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos, así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes. La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remitente hasta que ingrese en la institución receptora. Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remitente, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte

Correo electrónico: milermejia23@hotmail.com
Contacto: 3209794785
Florencia, Caquetá

MILLER MEJÍA RADA
Abogado
Esp. Responsabilidad y Daño Resarcible



será responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago" (Negritas fuera del texto).

La remisión -se reitera- se ordenó de manera oportuna, ya si se llega a considerar tardía es menester indicar que este nosocomio no tiene el deber jurídico de materializarla, sino que este recae en cabeza de las entidades responsables del pago de servicios de salud.

Téngase en cuenta que el Consejo de Estado ha condenado a las entidades por la falta de remisión a un centro del nivel superior de complejidad, por la pérdida de oportunidad o de chance. Así, en el caso de un menor que requería ser trasladado a una entidad de mayor complejidad para el tratamiento de la neumonía, hepatitis e insuficiencia renal hepática – cirrosis que padecía y no se hizo tal remisión, pese estar ordenada se dijo:

"Tal y como lo evidenciaron los médicos tratantes del menor Michael Martínez Murillo, debido a la patología padecida por el paciente (neumonía, hepatitis e insuficiencia renal hepática - cirrosis), para la Sala también es claro que la falta de la remisión a una entidad de nivel superior de complejidad y la autorización de la cirugía de trasplante por parte del DADIS pudo no ser la causa adecuada del daño, resumido en la muerte del menor Martínez Murillo, pero sí la causante de la pérdida de oportunidad o pérdida de chance de ser atendido por especialistas, ser intervenido quirúrgicamente y de tener la posibilidad de recuperarse.

(...)

*"Para la Sala, las pruebas aportadas al proceso permiten evidenciar que el Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de INDIAS –Departamento Administrativo de Salud Distrital –DADIS- **actuó de manera negligente al omitir la remisión del menor Michael Martínez Murillo a una institución de nivel superior de complejidad, como le era jurídicamente exigible hacerlo, luego de que los médicos tratantes así lo determinaron**"*⁶ (Negrillas fuera del texto).

En el caso objeto de análisis no se omitió remitir a la señora OFELIA GUARACA SALAZAR (Q.E.P.D.) a un centro de mayor complejidad, la remisión se ordenó en forma oportuna, siendo responsabilidad de la EPS del paciente. No obstante el HMI hizo las gestiones pertinentes para lograr la remisión, siendo infructuosas debido a negación de la aceptación por parte de las entidades receptoras. Mientras tanto el HMI, según sus circunstancias, le dio la atención diligente y oportuna de acuerdo a los recursos disponibles en un hospital de II nivel.

⁶ CONSEJO DE ESTADO, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, sentencia del 01 de octubre de 2018, exp. 13001-23-31-000-2005-00944-01(46375), CP: Martha Nubia Velásquez Rico.

MILLER MEJÍA RADA
Abogado
Esp. Responsabilidad y Daño Resarcible



4. Petición

Colofón de lo anteriormente expuesto, respetuosamente le solicito se sirva despachar desfavorablemente las pretensiones enervadas en contra de mi representado y, se condene en costas y agencias en derecho a la parte demandante, atendiendo lo dispuesto en el 188 y 306 del CPACA y lo prescrito en el numeral 8º del artículo 365 del C.G.P.

Atentamente,



MILLER MEJÍA RADA
C.C. 1.117.547.086 de Florencia
T.P. 341.053 del C.S. de la J.