

Señor Magistrado

GUILLERMO POVEDA PERDOMO

TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DEL VALLE DEL CAUCA

albanellyparra@hotmail.com; juridico@dumianmedical.net;
duvanmartinez@grupo3abogados.com.co; notificaciones@gha.com.co;
astudilloabogados@gmail.com; claudia@astudilloabogados.com;
juridica@hospitaltomasuribe.gov.co; william_aponte80@yahoo.es;
juridico@hospitalrubencruzvelez.gov.co>; vagredo@procuraduria.gov.co

Asunto. **PRONUNCIAMIENTO EN SEGUNDA INSTANCIA PREVIO A
SENTENCIA QUE RESUELVA RECURSOS DE APELACIÓN**

MEDIO DE CONTROL: Reparación Directa
RADICADO: 761113333002-2018-00106-02
DEMANDANTE: Isidro Cuero Valencia y Otros
DEMANDADOS: Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe
de Tuluá E.S.E y otros.

Cordial saludo,

En cumplimiento del traslado ordenado mediante Auto nro.320 del nueve (09) de octubre de dos mil veinticuatro (2024), acudo a su Despacho en nombre de mi poderdante el HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE ESE de TULUÁ, en atención a lo dispuesto en el ordinal **TERCERO** de la providencia, en el sentido de pronunciarnos en relación con el recurso de apelación formulado hasta la ejecutoria del auto.

Apelantes: DEMANDANTE y el HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUA, contra la sentencia nro. 025 del 01 de marzo de 2022, proferida por el Juzgado Segundo Administrativo Oral del Circuito de Buga.

La Sentencia de Primera Instancia:

“PRIMERO. - Declarar administrativa y extracontractualmente responsable a la E.S.E. Hospital Tomás Uribe Uribe de Tuluá (V.), de los perjuicios causados al demandante Isidro Cuero Valencia, de conformidad con lo analizado ampliamente en la parte motiva de la presente sentencia.

SEGUNDO.- Condenar a la E.S.E. Hospital Tomás Uribe Uribe de Tuluá (V.), a pagar a los demandantes las siguientes sumas de dinero:

Por Perjuicios morales:

La suma de 20 SMLMV a favor del señor Isidro Cuero Valencia.

Por daño a la salud

La suma de 20 SMLMV a favor del señor Isidro Cuero Valencia.

TERCERO. - Negar las demás pretensiones de la demanda, por lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.”

Nuestro pronunciamiento al recurso presentado por la parte demandante:

Considera la defensa del HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUA, que no le asiste razón a la apoderada demandante en su pretensión ante la alzada. Sus razones y fundamentos no se acompasan con las pruebas obrantes en el expediente.

Principalmente porque el juicio de responsabilidad dentro de una presunta falla en el servicio médico requiere de un criterio científico de fundamento que acredite el nexo causal, determine que la causa eficiente del daño alegado corresponde a esa falla en el servicio alegada.

En el presente caso el objeto del litigio que llevó a la sentencia de primera instancia se refiere a una supuesta enfermedad nosocomial que nunca fue acredita, pues en el caso No hay dictámenes periciales aportados por los demandantes que acrediten una falla médica o del proceso de atención en lo referido a ese objeto jurídico.

Medicina Legal, ni ninguna otra institución o profesional perito, distinta a la médico laboral fue traída al juicio, como podría ser para el caso particular por infectología o alguna especialidad con capacidad para referirse a las infecciones que estaban en el dicho de los demandantes.

Veamos como quedó planteado:

PROBLEMA JURÍDICO

Establecer si les asiste responsabilidad a las entidades demandadas, por la presunta falla en el servicio de salud prestado al demandante Isidro Cuero Valencia, con la supuesta enfermedad nosocomial adquirida en el preciso momento de aplicarle una inyección el día 14 de junio de 2016.

De resultar afirmativa la respuesta al anterior planteamiento, se analizará si las llamadas en garantía Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A. y La previsora S.A., deben responder por sus llamantes y se determinará conforme a las pólizas, cuál es el monto asegurado.

Con el fin de despejar los anteriores planteamientos, el Despacho abordará el análisis de los siguientes aspectos: i) El régimen de responsabilidad del Estado; ii) La responsabilidad del Estado por la adquisición de infecciones intrahospitalarias; y iii) el caso concreto]

Según el precedente¹ y lo establecido para el caso particular estamos en el campo de aplicación y vigencia de la FALLA PROBADA, no presunta. Sin establecimiento de condiciones de carga dinámica, aligeración o moderación de la misma.

Por tanto, el régimen aplicable es el establecido en el Código General del Proceso respecto a la carga de la prueba, estatuido en el canon 167 bajo la concepción más amplia según la cual ***“Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.”***

Para nuestra jurisdicción impera:

“La posición jurisprudencial que ha manejado la Corporación, los casos de falla médica son revisados actualmente bajo el régimen de la falla probada del servicio, en el cual no solo debe demostrarse la existencia de un daño, sino también su imputabilidad a la entidad que se demanda.”

¹ Sentencia del CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN TERCERA, SUBSECCIÓN C. Consejera Ponente: OLGA MÉLIDA VALLE DE LA HOZ, del veintiocho (28) de enero de dos mil quince (2015). Radicación: 25000232600020010099301 (30628)

RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO - Elementos para su configuración / DAÑO ANTIJURIDICO - Daño sufrido por sujeto que lo soporta / IMPUTACION - Componente que atribuye daño a sujeto

determinado / TITULO DE IMPUTACION - Falla del servicio

“La responsabilidad del Estado se hace patente cuando se configura un daño, el cual deriva su calificación de antijurídico atendiendo a que el sujeto que lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar el perjuicio, tal como ha sido definido por la jurisprudencia de esta Corporación. (...) Los elementos que sirven de fundamento a la responsabilidad son esencialmente el daño antijurídico y su imputación a la administración entendiendo por tal, el componente que “permite atribuir jurídicamente un daño a un sujeto determinado. En la responsabilidad del Estado, la imputación no se identifica con la causalidad material, pues la atribución de la responsabilidad puede darse también en razón de criterios normativos o jurídicos.

Una vez se define que se está frente a una obligación que incumbe al Estado, se determina el título en razón del cual se atribuye el daño causado por el agente a la entidad a la cual pertenece, esto es, se define el factor de atribución (la falla del servicio, el riesgo creado, la igualdad de las personas frente a las cargas públicas). Atribuir el daño causado por un agente al servicio del Estado significa que éste se hace responsable de su reparación, pero esta atribución sólo es posible cuando el daño ha tenido vínculo con el servicio. Es decir, que las actuaciones de los funcionarios sólo comprometen el patrimonio de las entidades públicas cuando las mismas tienen algún nexo o vínculo con el servicio público”. (CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCION TERCERASUBSECCION C. Consejera ponente: OLGA MELIDA VALLE DE LA HOZ- Bogotá, D.C., ocho (8) de mayo de dos mil trece (2013). Radicación número: 25000-23-26-000-2000-01293-01(27522). Actor: ROSULA BENILDA JARAMILLO BENAVIDES Y OTRO. Demandado: HOSPITAL MILITAR CENTRAL)

En lo referente a la imputación de la responsabilidad del Estado, resultaba aplicable la sentencia de 16 de septiembre de 1999, Exp. 10922 M.P. Ricardo Hoyos Duque.

Ahora de los invocados fundamentos de derecho, se estiman claramente contrarios a la pretensión impugnativa los siguientes:

- Para endilgar responsabilidad por daños ocasionados como consecuencia de una falla en el servicio en las actividades médico-sanitarias, según el Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 23 de junio de 2010, Rad.: 19101, el demandante debe acreditar i) el daño, ii) la falla en el acto médico y, iii) imputación. Así lo ha entendido esta Corporación
- Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 31 de agosto de 2006, Rad.: 15772 que, por regla general la responsabilidad medica derivada de daños ocasionados como consecuencia de actividades médico-sanitarias debe analizarse en principio bajo el régimen de la falla probada del servicio, lo que impone al demandante la obligación de acreditar probatoriamente el daño, la falla por el acto médico y el nexo causal entre esta y la consecuencia dañosa.

Lo primero que debió contextualizarse es que existe una teoría de origen Contencioso Administrativo que había fijado el régimen objetivo de responsabilidad del anterior escenario, el cual ha sido recogido y la tesis actual

volvió a ser de la culpa probada. Es un error de fundamento y consideración aplicar la presunción de culpas bajo el régimen objetivo de responsabilidad.

Afirma Tamayo² que:

“En efecto, al más prudente de los médicos o de los hospitales, la sorpresa del virus le genera un súbito desorden en su organización administrativa. Frente a una llegada incontrolable de pacientes infectados, sin tener todo el personal médico y paramédico especializado requerido, sin suficientes unidades de cuidados intensivos ni camas para alojarlos, sin saber qué medicamentos son adecuados, necesariamente se cometen errores por impericia y por la urgencia de tratar de salvar vidas, y de recibir el mayor número posible de pacientes, todo bajo el riesgo de una mayor contaminación de compañeros de trabajo o de pacientes internados por otro tipo de enfermedad. En tales circunstancias, esas equivocaciones, producto de la ignorancia sobre la enfermedad y la sobrecarga de trabajo, no pueden considerarse como culpas, de aquellas culpas que dan lugar a la responsabilidad civil (2020b).”

Le corresponde a quien demande probar la culpa del médico en el proceso de responsabilidad que se inicie en su contra, sin perjuicio del vínculo obligacional que haya surgido entre el paciente con su EPS e IPS.

Aún con la entrada en vigencia del artículo 167 del Código General del proceso que se ha denominado la carga dinámica de la prueba, este artículo en ningún momento ha modificado lo relacionado con el deber que tiene el paciente o sus familiares que demandan un médico de probar su culpa para sacar adelante sus pretensiones indemnizatorias en un proceso de responsabilidad civil médica, precisamente porque el alcance de esta norma, no está orientado a cambiar el “onus probandi” en cabeza de quien ejercita una acción indemnizatoria en contra un médico o institución.

Se concluye entonces, que la carga de la prueba de la culpa del médico en un proceso de responsabilidad médica no puede ser variada so pretexto de dar aplicación artículo 167 del código general del proceso, precisamente porque el artículo 26 de Ley 1164 de 2007 es claro e inequívoco respecto a que la relación de asistencia en salud genera una obligación de medios, por tanto esta obligación supone que quien demanda a un médico tiene la carga de probar su culpa en el daño causado con efectos indemnizatorios, si no logra probar la culpa entonces sus pretensiones tendrán que ser desestimadas.

Por lo anterior, siendo el escenario de la falla del servicio propuesto propio de la responsabilidad médica, toda presunción de culpa, debe dar paso a la prueba técnica directa por tratarse de asuntos especializados, los litigios contra el Estado relacionados con el servicio médico merecen contar con un rigor científico del cual no pueden resolverse simplemente acudiendo a las reglas de la experiencia y de la lógica, sino que su solución precisa de especiales conocimientos técnicos y científicos, de ahí que, ciertos medios probatorios (dictámenes periciales y testimonios técnicos) resulten más adecuados o conducentes que otros, para la acreditación de los supuestos de hecho que sustentan las pretensiones y las excepciones formuladas por las partes.

La ausencia determinante de estas pruebas no permite agravar la situación de la sentencia como lo pretende la parte actora, por el contrario, las pruebas con que cuenta el proceso dan cuenta de orfandad probatoria de ese nexo causal específico por el cual se demanda, y terminan por dilucidar los hechos de forma técnica, orientando que las cosas no son como las cuenta la demanda, ni como lo entiende la sentencia de primera instancia.

² Tamayo, J. (2003). Sobre la prueba de la culpa médica. Bogotá: Biblioteca Jurídica, DIKE.

Respecto a nuestra apelación a la sentencia:

La decisión de instancia requiere una revisión de fondo en razón a los reparos concretos motivados por esta defensa, a saber:

- 1) INCONGRUENCIA entre el objeto del litigio y lo resuelto, en razón a condena por materias expresamente excluidas de la fijación realizada en audiencia inicial.
- 2) Insuficiente valoración probatoria, por falta de estimación del "INFORME CASO ISIDRO CUERO VALENCIA POR REPRESENTANTE LEGAL"
- 3) Insuficiente valoración probatoria, por falta de estimación del dictamen pericial denominado "ACTA JUNTA MÉDICA No. 003, REVISIÓN CASO ISIDRO CUERO VALENCIA CC#87295029"
- 4) Error de apreciación de la prueba "Dictamen pericial de la Junta Regional de Calificación de Invalidez", por valorar la sustentación de la perito más allá de sus capacidades técnicas y tener por ciertas manifestaciones que no fueron objeto de estudio de la Junta Regional, por estar fuera de competencia y especialidad.
- 5) Ausencia de ponderación de las pruebas conocidas.
- 6) Establecimiento de valoración judicial probatoria bajo régimen de tarifa legal.
- 7) Prueba de contradicción negada por el Juez y pendiente para segunda instancia.
- 8) Inadecuada aplicación del régimen de responsabilidad objetiva ante acusada infección nosocomial por la presentación de múltiples evidencias de cuidados de la sepsis hospitalaria, que rompen la culpa presunta, los indicios e inferencias judiciales.
- 9) Inexistencia de prueba de una infección bacteriana de origen hospitalario. Error inferencial al asimilar el fallador una Infección bacteriana a una infección nosocomial.

En procura del entendimiento de estos reparos nuestra valoración probatoria ha estimado:

A. CONCLUSIÓN PROBATORIA

- A1. De los interrogatorios de parte a los demandantes
- A2. De los testimonios traídos a juicio
- A3. De los dictámenes periciales
- A4. De la prueba documental
- A5. De la historia clínica del HOSPITAL TOMÁS URIBE URIBE

B. CONCLUSIÓN RESPECTO A LA AUSENCIA DE FALLA EN EL SERVICIO

- B1. Falta de la prueba de la culpa grave o dolo
- B1. Excepciones alegadas llamadas a prosperar

Los cuales expongo de la siguiente manera:

A. CONCLUSIÓN PROBATORIA

El debate probatorio del presente caso contó con elementos de juicio suficientes para llegar a una conclusión judicial **distinta** con sustento en la práctica probatoria.

Sí se extraña el cumplimiento de una carga de la prueba suficiente por parte de los demandantes que alejara sus dichos de la mera hipótesis y en ese contexto de las creencias respecto al mismo que forjaron tanto los actores como su apoderado.

Con lo desarrollado encontramos que los elementos traídos como parte de la estrategia forjada por la parte actora resultaron especulativos, ajenos a las pruebas documentales y técnicas que vimos en el juicio.

La parte demandante no trajo un perito médico que dictaminará respecto a las supuestas fallas en el servicio. No hay dictamen de Medicina Legal o de alguna especialidad, tampoco una prueba directa que dé cuenta del nexo causal.

En conclusión, la tesis presentada, para el contexto del objeto del litigio cae en terreno infértil por la falta de abono probatorio esmerado y adecuado.

Veamos de manera desglosada:

A1. De los interrogatorios de parte a los demandantes

Interrogatorio de parte de Isidro Cuero Valencia confiesa:

- Desde el inicio del interrogatorio confiesa el demandante que está trabajando y se encuentra en su lugar de trabajo.
- Al momento de los hechos vivía generalmente solo en la ciudad de Tuluá.
- **Sobre el estado general de fiebre al ingreso al Hospital en el 2016 evade la pregunta y dice no recordar.**
- Sobre las enfermedades previas no recuerda con precisión, pero al indicarle sobre otros antecedentes, solo recuerda una marca en la rodilla y olvida tratamiento en dermatología desde 2012 relacionados con problemas en la piel. Esto es contrario a lo visto en la historia clínica.
- **Niega infecciones en la piel, las cuales están registradas en las pruebas documentales.**
- Antes del 14 de junio de 2016 no recuerda tomar medicamentos especiales, solo acetaminofén.
- Niega alergias previas a dipirona y diclofenaco.
- **Confirma que fueron unos 40 minutos lo que duró su atención.**
- El día 14 de junio su atención no generó hospitalización. Pero en su concepto la atención siempre se demoró.
- **Señala sentir calor inmediato, contrario a los registros de historia clínica.**

No comparecieron a rendir Interrogatorio de parte los demandantes Rosa Arcadia Cuero Valencia, José Justiniano Cuero Valencia, María Flora Cuero Valencia, Melba Claudina Cuero Valencia, Wilber Cuero Valencia y Laureana Cuero Valencia.

Por esto, se debieron aplicar con rigor las consecuencias legales de la no comparecencia de los demás demandantes, teniendo en cuenta que para la fecha de esta diligencia están habilitados todo tipo de medios digitales, o presenciales sustitutos, conocidos por la apoderada demandante para facilitar y disponer esta comparecencia.

Igualmente llama la atención que el señor ISIDRO si compareciera, mostrara tener medios tecnológicos y no prestara los mismos a los demás demandantes.

A2. De los testimonios técnicos

No hay pruebas técnicas de la parte demandante.

A3. De los dictámenes periciales

No hay dictámenes periciales aportados por los demandantes que acrediten una falla médica o del proceso de atención en lo referido al objeto del litigio.

Medicina Legal, ni ninguna otra institución o profesional perito, distinta a la médico laboral fue traída a este juicio, como podría ser para el caso particular por infectología o alguna especialidad con capacidad para referirse a las infecciones objeto de litigio.

A3.1. Dictamen pericial de la Junta Regional de Calificación de Invalidez.

En audiencia del 17 de marzo de 2021 siendo las 02:00 de la tarde la perito Judith Eufemia Del Socorro Pardo Herrera informa:

- Que es vocera de la Junta
- Que no hicieron valoración directa del paciente
- Que en los antecedentes reportados hay múltiples patologías de base
- Concluye que el conjunto diagnóstico hay varias patologías, entre ellas algunas no relacionadas con el presente proceso.
- Ven que tiene cicatrices en la cara lateral del muslo izquierdo que es irregular y otra en el glúteo izquierdo
- Total de pérdida de capacidad laboral total del 10,60
- Origen accidente común
- **Concluyen que no tiene pérdida de capacidad de movilidad de extremidades inferiores: Cero secuelas**

A preguntas del Despacho se concluye:

- En la revisión está el antecedente de una aplicación de un medicamento intramuscular
- **No se refiere a la causa de la infección si fue nosocomial o no.**
- **Aclaró que el paciente se puede infectar en la casa varias horas después.**
- No profundizó sobre la técnica de aplicación de la inyección intramuscular, **ni señaló en el caso particular alguna falla en la aplicación.**
- Indica que son muchos factores que intervienen en los protocolos de bioseguridad, pero no llega a señalar nada al respecto ante el caso en concreto. Se queda en la generalidad.

El señalamiento de una eventual o posible lesión física en nervio por punción no tiene relación en la causa del litigio, no fue establecido este punto como objeto del debate y por tanto ninguna de las demandadas se refirió en su defensa a ese tema. **Por lo que esta discusión es incongruente con el objeto del litigio.**

El debate es respecto al proceso de infección.

A las preguntas de este apoderado HDTUU, contestó:

- El porcentaje definitivo de la pérdida de 10.60, puntaje que determina un desempeño viable para trabajar por que su rol laboral es de 5 con limitaciones leves, que no le impiden volver a trabajar, no es invalido.
- **No se discutió nada respecto a la infección nosocomial en esta junta de calificación.**
- **No vio si las infecciones eran multisensibles o multirresistentes, no revisaron los cultivos ni los antibiogramas.**
- Señaló que la fiebre es un signo de infección, una de las primeras causas.
- **Cuando se valora al inicio en consulta del Hospital Tomás Uribe Uribe presentaba fiebre de 38 grados.**
- **Afirma que ante la fiebre es posible que existiera una infección anterior a la colocación de la infección.**
- En el dictamen no se evaluaron las condiciones de habitabilidad, no se sabe si su hogar implica o no un medio sano libre de contaminación, no llegan hasta allá. Dice que vive en casa alquilada, viaja en bicicleta.
- En los antecedentes del paciente la perito no se le envió historia clínica del 2012, por tanto, no conocieron, ni evaluaron, en lo que le aportó la parte demandante sus manejos y tratamientos previos.
- En la historia clínica no hay manifestación previa del paciente respecto a antecedentes de alergias a la dipirona o al diclofenaco.

Al final del dictamen aclara que su dictamen se centra sobre la historia clínica que le aportaron, por lo cual, ante la falta de los antecedentes, y de los exámenes de cultivos y antibiogramas, **el objeto de observación de la perito es deficiente, incompleto, en razón a lo que conoció la perito.**

Igualmente se deja constancia que su trascendencia y especialidad solo se ciñe a la calificación de la pérdida de la capacidad laboral, no como un par médico tratante, que pueda referirse a la técnica de la inyección o a la infección discutida.

Aún más, para su competencia no es un dictamen definitivo porque no conoció de los últimos exámenes de recuperación y tratamiento al paciente. Por tanto, **el daño que evalúa no está referido a un estado de recuperación definitivo, sino en un estadio anterior sin considerar su evolución favorable y el grado último de recuperación.**

A4. De la prueba documental del HDTUU

- 1) Historia clínica aportada con la contestación de la demanda.
- 2) Informe bajo juramento del Representante Legal del Hospital Tomás Uribe Uribe, ESE de Tuluá (folios 573-580)
- 3) Transcripción de la historia clínica.
- 4) Protocolos de atención:
 - a. MA-RF-MA- 004 MANUAL DE BIOSEGURIDAD
 - b. MA-RF-PT-008 DESINFECCIÓN DE BAÑOS
 - c. MM-GH-GI-008 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS
 - d. MM- GH-PT-078 LAVADO DE MANOS
- 5) Hoja de vida y certificados de estudio, de personal que atendió al paciente, según la transcripción de la historia clínica.

Del conjunto de pruebas documentales traídas al proceso por el Hospital Tomás Uribe Uribe tenemos que obra principalmente la historia clínica que como aspecto principal indica que **el paciente ingresa con un estado de fiebre cursando, siendo este un síntoma de infección.** Igualmente, en los antecedentes de historia clínica constan las enfermedades relacionadas con **infecciones cutáneas a repetición.**

De los protocolos de atención y manuales de bioseguridad se prueba la existencia de controles e instrucciones para el manejo de la sepsis institucional, con los cuales se desvirtúa que un contagio infeccioso dentro de la institución de salud no corresponde a los cuidados y controles de la entidad. Por el contrario, desvirtúan toda presunción al respecto y devuelven la carga de la prueba a los demandantes **quienes tendrían que demostrar que no hay infección previa, que las condiciones de habitación del paciente no son medios de cultivo de las infecciones objeto del debate, o que el paciente no las portaba previamente al ingreso institucional.**

A5. De la historia clínica del HOSPITAL TOMÁS URIBE URIBE

Siendo esta una plena prueba, **no tachada por los demandantes,** se deben hacer las siguientes anotaciones relevantes:

A folio 3 PDF de la historia clínica transcrita se evidencian antecedentes en piel que incluye micosis generalizadas, fetidez interdigital, lo cual da cuenta de un amplio historial de condiciones no asépticas en el paciente:

Dic 3/2012 edad: 39 años Peso: 66 kg

Hongos en el pie.

Erupción IV - V dedos pie izquierdo, automedicación, reaparece hace 6 meses aprox.

Deformidad dedos, descamación inguinal, manos, cuello, columna

Recibe fluconazol, neofungina

Refiere dolor, humedad interdigital, pápulas puntiformes blancas - ilegible - en piel. Dolor torácico opresivo ocasional vespéral

ANT: disminución de agudeza visual

EF: 110/70 FC 60 FR 16

Afebril, halitosis, hiperpigmentación en cuello

C/P: bien

Abdomen: dolor pélvico

Fisuras, fetidez interdigital

IDX: 1) Micosis generalizada

2) Dolor torácico

3) Gastritis

Terbinafina, clotrimazol, omeprazol, micostatin talco, tinidazol, mebendazol

Uroanálisis, EKG, optometría



Firma y sello: JAIRO TORRES ARANA - médico cirujano

A folios 2 PDF de la historia clínica transcrita se observan antecedentes relevantes de tratamiento por dermatología con 10 años de evolución. Nota del 8 de abril de 2013:

Abril 8/13 DERMATOLOGIA 39 ANOS

MC: Hongos en las uñas

EA: 10 años de evolución de onicomycosis la cual ha aumentado de tamaño

AP: anotados

Paciente con descamación palmo plantar, principalmente manos, intertrigo entre dedos de los pies y xerosis

cutánea

DX: dermatitis de contacto manos

Intertrigo dedos

Xerosis cutánea

Cx: ketoconazol tab por 20 días - lubriderm - clotrimazol gotas



Firma y sello : JOHVANNA TAMAYO - dermatóloga

A. CONCLUSIÓN RESPECTO A LA AUSENCIA DE FALLA EN EL SERVICIO

B1. Falta de la prueba de la culpa grave o dolo

De acuerdo a las reglas con las que llevó el proceso estaba claro que el régimen aplicable al caso, conocido como regla del debate jurídico, **no implicó la disposición judicial de una inversión de la carga de la prueba o la aplicación de un régimen probatorio especial**, por el contrario, la regla probatoria que imperó fue la carga de probar al demandante y así se decretaron pruebas y se surtió todo el debate, con el debido proceso para las partes.

Con las pruebas recaudadas no existe un reproche fundado respecto a una falla en el servicio médico asistencial o administrativo, por el contrario, la historia clínica en conjunto con las declaraciones de los médicos que atendieron el servicio, médicos tratantes del HOSPITAL TOMAS URIBE URIBE, informan y aclaran los yerros interpretativos de la demanda.

Es contrario a la *lex artis* afirmar, como lo hace la demanda, que la infección discutida es del tipo hospitalaria o nosocomial. Por el contrario, estamos frente a un caso de una **infección multisensible**, que puede habitar en cualquier parte, porque *"La infección por gérmenes multisensibles es aquella en la cual los microorganismos que se aíslan, ya sean bacterias, hongos, etc. son sensibles a varios antibióticos."*

En otras palabras, la infección por la que se acusa y condena es del tipo común o callejera, no del tipo hospitalario.

No hay prueba en el expediente, ni con este traslado, que demuestre la existencia de una falla en el servicio y mucho menos que establezca un nexo causal entre la infección y una presunta falla en el servicio médico por mala sepsis institucional.

Según el resultado de nuestro Comité de Conciliación tenemos:

"La salud del paciente estuvo en manos del personal médico y de enfermería con el que cuenta la institución de salud, el cual se encuentra plenamente calificado para el desempeño de su labor, le fueron suministrados todos los medicamentos necesarios para la recuperación de su salud y se puso a su disposición toda la infraestructura médica.

No solo fue receptor de nuestra atención médica continua y debida, sin que se incurriera en el descuido de continuarle atendiendo por un solo instante, distinto es que las evoluciones de sus múltiples dolencias generaron un aceleramiento en el desmejoramiento de su salud. Actuación con la cual se desestiman las imputaciones efectuadas en la solicitud, ante la inexistente de la culpa contractual que se le pueda atribuir a mi representado, careciendo de obligación alguna de indemnizar perjuicios, puesto que se obró en forma correcta y con apego a todos los procedimientos y protocolos médicos establecidos para propender por una atención adecuada y continua a las personas que acuden ante esta institución de salud en procura de alivio.

Asimismo es importante manifestar, que se da estricto cumplimiento a las obligaciones contractuales que se crean para con los pacientes, consistentes en garantizar la prestación del servicio médico que necesitan para el tratamiento de su patología, acudiendo para ello al personal médico y de enfermería, no obstante el resultado no querido por el paciente y por sus familiares no va ligado necesariamente a la culpa del médico o la institución porque el ejercicio de la medicina no es una ciencia exacta en la que se pueda garantizar la sanación o la vida, por cuanto el acto médico no engendra una obligación de

resultado sino de medio, toda vez que el médico y consecuentemente la ESE no está obligada a garantizar la sanación, porque cada ser humano responde de una manera particular a la patología que lo aqueja y en muchos casos escapa a la capacidad de control tanto del médico como de la institución la recuperación de la salud del paciente, pero no por ello se predica la culpa, no por la falta de sanación se concluye responsabilidad del médico o de la ESE.

Por lo anterior, se puede llegar a la conclusión de que a la E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUÁ, Empresa Social del Estado, no le asiste culpa alguna en el desmejoramiento del estado de salud del paciente; como tampoco en el resultado final dado que los argumentos expuestos en la solicitud."

Ante la falta de evidencia probatoria que acredite la falla en el servicio o que desestime la tesis de la defensa, debemos pensar que la teoría del caso apunta a la ocurrencia de cuadro infeccioso previo en la región glútea.

Está probado que el paciente llegó a consulta por el cuadro clínico de cefalea, náuseas y fiebre, con lo cual hay evidencia que el paciente tenía un cuadro infeccioso previo en la región glútea, que se explica también por los antecedentes de afecciones en piel generalizadas (micosis, intertrigo de años de evolución desde 2012) y sobre infestadas muchas de ellas con tratamiento prolongado por la especialidad de dermatología. Puntos estos que también se constatan en la prueba documental de historia clínica.

Además, siendo el demandante un paciente inmunodeprimido con cuadro clínico de proceso infeccioso en glúteo izquierdo, que a su ingreso en el servicio de urgencias llegó con un proceso infeccioso por la sintomatología descrita más antecedentes personales de enfermedad dermatológica de larga data (enfermedad de piel y faneras), no es cierto que le introdujéramos una infección cargada en la jeringa, o con una jeringa infectada.

Al respecto aportamos pruebas documentales no controvertidas sobre los procesos de asepsia, de los protocolos y cuidados institucionales, que acreditan los cuidados y controles en el campo asistencial.

Lo que sucede aquí es que las infecciones cutáneas propias del paciente, encontraron en el punto de inyección la puerta de acceso y cultivo de la infección cutánea multisensible. En otras palabras, todas las personas y en especial con antecedentes, tienen y llevan consigo una flora bacteriana, con la que conviven y resultan oportunistas ante la más minúscula injuria.

Ahora, esa injuria de la inyección es parte del procedimiento de colocación del medicamento, por tanto, no se debe derivar de ella una responsabilidad del tipo dolosa porque la misma ni existió, ni está probada, ni siquiera en grado de culpa. De hecho, esa injuria producto de la inyección de un medicamento vía intramuscular es un riesgo inherente propio del acto asistencial de colocación del un medicamento ordenado, por la vía, y de manera adecuada.

No está probado error en la técnica de inyección, ni error en el medicamento aplicado, ni siquiera es ese el objeto del debate.

No obstante, se aclara, hay prueba de hoja de vida y títulos del personal médico y asistencial que acredita la capacidad técnica, experiencia y experticia del nuestro personal de enfermería. Esas documentales no fueron tachadas de ninguna manera.

Que la infección estudiada fuera del tipo multirresistente implica que su vector causante no era del medio hospitalario, excluyéndose así ante la prueba de cultivo de la infección que la misma sea del nosocomio.

La infección por gérmenes multisensibles es aquella en la cual los microorganismos que se aíslan, ya sean bacterias, hongos, etc. son sensibles a varios antibióticos.

Pero es que señor Juez, obra prueba en los hechos de la demanda que **ACREDITA CONFESIÓN:**

*HECHO 12. "Paciente con fiebre malestar general se aplicó Dipirona presentando como efecto secundario a esta fascitis necrotizante por stafilococo que requirió manejo en UCI, además bacteremia por Klebsiella no blee y streptomana, **asociado a su enfermedad**, desacondicionamiento físico severo, falla renal manejada por hemodiálisis"*

La infección después de la colocación de la inyección, **no es por mala praxis o por inducción de la infección, resulta asociada a la enfermedad de base del paciente.** Así que la oportunista tesis que asume a partir de la inyección un nexo con falta de asepsia hospitalaria, es totalmente equivocada.

No es este el lugar para una lógica común y simplista de inferir culpa grave o dolo por la ocurrencia temporal de unos eventos, cuando existen múltiples pruebas del origen de la infección, ajena al Hospital.

Según la información contenida en la historia clínica revisada sí se pueden identificar los actos médicos producto de la atención brindada al paciente que desde el 2012 fue tratado por lesiones dermatológicas generalizadas, cuyo foco de infección y puerta de entrada pudo haber sido cualquier sitio.

No hay evidencias contundentes de omisión de alguna práctica o protocolo de asepsia.

No hay evidencias de la existencia de infección nosocomial (infección asociada a los cuidados de la salud) en un paciente ambulatorio que no esté en área de hospitalización y con menos de 48 horas en la institución como es el caso, que se atendió en urgencias fue dado de alta ese mismo día y regresa pasadas 48 horas. No se produjo alergia al medicamento. La reacción a medicamentos se manifestaría de forma inmediata y hubiera sido de carácter generalizada.

En suma, se concluye que no hubo mala práctica médico asistencial.

B2. Excepciones alegadas llamadas a prosperar

Con la contestación se propusieron y argumentaron las siguientes excepciones:

Primera. AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD RUPTURA DEL NEXO CAUSAL.

Se encuentra probado que entre el presunto daño y la conducta de los agentes del Hospital que represento no existe nexo causal. El daño alegado no es consecuencia de la causa indicada por los demandantes, como derivados de una supuesta bacteria nosocomial de nuestras instalaciones.

No existen pruebas que mi defendida o su personal actuaran de forma deficiente, negligente o imperita que causara la infección del paciente demandante.

El paciente en historia clínica declaró el día 11 de enero de 2017 que él hace 15 meses presentaba masa inguinal bilateral, con lo cual la prueba documental certifica que esa condición no apareció a consecuencia de una inyección aplicada en nuestro hospital, como se plantea por los demandantes. Es por tanto un hecho y una condición médica previa al ingreso por urgencias el 14 de junio de 2016.

Segunda. **FALTA DE ACREDITACIÓN QUE LA INFECCIÓN AL PACIENTE FUE ADQUIRIDA EN EL HOSPITAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUÁ**

No fue probada esta condición que es el objeto único del debate, ni siquiera se probó que estuviéramos en el contexto de una infección hospitalaria. Así el régimen aplicable no es el objetivo. Y según la jurisprudencia invocada por esta defensa desde la contestación (Rad 1995-113369-01 (27771)) CP Hernán Andrade Rincón establece que para que pudiera declararse este tipo de responsabilidad al Estado quien alega haber sufrido ese tipo de perjuicio deberá acreditar que la infección que afectó al paciente demandante fue adquirida en el centro de salud.

En este caso, se concluye que la supuesta infección de una bacteria nosocomial al señor ISIDRO CUERO VALENCIA no fue adquirida o inoculada en nuestra institución. Quedo incierto el escenario en que adquirió la infección, sin embargo, su naturaleza se comprobó que era por bacterias comunes, callejeras no de los quirófanos.

Tercera. **IMPOSIBILIDAD DE EVITAR EL RIESGO**

Aún si se dejara la discusión en el campo de una infección adquirida en la institución se probó la existencia previa de protocolos de manejo y cuidado de las condiciones sépticas institucionales.

No quedaron probadas las condiciones previas asépticas o el estado de salud libre de aquella infección. De hecho, **llegó con fiebre y previamente tenía masa inguinal bilateral, sin contar con todos los antecedentes recurrentes de afectaciones en la piel, y manejo por dermatología, en donde se verifican patologías base preexistentes.**

El paciente previamente conocía que tenía alergia a la DIPIRONA, pero en ningún momento advirtió al servicio del Hospital Tomás Uribe de ese antecedente, que se conoce reportado en las historias clínicas de las otras instituciones, lo cual explica la reacción clínica que presentó.

Con esta exposición de las pruebas encontramos que de su valoración sistemática y conjunta, la conclusión a la que debía llegar el Juez de Instancia era totalmente distinta a la tomada.

Ratificados todos nuestros reparos.

No obstante, hacemos un especial énfasis en la **Inexistencia de prueba de una infección bacteriana de origen hospitalario. Error inferencial al asimilar el fallador una Infección bacteriana a una infección nosocomial.**

Es un error interpretativo judicial entender que toda infección bacteriana es una infección nosocomial. **No observó la diferencia de científica que existe en la definición de fondo de estos conceptos.** Aspecto relevante por cuanto este error permitió adentrarse en un marco fáctico y un régimen de responsabilidad ajeno al que mandaba el caso particular.

En dos oportunidades, se expuso el concepto de esta diferenciación.

“Al respecto se reunió JUNTA MÉDICA de expertos en la institución, de cuya conclusión doy cuenta en el presente informe, para afirmar que la infección discutida no es del tipo hospitalaria o nosocomial, sino que por el contrario es una infección multisensible, que puede habitar en cualquier parte. Me explico con soporte en el documento anexo en el que se conceptúa:

“La infección por gérmenes multisensibles es aquella en la cual los microorganismos que se aíslan, ya sean bacterias, hongos, etc. son sensibles a varios antibióticos”.

En el caso particular la infección bacteriana que se encontró en el paciente no está probado que fuera de gérmenes multirresistentes que huéspedes hospitalarios.

Esto no sólo lo dijo el Representante legal del Hospital, quien también tiene la calidad de médico, sino otros seis (6) profesionales con experiencia que hicieron parte de la Junta Médica, a saber:

- Dr. Omar Ramírez, Médico Internista
- Dr. Eduardo Cruz, Médico Internista
- Dra. Anelis Cobas, Médica Internista
- Dr. Luis Alfredo Tacam, Médico Internista
- Dr. Fabio Villarreal, Calidad
- Dr. Guillermo García, Coordinador Médico

Ahora bien, no es cuestión de número, sino de observancia de la prueba, bajo el entendido que son profesionales adscritos a la institución, que no fueron tachados por su vínculo, relación o interés. **Por tanto, no debió ser descartada su opinión calificada.**

Aún, es más, si se criticara su vinculación con la institución, eso tampoco les descalifica, simplemente imponía al Juez un tamiz de valoración más riguroso, un cuidado especial, **más no daba ello un aval para descartarlos de tajo.**

Sobre el origen de la infección bacteriana esa JUNTA MÉDICA institucional conceptúo:

*“Por el cuadro clínico de cefalea, náuseas y fiebre, pensamos que el paciente pudiera tener un cuadro infeccioso previo en la región glútea, que se explica también por los **antecedentes de afecciones en piel generalizadas (micosis, intertrigo de años de evolución desde 2012) sobreinfectadas muchas de ellas con tratamiento prolongado por la especialidad de dermatología.***

*Paciente inmunodeprimido con cuadro clínico de proceso infeccioso en glúteo izquierdo, que a su ingreso en el servicio de urgencias **llegó con un proceso infeccioso por la sintomatología descrita y teniendo como antecedentes personales de enfermedad dermatológica de larga data (enfermedad de piel y faneras), con sitio evidente de entrada de cualquier proceso infeccioso.***

(...)

*Según la información contenida en la historia clínica revisada si se pueden identificar los actos médicos producto de la atención brindada al paciente que desde el 2012 fue tratado por lesiones dermatológicas generalizadas, cuyo foco de infección y puerta de entrada pudo haber sido cualquier sitio. No hay evidencias claras de omisión de alguna práctica o protocolo de asepsia. **No hay evidencias de la existencia de infección nosocomial (infección asociada a los cuidados de la salud)** en un paciente ambulatorio que no esté en área de hospitalización y con menos de 48 horas en la institución como es el caso, que se atendió en urgencias fue dado de alta ese mismo día y regresa pasadas 48 horas”.*

La evidencia científica es antagónica a la conclusión judicial. La infección era de patógenos propios de la piel del paciente, de ahí su denominación **“Staphylococcus epidermidis”**

A folio 39 manuscrito y 87 de 189 en PDF, se encuentra la EPICRISIS de la Clínica Mariangel (DUMIAN MEDICAL), por tanto, está probado:

2016-07-26	INTERPRETACIÓN ESTUDIOS IMAGENOLOGIA:
15:35	SERVICIO: HOSPITALIZACION
	carlos.polanco - CARLOS EUGENIO POLANCO VALVERDE
	ESPECIALIDAD: INTERNISTA
	DIAGNÓSTICO CLÍNICO:
	SEPSIS DE TEJIDOS BLANDOS:
	---- FASCITIS NECROTIZANTE POR Staphylococcus epidermidis
	---- MIONEKROSIS

En el caso es abundante el antecedente del paciente con infecciones a repetición en la piel, siendo su origen la propia flora humana, no una flora de contaminación de quirófanos.

Esto tiene carácter científico por definición:

<http://www.higiene.edu.uy/cefa/2008/Staphylococcus.pdf>



SECCIÓN III

Etiopatogenia
microbiológica

16. Género Staphylococcus

(...)

Página 257

16 | Género
Staphylococcus

V. Seija

(...)

Introducción

Staphylococcus aureus se destaca como un importante patógeno humano, produce infecciones tanto en la comunidad como a nivel hospitalario. En la comunidad, las infecciones por *S. aureus* son a menudo agudas, piogénicas y superficiales, aunque también puede producir, con menor frecuencia, infecciones profundas como osteomielitis, neumonía y endocarditis aguda. A nivel nosocomial *S. aureus* es un importante agente de infecciones de herida quirúrgica, de prótesis y otras. También *S. aureus* es causa de una serie de infecciones producidas por toxinas como el síndrome del shock tóxico, la intoxicación alimentaria y el síndrome de piel escaldada.

Staphylococcus epidermidis es integrante de la flora normal de piel pero produce infecciones crecientes de piel y anexos, colonizando cuerpos extraños y también es causa de infecciones profundas en huéspedes inmunocomprometidos.

Staphylococcus saprophyticus es causa de infección urinaria baja en la mujer joven.

(...)

258

TEMAS DE BACTERIOLOGÍA Y VIROLOGÍA MÉDICA

Tentativamente el género *Staphylococcus* se colocó dentro de la familia *Bacillaceae* junto a otros géneros, *Bacillus*, *Gamella*, *Listeria*, *Planococcus*, etc.

Los estafilococos son cocos Gram positivos, catalasa positivos y el diamino ácido en el peptidoglicano es la L-lisina. El género *Staphylococcus* posee alrededor de 30 especies, de las cuales destacaremos *S. aureus*, *S. saprophyticus* y *S. epidermidis*.

Hábitat

Staphylococcus epidermidis es integrante de la flora normal de la superficie corporal donde sobrevive gracias a sus lipasas, mientras *S. aureus* se encuentra habitualmente a nivel de

Existe error judicial de apreciación e interpretación de la materia científica en punto al origen de la infección, el tipo de patógeno y el régimen aplicable.
Aspectos muy relevantes, que terminaron exponiéndose en las consideraciones como si este caso tuviera una prueba médica o de alguna ayuda diagnóstica con la cual soportar esa opinión judicial con mayor credibilidad que la exhibida.

Por el contrario, desconoció el fallador de instancia los antecedentes del paciente, y la tipificación de las bacterias que le afectaron, las cuales contaban con prueba objetiva obrante en el proceso.

Y es entendido el error en el sentido que **el Juez suplantó el conocimiento científico y confundió, por asimilación, una infección bacteriana grave, con origen en la flora normal humana, con una infección nosocomial.**

Es más, en reseña de la sentencia a folio 18 se trae una cita de mucha relevancia, pues en ella se presenta la infección por **“Staphylococcus epidermidis”** y se indica que esa infección era sensible al antibiótico VANCOMICINA.

2016-07-24 (...) sepsis de tejidos blandos: - - - fascitis necrotizante por staphylococcus epidermidis- - - mionecrosis bacteremia por klesiella pneumoniae blee negativo y stenotrophomona malthophilafalla renal aguda akin 3anemia multifactorial, con componente hemolíticohta novotto: ciprofloxacina d2 (...) análisis (justificación):paciente quien se encuentra en manejo medico por infección de tejidos blandos con adecuada evolución clínica, cultivo de secreción de glúteo izquierdo positivo para staphylococcus epidermidis sensible a vancomicina, por tratarse de paciente renal se ajusta dosis a cada 75 horas 1gr dado a tfg de 8. en el momento paciente hemo dinámicamente estable, afebril, tranquilo. se solicita creatinina, bun y potasio control. se suspende endoscopia dado a tolerancia de alimentos de forma adecuada. pendiente toma de mn de pelvis (...). (Negrilla del Despacho).

Esto es totalmente relevante, por el origen de la infección y por la **sensibilidad de la bacteria a antibióticos de uso común y frecuente**, mención que deja el caso por fuera de la presunción de una infección intrahospitalaria y da muchas más razones para concluir que **la bacteria no era de origen clínico sino de la patología y flora propia del paciente.**

A folio 33 de la sentencia se extracta justamente la alta sensibilidad que tenía:

2016-07-23 (...) nota: reporte de cultivo secreción región gluteaplan: *análisis(justificación): reporte de cultivo de región glúteo, con reporte resistente a ciprofloxacina, sensible a vancomicina, se espera reevaluación por medicina interna y nefrología para definir conducta en antibiotiocultivo de gérmenes comunes *secreción glúteo izquierdo. Oxacilina cim >=4 resistente quinupristin/dalfopristin <=0,25 sensible vancomicina 1 sensible nitrofurantoina <=16 sensible resistencia inducible aclindamicina negtetetraciclina 2 sensible trimetoprim/sulfametoxazole >=320 resistente rifampicina >=32 resistente teicoplanina 2 sensible clindamicina >=8 resistente eritromicina >=8 resistente moxifloxacina 1 intermedio ciprofloxacina >=8 resistente linezolid 2 sensible minociclina <=0,5 sensible gentamicina >=16 resistente elevo floxacina 4 intermedio staphylococcus epidermidis antibiograma cmi (...).

El Despacho conoció que la “**Staphylococcus epidermidis**” era sensible para VANCOMICINA, a NITROFURANTOINA, a TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOLE, a CLINDAMICINA, a MINOCICLINA y GENTAMICINA, pero, al contrario, el Juez lee de este resultado y considera **equivocadamente** que es multirresistente, y así lo plasma:

y posteriormente tratado en la Unidad de Cuidados Intensivos, con ocasión de dar manejo a su diagnóstico inicial de “*absceso cutáneo, furúnculo y ántrax de glúteos*”, mediante la práctica de diversos exámenes médicos (ecografía de tejidos blandos, resonancia nuclear magnética cerebral y doppler arterial y venoso de miembro inferior izquierdo), de laboratorio (reporte de hemocultivos) y quirúrgicos (limpieza y debridamiento de herida en glúteo izquierdo), los que permitieron llegar a un diagnóstico definitivo de “*sepsis de tejidos blandos – fascitis necrotizante*” presente en el glúteo, muslo y el resto de la extremidad inferior izquierda del demandante, enfermedad de **carácter infeccioso** y cuyo **origen** pudo ser determinado posterior a la práctica de 3 cultivos bacterianos, los que revelaron que ésta se habría generado con ocasión de la presencia en la herida presente en su glúteo izquierdo, **de una bacteria denominada “staphylococcus epidermidis”, la que conforme con los resultados arrojados por el último cultivo realizado, el 23 de julio de 2016, resultó ser de carácter resistente a varios medicamentos (ciprofloxacina, quinupristin/dalfopristin, rifampicina, teicoplanina, eritromicina, moxifloxacina, y linezolid).**

Por tanto, tomó partida dando una opinión científica, **descartó la sensibilidad de la bacteria, sin tener respaldo en una opinión pericial experta al respecto**, que por ejemplo determinara si era más sensible o más resistente, y conceptuara si con ese cultivo era o no nosocomial.

Se equivocó ostensiblemente en su lectura e interpretación de la prueba.

Cuando se indica que la “**Staphylococcus epidermidis**” era sensible para VANCOMICINA se tiene que según literatura médica la VANCOMICINA se ha usado desde 1956 y es usualmente indicada para tratar los Staphylococcus epidermidis” según:

<https://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/v004.htm#:~:text=Los%20siguientes%20microorganismos%20son%20considerados,sp.%3B%20Lactobacillus%20sp.%3B>

Veamos:

INDICACIONES Y POSOLOGIA

Los siguientes microorganismos son considerados susceptibles a la vancomicina: *Actinomyces sp.*; *Bacillus cereus*; *Bacillus sp.*; *Bacillus subtilis*; *Clostridium difficile*; *Clostridium sp.*; *Corynebacterium jeikeium*; *Corynebacterium sp.*; *Enterococcus faecalis*; *Enterococcus faecium*; *Enterococcus sp.*; *Lactobacillus sp.*; *Listeria monocytogenes*; *Staphylococcus aureus* (MRSA); *Staphylococcus aureus* (MSSA); *Staphylococcus epidermidis*; *Streptococcus agalactiae* (estreptococo del grupo B); *Streptococcus bovis*; *Streptococcus pneumoniae*; *Streptococcus pyogenes* (grupo A beta-hemolítico) y *Streptococcus Viridans*.

Y es que en este juicio no se observó que el origen de la otra bacteria también determinaba una multisensibilidad a los antibióticos, aspectos que debió estudiarse de manera conjunta y complementaria.

La evidencia del caso respecto a la bacteria “**klebsiella pneumoniae**” es contraria a la conclusión judicial porque en las notas de historia clínica esta bacteria es declarada con **MULTISENSIBLE**. A lo cual, nuevamente la junta médica pericial del HDTUU informó que esa sensibilidad declarada como múltiple determina que es una bacteria que no ha sido atacada, no tiene hace resistencia a muchos antibióticos, por tanto, ajena al concepto y criterio que le podría determinar su origen como hospitalario.

Se reitera, las bacterias de origen nosocomial son multi- RESISTENTES, y esta tampoco lo era.

A folio 31 la sentencia lo extracta, sin más, sin darse cuenta que el conjunto de infecciones están reportando multisensibilidad:

2016-07-19 09:52 servicio: UCI intermedio (...) sepsis de tejidos blandos: ---- fascitis necrotizante- --- mionecrosis- bacteremia por *klebsiella pneumoniae* blee negativo- falla renal aguda aki 3- anemia multifactorial, con componente hemolítico (...).

(...) *análisis(justificación): paciente hemo dinámicamente estable. sin sirs. sin soporte ventilatorio o vaso presor. Tiene sepsis de tejidos blandos en resolución, aunque presenta colección en muslos en rm de tejidos. Rescate microbiológico para *klebsiella* multi sensible y *sthenotropona malthofila*. tiene lesión renal aguda akin iii pornta en hemodialisis. se decide por completar sus objetivos en ucim traslado a hospitalización a cargo de m. interna. nefrología y ortopedia...

Peor aún, a folio 32 se extracta el resultado de un antibiograma concluyente respecto a la multi sensibilidad.

(...) INTERPRETACIÓN APOYO DIAGNÓSTICO: 12/07/2016:
Hemocultivo #1 de CVC positivo a las 5 horas de incubación, #2 de Línea arterial y #3 de Miembro superior izquierdo positivos a las 10 horas de incubación. RESULTADOS DE ANTIBIOGRAMA: *Klebsiella pneumoniae* spp *pneumoniae* PIPERACILINA + TAZOBACTAM Sensible <=4 CEFTRIAXONA Sensible <=1 CEFTAZIDIMA Sensible <=1 IMIPENEM Sensible <=0,25 AMIKACINA Sensible <=2 GENTAMICINA Sensible <=1 CIPROFLOXACINA Sensible <=0,25 AMPICILINA SULBACTAM Sensible 4 MEROPENEM Sensible <=0,25 ERTAPENEM Sensible <=0,5 CEFEPIME Sensible <=1 CEFOXITIN Sensible <=4 TIGECYCLINE Sensible <=0,5 BLEA - Neg DORIPENEM Sensible <=0,120

Por tanto, sí había prueba directa, conocida y transcrita en la sentencia que determina el resultado de una ayuda diagnóstica que concluye que esta infección era MULTISENSIBLE, por tanto, ajena al hospital. Sin embargo, la opinión judicial plasmada en la sentencia y no la opinión de un perito experto es la que determinó que las bacterias de este caso eran del tipo nosocomial, de manera contraria a la evidencia conocida.

Corolario a lo anterior, y al encontrarse acreditado el nexa causal deviene en obligatorio para este Operador Judicial declarar que la E.S.E. Hospital Tomás Uribe Uribe de Tuluá (V.) es administrativa y extracontractualmente responsable de la afectación a la salud del demandante Isidro Cuervo Valencia, cuando el 14 de junio de 2016, expuso al demandante a un riesgo en su salud y con ocasión de ello adquirió una enfermedad de carácter nosocomial o intrahospitalaria, cuyos efectos generaron secuelas de importancia en su salud, siendo la principal de ellas, la afectación de la movilidad de su pierna izquierda y por ende deberá responder por los perjuicios hoy alegados por los actores.

No niega nuestra parte que el paciente tuvo en desarrollo una infección bacteriana grave que requirió tratamientos, negamos es que la infección fuera hospitalaria.

La enfermedad de carácter infeccioso y cuyo origen pudo ser determinado posterior a la práctica de 3 cultivos bacterianos, revelaron que ésta se habría generado con ocasión de la presencia en la herida presente en su glúteo izquierdo, de una bacteria denominada "*staphylococcus epidermidis*", con multisensibilidad, bacteria que por definición tiene origen en la flora que habita en la piel humana y de manera oportunista infectó y daño al paciente.

Visto esto con más razón la tesis que cree el Despacho, traída por los demandantes, pero hace suya al llenar los vacíos conceptuales con inferencias y deducciones, es errada, y necesitaba atender a la opinión más experta en la materia para salir de su error.

Pudo haberlo visto y entendido con lo dicho por la junta médica pericial, pero prefirió atender a su entendimiento directo del asunto, descartando la prueba técnica que ofrecía el más claro soporte técnico al asunto, fijando para ella una tarifa legal inexistente.

Por todo lo anterior ruego no se acceda a la apelación de los demandantes, más sí a la de esta defensa, revocando los ordinales 1, 2, 5 y 6 de la Sentencia No. 025 del JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE GUADALAJARA DE BUGA (V.) proferida con fecha del primero (01) de marzo de dos mil veintidós (2022), y en su lugar absolver de toda responsabilidad al HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMÁS URIBE URIBE demandado y se declare la inexistencia de la falla del servicio allegada en esta demanda, con la consecuente condena en costas a los demandantes, para lo cual solicito se tenga en cuenta el incumplimiento de su obligación de probar.

Valoradas las causales de apelación y las pruebas, se solicita revoque la decisión de primera instancia y en su lugar profiera la sentencia sustitutiva que en Derecho corresponda, en la que se incluya la exoneración del HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMÁS URIBE URIBE, absteniéndose de condenar perjuicio alguno a su cargo. En consecuencia, solicitamos la revocatoria de los numerales PRIMERO, SEGUNDO, QUINTO y SEXTO de la citada providencia.

Solicitamos dejar sin efectos la condena en costas y agencias en derecho para ambas instancias en razón a que existió debate respecto a las pruebas y de las obrantes no se acredita sin tacha la falla en el servicio; no está probada la existencia de las costas y agencias en derecho; y más relevante aún, porque en este caso las pretensiones prosperaron solo parcialmente y en ese caso el Juez de instancia está habilitado para abstenerse de condenar en costas (Numeral 5° del artículo 365 del Código General del Proceso)

Atentamente,



ROBERTO ALFONSO JIMÉNEZ OLIVARES
Apoderado HOSPITAL TOMÁS URIBE URIBE DE TULUÁ
C.C. 72.236.290, T.P. 155080 C.S. de la J.
Tel. 3107687865 sirr.colombia@gmail.com