

Neiva, marzo 13 de 2025

Doctora

MARÍA ELENA CAICEDO YELA.

JUEZ DÉCIMO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO ORAL DE CALI.

E. S. D.

Referencia: Radicación Nro. 76001-33-33-010-2018-00134-00.

Demandantes: **ROBERTO ANTONIO ROBLEDO MENA, ILUMINADA ROBLEDO RAMÍREZ** y otros.

Demandados: **MUNICIPIO SANTIAGO DE CALI.**
HOSPITAL CARLOS CARMONA MONTOYA, E.S.E., de CALI.
GRUPO FABILU LTDA - CLÍNICA COLOMBIA.

Medio de control: **REPARACIÓN DIRECTA.**

Asunto: **ALEGATOS DE CONCLUSIÓN.**

MANUEL HORACIO RAMÍREZ RENTERÍA, identificado con la C. C. Nro. 4.813.393 y T. P. Nro. 250.343 del C.S. J., actuando en nombre propio y como apoderado judicial de los demandantes **ROBERTO ANTONIO ROBLEDO MENA**, y otros en el proceso de la referencia, dentro del término de 10 días concedido en audiencia celebrada el 27 de febrero de 2025, comedidamente me permito presentar los **ALEGATOS DE CONCLUSIÓN**, conforme lo establece el artículo 181 del C.P.A.C.A., alegatos que presento en los siguientes términos:

RESPECTO DE LA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA Y PATRIMONIAL DE LA RED DE SALUD DEL SUR ORIENTE - HOSPITAL CARLOS CARMONA MONTOYA ESE.

Esta entidad debe ser declarada responsable administrativa y patrimonialmente por las evidentes fallas en el servicio de atención a la paciente **CARMEN FLORINDA RAMÍREZ RENTERÍA**, el día cinco de agosto de 2016, por las siguientes razones.

1. Por la demora en la atención de la paciente desde que ingresa a las 08:02 horas hasta que es atendida en el servicio de urgencias.

Consta en la Historia clínica, que la paciente ingresó a las **08:02 a.m.**, del día 05-AGO-2016 (**folio 52 del archivo 01 Cuaderno físico completo**) y el Dr. Helmer Bocanegra Libreros, clasificó la urgencia en el TRIAGE II, como URGENCIA ALTA con diagnóstico de ECV, sin embargo, a la sala de urgencias ingresó a las **10:51 a.m.** (**folio 53 del archivo 01 Cuaderno físico completo**), evidenciándose un retardo de casi 3 horas para ingresarla a la sala de urgencias desde que llegó al Hospital.

2. Por la demora en la remisión de la paciente a una entidad de nivel superior.

Consta en la Historia clínica, (**folio 53 del archivo 01 Cuaderno físico completo**), que la paciente ingresó a la sala de urgencias a las **10:51 a.m.**, a las **12:20**, sale remitida en ambulancia para el HUV (Hospital Universitario del Valle), (**folio 54 y 55 del archivo 01 Cuaderno físico completo**), para valoración especializada por DX ECV a estudio. Contabilizándose una demora en la remisión de casi dos horas.

Tanto en la contestación de la demanda el Hospital Carlos Carmona (**folio 460 del archivo 01 Cuaderno físico completo**), como en la historia clínica (**folio 473 del archivo 01 Cuaderno físico completo**), tenemos que en el triage la urgencia fue clasificada como Alta, triage 2.

Conforme a lo establecido en la resolución Nro. 5596 del 2015, mediante la cual el Ministerio de Salud y Protección Social, definió los criterios técnicos para el sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencias “Triage”, la cual dispone en su artículo 5º, categorías del triage numeral 5.2 así:

(...) TRIAGE II: La condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría. Reforzar planteamiento (...).

Tanto la resolución Nro. 5596 del 2015, del Ministerio de Salud y Protección Social, establece que en urgencias clasificadas en TRIAGA II, la atención no debe superar los 30 minutos, como lo dicho por el Perito Dr. JHON CARLOS BARAHONA URBANO, en su dictamen pericial **folio 643 archivo 01 del cuaderno físico completo**, donde consignó lo siguiente:

“Tratamiento del ACV agudo.

El diagnóstico preciso y el tratamiento (rápido en horas), es crítico. Todo paciente con isquemia aguda focal transitoria o permanente debe ser admitido para tratamiento hospitalario. En términos generales el mejor resultado se obtiene en unidades de cuidado crítico o unidades para ACV en donde la vigilancia médica y de enfermería sea continua.”

Lo anterior indica que era muy importante la remisión oportuna, la cual el Hospital CARLOS CARMONA no hizo dentro del tiempo que establece la resolución arriba citada. Este retraso en la remisión incidió directamente en el deterioro de salud de la paciente, teniendo en cuenta que al ingresar a la UCI en la Clínica Colombia, la hemorragia subaracnoidea, es decir, la cantidad de sangre regada en el cerebro era FISHER II, anotación del día 5 de agosto **folio 261** y dictamen del perito a folio 643, a folios **262 y 263 archivo 01 del cuaderno físico completo**, pero al llegar a la Clínica Colombia ya la hemorragia había aumentado a FISHER III y el día 7 de agosto ya estaba en FISHER IV (Folios 264, 266) lo mismo para el día 8 de agosto a folio **268 archivo 01 del cuaderno físico completo**.

Si la remisión y la atención hubieran sido oportunas la hemorragia no habría aumentado tan rápido de FISHER II a FISHER IV y seguramente la condición de salud no habría empeorado.

2). Por el cambio inexplicable del destino de la remisión.

Reza en la historia clínica del Hospital Carlos Carmona, (**folios 475 y 476 del archivo 01 Cuaderno físico completo**), textualmente lo siguiente:

“EVOLUCIÓN. 12.20 PTE ADULTA MAYOR QUE SALE REMITIDA EN AMBULANCIA PARA EL HUV PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA POR DX: ECV A ESTUDIO, SE OBSERVA SOMNOLIENTA, SALE PTE CONCIENTE, CON LEV PERMEABLES EN MSI CON 02 POR CANULA A 3 LITROS POR MINUTO, EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR Y PERSONAL PARAMÉDICO. TURNO ANTERIOR MARISOL ARAGÓN AUXILIAR DE ENFERMERIA”.

Debo hacer énfasis en que la solicitud de la historia clínica se radicó el 31 de agosto de 2016 y la respuesta se allegó en 5 folios, el 1º de septiembre de 2016, es decir, 27 días después de la atención a la paciente.

Después que el demandante ROBERTO ANTONIO ROBLEDO, recibió la historia clínica; la Red de Salud Sur Oriente Hospital Carlos Carmona Montoya, en la contestación de la demanda en el año 2019, casi 3 años después, dice que:

“... A las 8:53 AM, se envía correo de solicitud de cupo a Clínica Colombia, Clínica de los Remedios, Clínica de Occidente y HUV”. (folio 461 del archivo 01 Cuaderno físico completo)

“A las 11:12 la Clínica Colombia responde ya acepta a la paciente con código J 098-233, por el Dr. Zúñiga Intensivista”. (folio 461 del archivo 01 Cuaderno físico completo) “El HUV, no había enviado respuesta hasta ese momento”. (folio 461 del archivo 01 Cuaderno físico completo).

A dicha información allegada tardíamente, no se le debe dar mayor credibilidad, por varias razones, entre ellas: (i) Porque si esa solicitud fue enviada a través de correo como lo dice el apoderado y la respuesta de la Clínica Colombia, fue el 5 de agosto de 2016, es decir, ya existía cuando el 31-AGO-2016, se solicitó la historia clínica, entonces ¿Por qué no la allegaron junto con la historia clínica?, ¿por qué allegan un documento que en primer lugar no es una impresión de un correo electrónico y en segundo lugar, lo allegan 3 años después?

(ii) Si fue cierto que la nota de remisión se hizo o se debió haber hecho en la mañana del 05 de agosto de 2016, ¿Por qué razón la CLÍNICA COLOMBIA, entidad que está seriamente cuestionada por que la remisión no era para ella, guardó absoluto silencio sobre la existencia del “supuesto correo de solicitud y de aceptación” para recibir la paciente?, (iii), ¿Porqué la Clínica Colombia no allegó copia de eso correo?.

Ahora bien, a folio **481 del archivo 01 Cuaderno físico completo**), aparece el siguiente aparte

Estado			
Estado	ubicado	Causa	cancelado_usuario_mal_comentado
Fecha de Creación	05/08/2016	Creado Por	
Asignado a		Fecha de Modificación	05/08/2016

En el ítem – **causa**, aparece lo siguiente: “Cancelado usuario mal comentado”.

No registra quien lo creó, tampoco la hora y mucho menos quien es el responsable de hacer el registro por parte de la ESE Hospital Carlos Carmona Montoya.

Ese registro además de estar incompleto, está diciendo que fue cancelado por usuario mal comentado, es decir, que allí algo hubo mal, además de los espacios en blanco.

Lo anterior deja muchas dudas sobre la idoneidad de la prueba aportada.

(iii) Si fue cierto que FABILU LTDA – CLÍNICA COLOMBIA, EN ADELANTE CLÍNICA COLOMBIA, a las 11:12, respondió que sí recibía a la paciente (folio **484 del archivo 01 Cuaderno físico completo**) ¿Por qué razón aparece en la historia clínica la remisión para el HUV, siendo que la paciente sale remitida del hospital Carmona a las 12:20? ((folio **475 del archivo 01 Cuaderno físico completo**)).

Lo manifestado por la RED DE SALUD DEL SUR ORIENTE, en el sentido que envió correo de solicitud y aceptación de atención a la paciente, no es prueba suficiente para demostrar; por el contrario, lo que existe en el expediente, es una prueba documental que es la historia clínica que demuestra que la remisión se ordenó para el HUV ((folio **475 del archivo 01 Cuaderno físico completo**) y no para la CLÍNICA COLOMBIA.

El desvío de la paciente a un sitio de remisión diferente al ordenado en la historia clínica, no fue un caso fortuito y menos de fuerza mayor, tampoco se trató de culpa exclusiva de la paciente y tampoco fue un hecho de terceros, ello es responsabilidad única y exclusiva de la **RED DE SALUD DEL SUR ORIENTE – HOSPITAL CARLOS CARMONA MONTOYA**, pues fue la entidad quien contrató la ambulancia y en ella iba MARISOL ARAGÓN, Auxiliar de enfermería del turno anterior, según dice la Historia clínica ((folio **475 del archivo 01 Cuaderno físico completo**))

Pero si, en gracia de discusión se aceptase que la **CLÍNICA COLOMBIA**, respondió que sí recibía a la paciente, esto le agrava la responsabilidad a CLÍNICA COLOMBIA, pues habiéndole comentado que la situación de la paciente era una ECV, que necesariamente iba a requerir auscultación, o revisión, o examen del cerebro y estando el aparato – **angiógrafo**- en mantenimiento era obvio que no debió haber aceptado recibir a la paciente, pues de ser así, fue una grave irresponsabilidad, al recibir a la paciente sin tener el aparato necesario disponible para atenderla.

Ahora bien, el mismo abogado en su “ANÁLISIS DEL CASO” folio **486 del 01 cuaderno físico completo**, reconoce que existió un error cuando precisa lo siguiente; *“... La auxiliar MARISOL ARAGON, afiliada a AGESOC, empresa con la que se contrata al personal de enfermería de urgencias de la RED DE SALUD SUR ORIENTE ESE, y no tripula ambulancias, tampoco se desplazó con la usuaria ese día.*

Al parecer hubo una desinformación que quedó plasmada en la historia clínica de la paciente en la red de salud Sur Oriente ESE, al registrarse que el traslado había sido para el HUV, a quien si se les solicitó cupo, pero no hubo respuesta; realmente quien contestó y otorgó el cupo para la atención fue la clínica Colombia a donde llevaron a la usuaria”.

Ahora cuando ya existe el medio de control de reparación directa, la Red de Salud del Sur Oriente ESE, viene a desmentir todo lo que ellos mismos habían dicho en la historia clínica, diciendo que:

“Al parecer hubo una desinformación que quedó plasmada en la historia clínica de la paciente en la red de salud Sur Oriente ESE....”. pero es que el apoderado desmiente todo y según él fueron varias las desinformaciones, veamos: Una primera, es respecto al destino de la remisión, una segunda, es que MARISOL ARAGÓN, no es paramédico, una tercera, es que MARISOL ARAGÓN, no se desplazó en la ambulancia con la paciente, dice que MARISOL no tripula ambulancia, cuando en la demanda jamás se dijo eso.

Miremos lo que quedó textualmente plasmado en la historia clínica: **“EVOLUCIÓN. 12.20 PTE ADULTA MAYOR QUE SALE REMITIDA EN AMBULANCIA PARA EL HUV PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA POR DX: ECV A ESTUDIO, SE OBSERVA SOMNOLIENTA, SALE PTE CONCIENTE, CON LEV PERMEABLES EN MSI CON 02 POR CANULA A 3 LITROS POR MINUTO, EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR Y PERSONAL PARAMÉDICO.TURNO ANTERIOR MARISOL ARAGÓN AUXILIAR DE ENFERMERIA”**, (folios 475 y 476 del archivo 01 Cuaderno físico completo).

De otra parte, en el mismo folio **486 del archivo 01 Cuaderno físico completo**, en la contestación de la demanda, dice lo siguiente:

“Como bien lo dice el abogado en la página 229, en el Hospital Carlos Carmona atendieron satisfactoriamente y remitieron oportunamente. No tenemos el servicio de ambulancia habilitado y MARISOL ARAGON no es paramédico”. Referente a lo anterior, en primer lugar, en ninguno de los apartes de la demanda el suscrito abogado actor, ha dicho que *“el Hospital Carlos Carmona remitió oportunamente”*, eso no se ha dicho, no está en ninguna parte de la demanda, porque la demora sí existió, según la clasificación del TRIAGE y la resolución Nro. 5596 del 2015, del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual dispone que en esa clase de urgencia se requiere una atención que no supere los 30 minutos y en este caso la paciente

fue atendida casi tres (3) horas después de haber llegado al hospital y la remisión que fue a las 12:20 también fue tardía.

El abogado en su “ANÁLISIS DEL CASO” folio **486** del **archivo 01 cuaderno físico completo**, dice que *al parecer hubo una desinformación que quedó plasmada en la historia clínica de la paciente en la red de salud Sur Oriente ESE*, para el suscrito no se trata de una desinformación, sino de lo que realmente ocurrió, pero lo que sí puede ser un error es lo consignado en la historia clínica a folio **53** del **archivo 01 cuaderno físico completo**, donde aparece: **Fecha de ingreso al servicio: 05-Ago-2016 10:51 am** y luego: **Fecha y hora de egreso: 05-Ago-2016 07:48 pm**. (las horas no concuerdan).

Entonces con las pruebas allegadas al proceso y haciendo un análisis en conjunto, con observación de la sana crítica, se debe declarar responsable a la **RED DE SALUD DEL SUR ORIENTE – HOSPITAL CARLOS CARMONA MONTOYA**, por lo siguiente:

- ✓ Porque evidentemente hubo demora larga en la atención y remisión de la paciente.
- ✓ Porque la remisión de la paciente era para el HUV y no para la CLÍNICA COLOMBIA.
- ✓ Porque ese desvío de la remisión es responsabilidad única y exclusiva de la Red de Salud del Sur Oriente ESE – HOSPITAL CARLOS CARMONA MONTOYA, si la remisión se hubiera hecho hacia el HUV, otra hubiera sido la suerte de la paciente.
- ✓ Porque tanto la demora como el desvío de la paciente, fueron determinantes o tuvieron incidencia directa en el deceso de la paciente, ya que la hemorragia sub aracnoidea aumentó de FISHER II a FISHER IV, del 5 al 7 de agosto, dada la demora en la atención, además de la larga espera de 12 días para hacerle la panangiografía.
- ✓ Porque en cualquier otra institución sí hubieran atendido oportunamente a la paciente.

RESPECTO DE LA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA Y PATRIMONIAL DEL MUNICIPIO SANTIAGO DE CALI.

A la entidad territorial - **MUNICIPIO SANTIAGO DE CALI**, se le debe declarar administrativa y patrimonialmente responsable de forma SUBSIDIARIA y SOLIDARIA por las siguientes razones de orden legal.

El Hospital Carlos Carmona Montoya, es una Empresa Social del Estado, Estado que es el **MUNICIPIO**, creada por éste a través de su órgano colegiado el Concejo Municipal, cuyo objeto social es *la prestación de servicios de salud, como un servicio público de seguridad social en salud a cargo del Municipio*, el Gerente es nombrado por el Alcalde, el Alcalde hace parte de la Junta Directiva y es quien la preside, **el Alcalde del Municipio de Santiago de Cali y el Secretario de Salud Pública, ejercen el control administrativo de las Empresas Sociales del Estado del Municipio.**

Frente a las dos excepciones planteadas por la apoderada del **MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI**, a continuación, me permito traer a colación recientes pronunciamientos y giros de la Sala de Casación de la Corte Suprema de Justicia, así:

El primero
el fallo de un caso similar.

DECISIÓN. En mérito de lo expuesto, la Corte Suprema de Justicia, en Sala de Casación Civil, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley, actuando en sede de instancia, **RESUELVE:** **PRIMERO. REVOCAR** la sentencia proferida el 26 de julio de 2012 por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Descongestión de Medellín. **SEGUNDO. DECLARAR** que Inversiones Médicas de Antioquia S.A. y la Clínica Las Vegas Coomeva IPS Ltda., son civil y solidariamente responsables por la muerte de la señora Luz Deisy Román Marín. Radicación nº 05001-31-03-003-2005-00174-01 150 **TERCERO. CONDENAR** a Inversiones Médicas de Antioquia S.A. y a la Clínica Las Vegas Coomeva IPS Ltda., a pagar en forma solidaria las siguientes sumas de dinero a las siguientes personas: - Guillermo León Pulgarín Sossa: \$ 156'353.928 - Marlyn Julieth Pulgarín Román: \$ 92'631.547 - Christopher David Pulgarín Román: \$ 114'175.149 - Ana de Dios Marín: \$ 60'000.000 - Mario de Jesús Uribe: \$ 60'000.000...".

El segundo.

2. Frente a la responsabilidad civil de personas jurídicas

Sostiene la Corte que las personas jurídicas responden por el hecho de sus órganos (detenten o no la representación legal) pero no de forma automática o inmediata. La responsabilidad de las personas jurídicas dependerá de que se logre demostrar que la entidad ha incurrido en una negligencia, un descuido, una mala práctica o una impericia.

Para tal efecto, la Sala invita a revisar cuidadosamente tres aspectos estructurales:

1.1 La organización interna de la persona jurídica. *Las deficiencias en el organigrama de un ente moral comprometerán su responsabilidad si, como consecuencia de tales deficiencias, un funcionario de la persona jurídica causó un daño.*

2.2.- Las comunicaciones. *Si el ente moral ha sido incapaz de establecer una comunicación eficiente, eficaz, oportuna, celeridad y clara entre sus órganos, también estará llamada a comprometer su responsabilidad.*

2.3 La operación de la compañía. *Las ineficiencias operativas o la ausencia de diligencia en las mismas, con independencia del comportamiento del órgano involucrado, es también una causal autónoma para comprometer la responsabilidad del ente moral.*

Así, a partir del fallo, las personas jurídicas enfrentarán un arma de dos puntas: tendrán el alivio de que la culpa de sus órganos no es, al mismo tiempo, la culpa del ente moral (lo que abre un espacio para la exoneración); sin embargo, se expondrán a un riguroso control judicial de sus procesos internos que puede incentivar una cascada de procesos en contra de la organización frente a la cual se encuentre una falta o una negligencia en su actuar.

3. Frente a la carga de la prueba

La Corte toma partido explícito por las víctimas: indica que se deben hacer esfuerzos a fin de evitar que las exigencias formales de la responsabilidad perjudiquen los derechos de las víctimas a una reparación efectiva.

Esta posición motivó que la Corte modulara algunos de los peldaños más difíciles de los juicios de responsabilidad.

Un caso fue, por ejemplo, el de la relación causal. La Corte descarta la aplicación de la teoría de la causalidad adecuada utilizada desde hace varias décadas en la jurisprudencia de la Corporación.

En su lugar, propone un análisis normativo para determinar la relación causa-efecto que, al menos por ahora, pareciera relevar a las víctimas del difícil análisis científico orientado a determinar si un fenómeno era desencadenante de otro.

Y la Corte va más allá: dice que en la aplicación de esta teoría se deberá privilegiar la postura de la víctima a fin de facilitar la carga de la prueba que tradicionalmente le venía dada por el ordenamiento para acceder a la indemnización”.

Ahora bien, esa subsidiariedad y solidaridad del MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI para con la **Red de Salud del Suroriente E.S.E.**, Hospital Carlos Carmona Montoya, nace en razón a que ésta es una **Empresa Social del Estado**, que pertenece al **MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI**, cuyo Concejo Municipal, mediante acuerdo 106 del 15 de enero de 2003, creó las Empresas Sociales del Estado de nivel primario, siendo una de ellas la **Red de Salud del Suroriente E.S.E.**, conformada por el **Hospital Carlos Carmona Montoya**, entre otras.

la **Red de Salud del Suroriente E.S.E. Hospital Carlos Carmona Montoya**, fue creada por el MUNICIPIO, a través de su órgano colegiado que es el Concejo Municipal, cuyo objeto social es *la prestación de servicios de salud, como un servicio público de seguridad social en salud a cargo del Municipio*, el Gerente es nombrado por el Alcalde, el Alcalde hace parte de la Junta Directiva y es quien la preside, **el Alcalde del Municipio de Santiago de Cali y el Secretario de Salud Pública, ejercen el control administrativo de las Empresas Sociales del Estado del Municipio.**

Al revisar el acuerdo 106 del 15 de enero de 2003, por el cual el Concejo Municipal creó las **Redes de Salud**, entre ellas la del SUR ORIENTE, se demuestra que el Hospital CARLOS CARMONA, tiene una evidente dependencia del Municipio SANTIAGO DE CALI, por ejemplo:

- *“ARTICULO 4º: OBJETO GENERAL DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO. El objeto de las Empresas Sociales del Estado creadas mediante este Acuerdo, es la prestación de servicios de salud, como un servicio público de seguridad social en salud a cargo del Municipio...” (subrayado fuera de texto original).*
- *“ARTICULO 5º: FINES DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO. En cumplimiento de su función las Empresas Sociales del Estado deberán: 1. Contribuir a mejorar el estado de salud de la población del Municipio de Santiago de Cali, fortaleciendo los hábitos de vida saludable..., y*

detección precoz, **de conformidad con las Políticas de Salud Pública del Municipio de Santiago de Cali**

- “ARTICULO 7º: DURACIÓN. Las Empresas Sociales del Estado del Municipio de Santiago de Cali tienen una duración indefinida”.
- “ARTICULO 12: INTEGRACIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA. La Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado del Municipio de Santiago de Cali, estará integrada por seis (6) miembros, así: 1. El Representante del Alcalde, quien la presidirá. 2. El Secretario de Salud Pública Municipal o su delegado. 3. Un (1) representante del”
- ARTICULO 16: FUNCIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA. La Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado, tiene las siguientes funciones:
 2. Formular la política general de la Empresa.
 3.
 18. Conformar la terna de candidatos para el nombramiento del Gerente de la Empresa por parte del Alcalde del Municipio de Santiago de Cali.
- “ARTICULO 18: NOMBRAMIENTO DEL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO. El gerente de la Empresa Social del Estado será nombrado por el alcalde, de terna que le presentará la Junta Directiva de la Empresa, para un período de tres (3) años prorrogables”.
- “ARTICULO 23: REGIMEN PRESUPUESTAL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO. El presupuesto de la Empresa Social del Estado se regula por los principios y disposiciones que le son aplicables de la Ley Orgánica del Presupuesto y sus decretos reglamentarios y por el Estatuto Orgánico del Presupuesto del Municipio de Santiago de Cali;”
- “ARTICULO 26: orientado a constatar y asegurar que el ejercicio de sus responsabilidades y competencias se cumpla en armonía”.

Es por todo lo anterior que considero que sí existe legitimación para demandar administrativamente al Municipio Santiago de Cali en el presente asunto y por ende la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva no tiene bases para su prosperidad jurídica.

RESPECTO DE LA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA Y PATRIMONIAL DE FABILU LTDA – CLÍNICA COLOMBA S.A.

Son múltiples las fallas en el servicio que comprometen seriamente la responsabilidad administrativa y por ende patrimonial de **FABILU LTDA – CLÍNICA COLOMBA S.A.**, miremos las siguientes:

Primera falla en el servicio.

La paciente es recibida en la **Clínica Colombia**, el **05 de agosto de 2016**, a las **12:35:45**, (folio 147 del **archivo 01 Cuaderno físico completo**), a las **20:03** la Dra. **CAROLINA VELEZ MORENO**, Médico General le ordenó una **panangiografía cerebral**. (folio 149), a las **22:12**, ingreso a la UCI (folio 261).

Aquí ya hay un retardo en la atención de acuerdo con la Resolución Nro. 5596 del 2015, del Ministerio de Salud y Protección Social, pues hubo una demora de más de 7 horas en ordenarle una panangiografía cerebral y más de nueve horas desde que la recibieron en la Clínica para ingresarla a la UCI.

Una Segunda falla en el servicio.

Respecto del destino de la remisión, las pruebas indican que la paciente fue remitida al HUV, así está consignado en los **folios 475 y 476 del archivo 01 Cuaderno físico completo**, donde se dice textualmente lo siguiente:

“EVOLUCIÓN. 12.20 PTE ADULTA MAYOR QUE SALE REMITIDA EN AMBULANCIA PARA EL HUV PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA POR DX: ECV A ESTUDIO, SE OBSERVA SOMNOLIENTA, SALE PTE CONCIENTE, CON LEV PERMEABLES EN MSI CON 02 POR CANULA A 3 LITROS POR MINUTO, EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR Y PERSONAL PARAMÉDICO.TURNO ANTERIOR MARISOL ARAGÓN AUXILIAR DE ENFERMERIA”.

Si ello es así, CLÍNICA COLOMBIA, recibió una paciente que no iba remitida para ella legalmente y por ello no debió haberla recibido o haber hecho que el Hospital Carlos Carmona, corrigiera el destino de la remisión, pero CLÍNICA COLOMBIA, no allegó ninguna clase de prueba para demostrar que la paciente le fue remitida y algo muy importante es que el **Hospital Carlos Carmona Montoya**, al contestar la demanda a folio 461, dice: *“... A las 8:53 AM, se envía correo de solicitud de cupo a Clínica Colombia, Clínica de los Remedios, Clínica de Occidente y HUV”*

“A las 11:12 la Clínica Colombia responde ya acepta a la paciente con código J 098-233, por el Dr. Zúñiga Intensivista”. 461.

Pero siendo esta prueba documental a mi juicio muy valiosa para CLÍNICA COLOMBIA, ésta no allegó ninguna prueba que demuestre que efectivamente aceptó recibir a la paciente, quedando claro que no hay pruebas que demuestren la remisión de la paciente a CLÍNICA COLOMBIA.

Tercera falla en el servicio.

Una 3ª falla que genera responsabilidad, es que CLÍNICA COLOMBIA conociendo la clase de patología ECV o ACV, que sufrió la paciente, con pérdida de conocimiento y sabiendo que el **angiógrafo** (aparato para realizar la panangiografía cerebral), según se dice en la historia clínica en repetidas ocasiones, estaba en mantenimiento, no debió recibir la paciente, pues no contaba con las condiciones adecuadas para su atención oportuna.

A folio 103 y 104, del archivo 01 Cuaderno físico completo, dice“ PCTE QUE REQUIERE DE REALIZACIÓN DE PANANGIOGRAFÍA, POR EL MOMENTO EL EQUIPO PARA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO SE ENCUENTRA EN MANTENIMIENTO PREVENTIVO, ESTAMOS EN ESPERA DE FINALIZACIÓN DE MANTENIMIENTO Y ENTREGA DE EQUIPO PARA PROCEDER A REALIZACIÓN DE PROGRAMACIÓN DE PROCEDIMIENTO”.... “TIENE PENDIENTE TOMA DE PANANGIOGRAFÍA Y ECO TT”.

“EN ESPERA DE REALIZACIÓN DE PANANGIOGRAFÍA, SOLICITADA POR NEUROCIRUGIA”

A folio 105, dice: “NOS ENCONTRAMOS A LA ESPERA DE REALIZACIÓN DE PANANGIOGRAFÍA CEREBRAL, PARA ASÍ PODER DESCARTAR CAUSA EXACTA DE HSA, POR AHORA SE DECIDE EN RONDA CON INTENSIVISTA DE TURNO CONTINUA IGUAL MANEJO MÉDICO ...”.

“LA CUAL NO SE HA PODIDO REALIZAR POR MANTENIMIENTO DE LA MÁQUINA Y LA IDEA ES ASÍ PODER DESCARTAR CAUSA EXACTA DE HSA, POR AHORA SE DECIDE EN RONDA CON INTENSIVISTA DE TURNO CONTINUA IGUAL MANEJO MÉDICO”

CLÍNICA COLOMBIA, conociendo el diagnóstica de la paciente ECV, sabiendo que el equipo para la realización de la panangiografía estaba en mantenimiento, fue un grave error haber recibido la paciente, con el agravante de tenerla allí tantos días esperando que le entregaran el equipo, sin poderle hacer **nada** esperando los resultados de esa panangiografía (folio 105, del archivo 01 Cuaderno físico completo, dice: “NOS ENCONTRAMOS A LA ESPERA DE REALIZACIÓN DE PANANGIOGRAFÍA CEREBRAL, PARA ASÍ PODER DESCARTAR CAUSA EXACTA DE HSA, POR AHORA SE DECIDE EN RONDA CON INTENSIVISTA DE TURNO CONTINUA IGUAL MANEJO MÉDICO ...”.

El manejo de la paciente siguió igual, esperando los resultados de la panangiografía, pero es que ni la hipertensión arterial se la pudieron estabilizar, veamos lo que dice la historia clínica folio 105 anotación “AHORA CON CIFRAS TENSIONALES MAL CONTROLADAS POR LO QUE SE AJUSTA PLAN ANTIHIPERTENSIVO ORAL”.

Cuarta falla en el servicio.

Haber prolongado mucho en el tiempo la espera del equipo, doce (12), días de mantenimiento es mucho tiempo, aunque no se sabe desde qué día el equipo estaba en mantenimiento, pero además CLÍNICA COLOMBIA, no presentó ni una sola prueba que demostrase que en realidad el equipo estaba en mantenimiento, por ejemplo, no presentó copia del contrato de mantenimiento, acta de entrega del equipo, la simple manifestación en la historia clínica no es prueba suficiente.

Quinta falla en el servicio.

Miremos la anotación del día 12/08/2016, a folio 105, del archivo 01 Cuaderno físico completo, dice: “NOS ENCONTRAMOS A LA ESPERA DE REALIZACIÓN DE PANANGIOGRAFÍA CEREBRAL PARA ASÍ PODER DESCARTAR CAUSA EXACTA DE HSA, POR AHORA SE DECIDE EN RONDA CON INTENSIVISTA DE TURNO CONTINUA IGUAL MANEJO MÉDICO”.

Ya era el día 7º de estadía de la paciente allí y ante la demora del equipo CLINICA COLOMBIA, debió haber remitido la paciente a una institución donde sí le hubieran realizado la panangiografía con la urgencia que se necesitaba, sin embargo, no la remitió.

A folios **100 y 101 del archivo 01 Cuaderno físico completo**, dice: “...PENDIENTE PROGRAMACION DE PANANGIOGRAFIA PACIENTE CON RIESGO DE DETERIORO NEUROLOGICO Y COMPLICACIONES, SE SOLICITA PARACLINICOS DE CONTROL”

A folio **102 del archivo 01 Cuaderno físico completo**, dice: “ESTÁ PENDIENTE REALIZAR PANANGIOGRAFÍA Y ECO TT.”.

“POR OTRO LADO ESTÁMOS A LA ESPERA DE PANANGIOGRAFÍA ECO TT....”.

A folio **103 del archivo 01 Cuaderno físico completo** dice: “NOS ENCONTRAMOS A LA ESPERA DE REALIZACIÓN DE PANANGIOGRAFÍA CEREBRAL, PARA ASÍ PODER DESCARTAR CAUSA EXACTA DE HSA, POR AHORA SE DECIDE EN RONDA CON INTENSIVISTA DE TURNO CONTINUA IGUAL MANEJO MÉDICO, SE HACE ENFSAIS EN TERAPIA FÍSICA Y RESPIRATORIA, PTE CON PRONOSTICO RESERVADO, ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES”.

A folio **103 y 104, del archivo 01 Cuaderno físico completo**, dice: “...PENDIENTE REALIZAR ECO TT COMO ESTUDIO DE EXTENSIÓN DE CARDIOPATIA HIPERTENSIVA VS SCA, ADEMÁS PENDIENTE REALIZAR PANANGIOGRAFÍA CEREBRAL SE INDICA CONTINUAR IGUAL MANEJO MÉDICO.”“PCTE QUE REQUIERE DE REALIZACIÓN DE PANANGIOGRAFÍA, POR EL MOMENTO EL EQUIPO PARA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO SE ENCUENTRA EN MANTENIMIENTO PREVENTIVO, ESTAMOS EN ESPERA DE FINALIZACIÓN DE MANTENIMIENTO Y ENTREGA DE EQUIPO PARA PROCEDER A REALIZACIÓN DE PROGRAMACIÓN DE PROCEDIMIENTO”.... “TIENE PENDIENTE TOMA DE PANANGIOGRAFÍA Y ECO TT”.

“EN ESPERA DE REALIZACIÓN DE PANANGIOGRAFÍA, SOLICITADA POR NEUROCIRUGIA”

A folio **105**, dice: “NOS ENCONTRAMOS A LA ESPERA DE REALIZACIÓN DE PANANGIOGRAFÍA CEREBRAL, PARA ASÍ PODER DESCARTAR CAUSA EXACTA DE HSA, POR AHORA SE DECIDE EN RONDA CON INTENSIVISTA DE TURNO CONTINUA IGUAL MANEJO MÉDICO ...”.

A folio **105**, dice: “LA CUAL NO SE HA PODIDO REALIZAR POR MANTENIMIENTO DE LA MÁQUINA Y LA IDEA ES ASÍ PODER DESCARTAR CAUSA EXACTA DE HSA, POR AHORA SE DECIDE EN RONDA CON INTENSIVISTA DE TURNO CONTINUA IGUAL MANEJO MÉDICO”

A folio **106**, dice: “A LA ESPERA DE PROGRAMACION DE PANANGIOGRAFIA CEREBRAL, SE INDICA DURANTE REVISTA MEDICA CON ESPECIALISTA DE TRNA EL CONTINUAR ESTRICTA MONITORIA EN LA UC INTERMEDIO POR ALTO RIESGO DE DETERIORO NEUROLOGICO ASOCIADO A SU VASO ESPASMO, SE CONTINUA IGUAL CONDUCTA Y PLAN MEDICO POR EL MOMENTO, NO SE DEFINE CAMBIOS DURANTE REVISTA”.

“PTE ADEMAS REALIZACION DE PANANGIOGRAFIA POR ALTO RIESGO DE LESION ANEURISMATICA INTERCEREBRAL”

A folio **107**, dice: “—CONTINUA EN ESPERA DE REALIZACION DE PANANGIOGRAFIA CEREBRAL.”

A folio **108**, dice: “TIENE PENDIENTE TOMA DE PANANGIOGRAFIA”

“ESTA PENDIENTE REALIZAR LA PANANGIOGRAFIA. CONTINUA IGUAL MANEJO”

A folio **109**, dice: “NOS ENCONTRAMOS A LA ESPERA DE REALIZACION DE PANANGIOGRAFIA CEREBRAL LA CUAL FUE PROGRAMADA POR EL SERVICIO DE NEURORADIOLOGIA INTERVENCIONISTA PARA EL DIA DE MAÑANA”

“NOS ENCONTRAMOS A LA ESPERA DE LA REALIZACION DE PANANGIOGRAFIA CEREBRAL LA CUAL FUE PROGRAMADA POR EL SERVICIO DE NEURORADIOLOGIA INTERVENCIONISTA PARA EL DIA DE MAÑANA”

“ESPERANDO REALIZACION DE PANANGIOGRAFIA EL DIA DE HOY”.

Los médicos se conformaron con consignar en la historia clínica que estaban esperando la realización de la panangiografía.

Pero es que la demora en la realización de la panangiografía no fue la única falla, hubo demora en la realización de la fibrobroncoscopia y en el TAC cerebral urgente.

A folio 110, del archivo 01 Cuaderno físico completo en DESCRIPCION EVOL: **2016-08-17 09:47 pm** NOTA: dice: *“PTE QUIEN INGRESA DE PROCEDIMIENTO ANGIOGRAFICO, REPORTANDO EMBOLIZACION EXITOSA DE ANEURISMA EN LA COMUNICANTE POSTERIOR, PACIENTE PRESENTE DETERIORO NEUROLOGICO CON MONOPLEJIA INF IZQ Y MONOPARESIA SUP IZQ, MAS ESTRIDOR LARINGEO Y MAL PATRON RESPIRATORIO CON SOPORTE ALTO FLUJO.”*

“SE INDICA MANEJO CON CORTICOIDES NEBULIZADOS Y EV, PERO PACIENTE PRESENTA DETERIORO SÚBITO CON ENFISEMA SEVERO DE CARA, CUELLO Y TÓRAX, SE PROCEDE POR PARTE DE INTENSIVISTA DE TURNO AL ASEGURAR VÍA AÉREA DE FORMA INMEDIATA”

“SE ORDENA TOMA DE TAC CEREBRAL URGENTE Y RECOMENTAR CON NEURO RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA PARA DEFINIR POSIBLE REINTERVENCIÓN DE LA PACIENTE, SE ORDENA ADEMÁS TOMA DE TAC DE TORAX CONTRASTADO.” (Subrayado es mío).

A folio 113, del 2016-08-20 12:10 am EVOLUCION UCI DR. GUERRA MEDICO INTENSIVISTA DR. ANDRES CUATIS MD GENERAL dice: *“PACIENTE QUIEN ESTA EN ESPERA DE REPORTE DE TOMOGRAFIAS PARA AVANZAR EN ESTUDIO Y ETIOLOGIA DE ENFISEMA”*

A folio 114, dice: *“ADEMAS DE SOLICITAR FIBRO PARA EVALUAR LESION DE VIA AREA QUE EXPLIQUE LA FORMACION DE ENFISEMA SEVERO DE LA PACIENTE”*

A folio 116, dice: *“INSISTIR EN REALIZACION DE FIBROBRONCOSCOPIA”*

A folio 117, dice: *“...TIENE FIBROBRONCOSCOPIA PENDIENTE PARA DESCARTAR LESION TRAQUEAL...”.*

El TAC cerebral urgente y la FIBROBRONCOSCOPIA, fueron ordenados la noche del 17 de agosto, luego del agravamiento de la paciente después del procedimiento angiográfico y al día 22 de agosto, cuando habían transcurrido 5 días no le habían realizado la fibrobroncoscopia a pesar de la insistencia de los médicos, lo que sin duda constituye una evidente falla en el servicio que pudo haber tenido incidencia directa en el deceso de la paciente.

Respecto del aparato en mantenimiento.

En los folios 103, 104 y 105 **del archivo 01 Cuaderno físico completo**, dice: *“LA CUAL NO SE HA PODIDO REALIZAR POR MANTENIMIENTO DE LA MÁQUINA Y LA IDEA ES ASÍ PODER DESCARTAR CAUSA*
Calle 10 No. 7-52 Oficina 108 Centro Comercial San Esteban Plaza de Neiva
Cel. 304-3631123, e-mail manuel-10h@hotmail.com

EXACTA DE HSA, POR AHORA SE DECIDE EN RONDA CON INTENSIVISTA DE TURNO”, en la historia clínica se dice que el aparato estaba en mantenimiento, sin embargo esas afirmaciones quedan escuetas ya que FABILU LTDA – CLINICA COLOMBIA, no presentó ni una sola prueba documental ni testimonial que respaldaran esas afirmaciones, pudiendo haber presentado copia del contrato de mantenimiento, acta de entrega del aparato, el testimonio de la persona que realizó el mantenimiento para que explicara las razones por las cuales ese mantenimiento duró por lo menos desde el 5 hasta el 17 de agosto de 2016; considero que 12 días en mantenimiento fue mucho tiempo y que hubo una falta de previsión de lo previsible por parte de FABILU LTDA – CLINICA COLOMBIA., no era justo que sometieran a la paciente a esa larga espera, esto sin duda constituye una falla en el servicio que genera responsabilidad, si se tiene en cuenta lo dicho por el perito Dr. JORGE IVAN OLIVEROS, cuando en la audiencia del 27 de febrero al minuto 00:44:10, dijo que la panangiografía era clave para el manejo de acuerdo a lo que se encontrara y a esto hay que agregarle lo consignado en la historia clínica *“...NOS ENCONTRAMOS A LA ESPERA DE REALIZACIÓN DE PANANGIOGRAFÍA CEREBRAL LA CUAL NO SE HA PODIDO REALIZAR POR MANTENIMIENTO DE LA MÁQUINA Y LA IDEA ES ASÍ PODER DESCARTAR CAUSA EXACTA DE HSA, POR AHORA SE DECIDE EN RONDA CON INTENSIVISTA DE TURNO CONTINUA IGUAL MANEJO MÉDICO (Folio), a 103 del archivo 01 Cuaderno físico completo* que dice: *“NOS ENCONTRAMOS A LA ESPERA DE REALIZACIÓN DE PANANGIOGRAFÍA CEREBRAL, PARA ASÍ PODER DESCARTAR CAUSA EXACTA DE HSA, POR AHORA SE DECIDE EN RONDA CON INTENSIVISTA DE TURNO CONTINUA IGUAL MANEJO MÉDICO...”* a folio 105, que dice: *“NOS ENCONTRAMOS A LA ESPERA DE REALIZACIÓN DE PANANGIOGRAFÍA CEREBRAL, PARA ASÍ PODER DESCARTAR CAUSA EXACTA DE HSA, POR AHORA SE DECIDE EN RONDA CON INTENSIVISTA DE TURNO CONTINUA IGUAL MANEJO MÉDICO ...”*.

De lo anterior resulta forzoso concluir que la larga demora en la realización de la panangiografía incidió en el diagnóstico tardío, además téngase muy en cuenta que desde el mismo día 5 de agosto la panangiografía había sido ordenada por el médico.

Para esta falla en el servicio, es preciso mencionar, lo que la jurisprudencia ha llamado “**mala praxis**” por “pérdida de la oportunidad o pérdida del chance”, Sentencia del Consejo de Estado, Ponente Hernán Andrade Rincón, proceso Nro. 1999-00791 (23632) del 14 de marzo de 2013, que la cual el máximo órgano de la justicia ordinaria, dijo:

*“En ese orden de ideas, la Sala estima que la Administración Pública demandada está llamada a responder patrimonialmente en este proceso, **pero no por la muerte de dicha persona sino por la pérdida de la oportunidad en recuperar su salud.** (...) si bien es cierto que en este asunto no puede concluirse con la fuerza de convicción necesaria que la actuación –o mejor– la omisión de la entidad demandada en haber retardado por dos horas la intervención quirúrgica que necesitaba el paciente o, en no haber suministrado la cantidad de sangre que se requería, pudieran erigirse en las causas determinantes del deceso del señor Jhon Fernando Urueña García, no es menos cierto que dichas omisiones excluyen la diligencia y cuidado con que debió actuar la entidad para dispensar una eficaz prestación del servicio público. Así pues, si el Hospital EL Tunal III Nivel hubiera dado cumplimiento a dichos requerimientos para recobrar la salud del paciente, no le habría hecho perder al aludido paciente el “chance” o la oportunidad*

de recuperarse. (...)para el sub examine, resulta evidente la pérdida de la oportunidad de recobrar la salud del paciente, toda vez que la omisión de la entidad demandada le restó oportunidades a la víctima de sobrevivir, puesto que -bueno es reiterarlo-, le dejó de brindar atención durante las dos primeras horas, así como no realizó la trasfusión que necesitaba el paciente -pues no contaba con la suficiente cantidad de sangre- y, cuando finalmente se dio cumplimiento a dicho requerimiento, éste no pudo recobrar su salud y falleció horas después, por manera que ante un hecho evidente, como lo era la progresiva hemorragia del señor Urueña García, la entidad demandada debió, en un primer momento, brindar la atención durante esas dos primeras horas de evolución de su cuadro clínico y, en segundo término, disponer de la cantidad necesaria de sangre para transfundirlo antes de que su estado hubiere empeorado al punto de ser irreversible. Por lo tanto, la Sala declarará la responsabilidad del Hospital El Tunal III Nivel por la pérdida de la oportunidad de curación y de sobrevivir, la cual tiene relación y/o nexos directos con la actuación de dicha entidad.”(Negrilla y subrayados míos)

Respecto a la obligatoriedad del médico de realizar exámenes pertinentes ha dicho la Corte Suprema de Justicia en caso similar al de marras, en sentencia 30 de agosto de dos mil trece (2013) Magistrada Ponente **RUTH MARINA DÍAZ RUEDA** Ref.: Exp. N° 11001-31-03-018-2005-00488-01, página 39: “que cuando la entidad o galeno a cuyo cargo se halla la atención de la salud de un paciente, no observa los deberes que le competen dirigidos a salvaguardar o mejorar el estado físico o mental de aquel, por ejemplo, porque deja de utilizar los medios diagnósticos aconsejados, se despreocupa de los resultados de los exámenes que ha dispuesto, lo formula tardíamente o deja de hacerlo cuando era necesario, omite sin excusa las respectivas remisiones o interconsultas si a ellas hay lugar con la prontitud necesaria, compromete su responsabilidad, lo que por tanto, puede generar obligación de resarcir los daños que esa negligencia le irroque al afectado.”(Negrillas mías). Y seguidamente dice: ...En todo caso, sobre el punto, la Corte debe asentar una reflexión cardinal consistente en que será el error culposo en el que aquel incurra en el diagnóstico el que comprometerá su responsabilidad; vale decir, que como la ciencia médica ni quienes la ejercen son infalibles, ni cosa tal puede exigírseles, sólo los yerros derivados de la imprudencia, impericia, ligereza o del descuido de los galenos darán lugar a imponerles la obligación de reparar los daños que con un equivocada diagnosis ocasionen. Así ocurrirá, y esto se dice a manera simplemente ejemplificativa, cuando su parecer u opinión errada obedeció a defectos de actualización respecto del estado del arte de la profesión o la especialización, o porque no auscultaron correctamente al paciente, o porque se abstuvieron de ordenar los exámenes o monitoreos recomendables, teniendo en consideración las circunstancias del caso, entre otras hipótesis. En fin, comprometen su responsabilidad cuando, por ejemplo, emitan una impresión diagnóstica que otro profesional de su misma especialidad no habría acogido, o cuando no se apoyaron, estando en la posibilidad de hacerlo, en los exámenes que ordinariamente deben practicarse para auscultar la causa del cuadro clínico, o si tratándose de un caso que demanda el conocimiento de otros especialistas omiten interconsultarlo, o cuando, sin justificación valedera, dejan de acudir al uso de todos los recursos brindados por la ciencia”.

Una sexta falla, que debe generar responsabilidad para FABILU LTDA, es por lo siguiente

REALIZACIÓN DE LA PANANGIOGRAFÍA CEREBRAL CON NIVELES DE HIPERTENSIÓN INADECUADOS – ALTOS.

En la audiencia del 27 de febrero de 2016, al minuto **00:28:45** la señora Juez, le pregunta al perito Dr. JORGE IVAN OLIVEROS ARTEAGA, que si la paciente presentaba niveles tensionales elevados se le podía hacer la panangiografía, el perito responde (minutos **00:29:11**), **ningún tipo de examen endovascular o cerebral imagenológico, se puede hacer con un paciente inestable y si una persona tiene una presión arterial elevada no controlada, es una paciente inestable**”, luego la señora Juez le pregunta “es decir, no se podía entonces, hacerle la panangiografía hasta no estabilizar la presión arterial? el perito responde (min. **00:29:35**), **“lógicamente porque el procedimiento como tal es de alto turmequé, dentro de la medicina...”**”

Así mismo el Perito al minuto **00:29:13** indica *“Ningún tipo de examen endovascular o cerebral imagenológico se puede hacer con un paciente inestable”*

En la audiencia del día 27 de febrero de 2025, (minuto **00:33:01**) el apoderado de FABILU LTDA, le pregunta a su perito el Dr. JORGE IVAN OLIVEROS ARTEAGA, que qué hubiera pasado si a la paciente se le hubiera realizado la panangiografía con los niveles tensionales altos, y el perito le responde al minuto **00:33:21** así: *“Agravar el proceso hipertensivo, generar sangrado masivo, agravar el proceso cardiovascular si había, con una isquemia mayor de miocardio, con una arritmia cardiaca que lleve a la muerte súbita ya, o aumentar el daño a nivel cerebral que si esta dado por una hemorragia intraparenquimatosa con drenaje al espacio subaracnoideo pues lo que va a producir es isquemia cerebral agravando todo el proceso y ocasionando la muerte del paciente”*.

Así mismo, al minuto **00:42:22** el perito indica: *“La realización de un estudio imagenológico no cambia el curso de proceso, es clave lógicamente dentro del manejo”*

Al minuto **00:44:10**, dijo el Dr. JORGE IVAN OLIVEROS, dice que: *“la panangiografía era clave para el manejo de acuerdo a lo que se encontrara”*

Al minuto **1:06:30** el perito vuelve a decir, que *la panangiografía cerebral era clave para hacer un manejo endovascular si se requiere”*.

A lo anterior le sumamos lo consignado, en la historia clínica en los folios 103 **del archivo 01 Cuaderno físico completo** que dice: *“NOS ENCONTRAMOS A LA ESPERA DE REALIZACIÓN DE PANANGIOGRAFÍA CEREBRAL, PARA ASÍ PODER DESCARTAR CAUSA EXACTA DE HSA, POR AHORA SE DECIDE EN RONDA CON INTENSIVISTA DE TURNO CONTINUA IGUAL MANEJO MÉDICO...”*

A folio 105, que dice: *“NOS ENCONTRAMOS A LA ESPERA DE REALIZACIÓN DE PANANGIOGRAFÍA CEREBRAL, PARA ASÍ PODER DESCARTAR CAUSA EXACTA DE HSA, POR AHORA SE DECIDE EN RONDA CON INTENSIVISTA DE TURNO CONTINUA IGUAL MANEJO MÉDICO ...”*.

Analizadas las pruebas en su conjunto, tenemos que la panangiografía cerebral fue ordenada el mismo día 5 de agosto de 2016, horas después del ingreso de la paciente a la clínica, lo que nos lleva a concluir

que era un examen importante y que se requería oportunamente, aunado a lo que dicen los médicos en la historia clínica, que están a la espera para descartar causas exacta de HSA (Hemorragia Subaracnoidea) y lo dicho por el perito en el sentido que la panangiografía era clave dentro del manejo, y al habérsela tomado tardíamente (el 17 de agosto de 2016 en horas de la noche), pues el diagnóstico fue tardío, lo cual incidió directamente en su fallecimiento, ya que no se le dio la oportunidad de tener un diagnóstico temprano.

En el contrainterrogatorio ante una pregunta del suscrito apoderado actor, el perito Dr. JORGE IVAN OLIVEROS, responde lo siguiente:

Al minuto **00:47:07**. *“...El proceso que sufrió la Señora Florinda era un proceso muy delicado donde se compromete su estado de salud, lógicamente a nivel cerebral es una cosa mucho más grave”.. “y que lógicamente al meter una aguja en una arteria carótida, estando con la presión arterial elevada pues sería una cuestión supremamente cruenta y ocasionar su óbito y eso los médicos no hacemos”*

Al minuto **00:49:15** el suscrito apoderado actor, le pregunta al perito que: *“¿cuáles son los signos tensionales o los niveles tensionales óptimos para realizar una panangiografía cerebral?”* y el perito responde al minuto **00:49:24**, *“los niveles tensionales óptimos en un paciente hipertenso en este momento de acuerdo a la norma es que estén por debajo de 130/80 milímetros de mercurio, al minuto 00:50:06 el suscrito apoderado pregunta al perito, para la fecha entonces 17 de agosto del año 2016 en que se realizó la panangiografía cerebral, ¿cuál eran los niveles de hipertensión óptimos para realizarle esa intervención?”* y el perito responde minuto **00:50:09**, *“menores de 140/90”*.

Al minuto **01:03:33**, el perito, Dr. **JORGE IVAN OLIVEROS ARTEAGA**, dijo que la paciente *“debió haber sido llevada al examen con una presión arterial adecuada”*.

A **folio 109, del archivo 01 Cuaderno físico completo** anotación del 2016-08-17, aparece que la paciente tenía la tensión arterial en 180/75 y el 17 de agosto fue el día en que le realizaron la panangiografía cerebral a la paciente, según reza a **folio 110, del 2016-08-17 09:47 PM.-“NOTA. PTE QUIEN INGRESA DE PROCEDIMIENTO ANGIOGRÁFICO REPORTANDO EMBOLIZACIÓN EXITOSA DE ANEURISMA EN LA COMUNICANTE POSTERIOR, PTE PRESENTA DETERIORO NEUROLÓGICO CON MONOPLEJIA INF. IZQ Y MONOPARESIA SUP. IZQ. MAS ESTRIDOR LARINGEO Y MAL PATRÓN RESPIRATORIO CON SOPORTE ALTO FLUJO”**

Así las cosas, el hecho de haberle realizado la panangiografía cerebral con niveles tensionales altos (180/75, necesariamente tuvo que haber originado o incidido directamente en la muerte de la paciente, lo que constituyó un grave error, es que si el equipo hubiera estado al servicio, o si la paciente hubiera sido llevada a una institución que tuviera el equipo funcionando, le hubieran podido realizar la panangiografía, uno cualquiera de los siguientes días 9, 10, 11, 12 y 13 en los cuales la paciente tuvo niveles de presión arterial óptimos para ese procedimiento?, veamos:

El 09 -08, a las 01:39, la TA era de **146/61** TAM 89 FC 68 XMIN, T 36.8 (folio 270 del c. físico completo)
El 09 -08, a las 19:51, la TA era de **136/81** TAM 84 MMHG FC 78. (Folio 271 del c. físico completo)
El 10 -08, a las 00:45, la TA era de **144/74** TAM 88MMHG, FC 70 LPM. (folio 272 del c. físico compl)
El 11 -08, a las 15:18, la TA era de **133/60** TAM 84 MMHG, FC 94 LPM. (folio 276 del c. físico compl)
El 12 -08, a las 03:03, la TA era de **128/78** TAM 88 MMHG, FC 90 LPM (folio 277 del c. físico comp.)
El 12 -08, a las 15:41, la TA era de **133/60** TAM 84, FC 98, (folio 279 del c. físico compl.)
El 13 -08, a las 01:56, la TA era de **130/55** TAM 80, FC 93 ((folio 280 del c. físico compl.)

Fueron dos errores inaceptables e injustos por parte de FABILU LTDA CLÍNICA COLOMBIA, como fue haber recibido la paciente y mantenerla en sus instalaciones teniendo el angiógrafo fuera de servicio.

EXISTEN CONCEPTOS DIFERENTES SOBRE LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO.

En la audiencia del 27 de febrero de 2025, al minuto **00:26:25**, el perito de FABILU LTDA, DR. JORGE IVAN OLIVEROS ARTEAGA, dijo que: *“No tiene relación la lesión cerebral con la causa del fallecimiento”.*

Ante la pregunta de la señora Juez, sobre la causa del fallecimiento, al minuto **00:26:48** el perito respondió que: *“Diagnostico final de una neumonía probablemente nosocomial”*

La señora JUEZ, vuelve y le pregunta al perito sobre la causa del fallecimiento y que amplie la respuesta, el perito al minuto **00:27:02** respondió: **“Lo que reposa en la Historia Clínica sufre una Insuficiencia respiratoria aguda y un proceso séptico y por eso fallece”.**

Luego la señora JUEZ, al minuto **00:27:11** le pregunta al perito ¿Con que está relacionado ese proceso séptico y la causa del fallecimiento? El Perito responde al minuto **00:27:17** **“está relacionado con la permanencia de los pacientes en los hospitales”.**

Consultado en internet, sobre qué son las infecciones nosocomiales, aparece lo siguiente: **“Las infecciones nosocomiales son aquellas que se adquieren en un hospital y que no estaban presentes en el momento del ingreso del paciente.”**

En la contestación de la demanda FABILU LTDA CLÍNICA COLOMBIA, a folio 262 del archivo 01 cuad. Físico completo), dijo, *“... la señora CARMEN FLORINDA RAMÍREZ RENTERÍA, falleció el 23 de agosto de 2016, a las 5:40 A.M. “Por depresión abrupta de signos vitales con posterior asistolia (paro cardiaco).*

Revisada la Historia clínica en la anotación del 23-08-2016, a las 05:42 (folio 317, aparece lo siguiente:

“05:42 ESPECIALIDAD: MÉDICO INTENSIVISTA”.

“PACIENTE QUE A LAS 5:19 AM, PRESENTA DEPRESIÓN ABRUPTA DE SIGNOS VITALES, CON POSTERIOR ASISTOLIA, POR LO QUE SE PROCEDE CON EQUIPO DE ENFERMEÍA A REALIZAR

**Calle 10 No. 7-52 Oficina 108 Centro Comercial San Esteban Plaza de Neiva
Cel. 304-3631123, e-mail manuel-10h@hotmail.com**

PROTOCOLO DE REANIMACIÓN DURANTE 20 MINUTOS, SEGÚN RITMO DE PARO, NO SE LOGRA OBTENER PULSO, NI RESPUESTA CARDIACA ADECUADA POR LO QUE SE DETIENE PROTOCOLO Y SE VERIFICA SIGNOS VITALES LOS CUALES NO HAY, NO HAY REFLEJO CORNEAL, NO HAY REFLEJO PUPILAR, NO HAY REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS, SE DA POR FALLECIDO AL PACIENTE A LAS 05:40 MIN. SE PROCEDE A LLENAR CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN 71425967-8.

De lo anterior se colige que existen diversos conceptos sobre la causa de la muerte!

El argumento o excusa fallida del apoderado de FABILU LTDA, en el sentido que la demora en la realización de la panangiografía fue por los niveles altos de tensión arterial que presentaba la paciente, se derrumba fácilmente, por lo siguiente:

Primero porque el día 17/08/2016, que se dice, le realizaron la panangiografía, la paciente tenía una **TA de 180/75**, (folio 290 del archivo 01 c. físico completo), luego si tenemos en cuenta lo dicho por el perito en el sentido del riesgo de muerte si se realizaba la panangiografía con niveles tensionales no óptimos- como efectivamente ocurrió con la paciente, ello constituye sin duda un error grave de la CLÍNICA COLOMBIA, ya que el agravamiento súbito y posterior fallecimiento pudo haber sido ocasionado por este error de realizarle la panangiografía con niveles altos de presión arterial, y es que efectivamente la paciente minutos después de haber salido del procedimiento, se agravó de muerte.

Hay 3 hechos o circunstancias que tienen una estrecha correlación sobre la muerte de la paciente.

Lo dicho por el perito sobre el riesgo de muerte si la panangiografía se hace con niveles altos de presión arterial y a ella se la realizaron el 17-AGO-2016, cuando tenía la presión arterial **185/90**, y efectivamente la paciente minutos después de haber salido del procedimiento angiográfico se agrava de muerte, todo lo anterior coincide con la versión de los familiares ILUMINDA ROBLEDO RAMÍREZ, (hija) y ROBERTO ANTONIO ROBLEDO MENA (esposo), en el sentido que al día siguiente del procedimiento los llamaron para decirles que la paciente había muerto, sin embargo, en la historia clínica dice que la panangiografía se le realizó el 17 de agosto de 2016 en horas de la noche y que la paciente falleció el 23 a las 5:40 de la mañana.

Se cree que la historia clínica pudo haber sido alterada para hacer creer lo siguiente:

1º). Que la espera no fue tan larga. (no es lo mismo la espera de 12 días si se hizo el 17 de agosto, que una espera de 17 días si se hizo el 22 de agosto).

2º). Para hacer creer que la causa de la muerte fue 6 días después de haberle realizado la panangiografía.

3º). Para hacer creer que como la muerte ocurrió 6 días después de haberle realizado la panangiografía, la muerte no estuvo asociada con la tardanza ni con la realización de la panangiografía.

No era probable que después de un agravamiento, un deterioro de esa magnitud, la paciente fuera a sobrevivir los días 18, 19, 20, 21, 22, y hasta la madrugada del 23 de agosto, cuando a las 05:40 de la mañana falleció según está en la historia clínica (folio 317).

Ahora bien, y si fuese cierto que sobrevivió esos 6 días, ¿por qué razón entonces, no le realizaron los exámenes URGENTES que le ordenaron el 17 tras el deterioro súbito, como fue: *“SE ORDENA TOMA DE TAC CEREBRAL URGENTE Y RECOMENTAR CON NEURORADIOLOGIA INTERVENCIONISTA PARA DEFINIR POSIBLE REINTERVENCIÓN DE LA PACIENTE....”?*

Pero además, en la historia clínica, no aparece anotación alguna, donde se pueda evidenciar que hubieran llamado a *NEURORADIOLOGIA INTERVENCIONISTA PARA DEFINIR POSIBLE REINTERVENCIÓN DE LA PACIENTE*.

Otro aspecto que llama poderosamente la atención es lo siguiente:

A folio 291 archivo 01 cud. Físico completo, dice la historia clínica: *2016-08-17 09:47 PM.- NOTA. “PTE QUIEN INGRESA DE PROCEDIMIENTO ANGIOGRÁFICO REPORTANDO EMBOLIZACIÓN EXITOSA DE ANEURISMA EN LA COMUNICANTE POSTERIOR, PTE PRESENTA DETERIORO NEUROLÓGICO CON MONOPLEJIA INF. IZQ Y MONOPARESIA SUP. IZQ. MAS ESTRIDOR LARINGEO Y MAL PATRÓN RESPIRATORIO CON SOPORTE ALTO FLUJO”*

SE INDICA MANEJO CON CORTICOIDES NEBULIZADOS Y EV, PERO PACIENTE PRESENTA DETERIORO SÚBITO CON EFISEMA SEVERO DE CARA, CUELLO Y TORAX...”

Pero si analizamos y comparamos esta anotación inmediatamente anterior de las 09:47 PM, donde habla del deterioro neurológico, con las notas de enfermería de ese mismo día 17 de agosto de 2016, a las 21:59, que es igual a las 09:59 PM, y las notas de enfermería de las 22:00 horas, encontramos una grandísima diferencia, que consiste en que las notas de enfermería, no relacionan esa supuesta gravedad de la paciente el día 17 en horas de la noche, miremos lo que dicen las notas de enfermería de ese día y a esa hora de la noche:

“21:59 jamueses – JESÚS ALFREDO MUESE TORRES – ENFERMERÍA GENERAL.” (Folio 369)

“ENTREGO PACIENTE EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN DELICADAS CONDICIONES DE SALUD, CON DIAGNOSTICOS YA ANOTADOS, AL EXAMEN SE OBSERVA PACIENTE CON CABEZA NORMOCEFÁLICA, SE OBSERVA PUPILA DERECHA EN 3 FIJA IZQUIERDA 4, SE OBSERVA ENFISEMA EN PÁRPADOS CON TOT CONECTADA A VENTILACIÓN MECÁNICA, CON Sonda OROGÁSTRICA PERMEABLE, PASANDO NUTRICIÓN ENTERAL GLUCERNA A 20CC/H, CUELLO MOVIL, TORAX SIMETRICO CON MONITIRA CARDIACA CONTINUA INVASIVA CON LINEA ARTERIAL EN MID

FUNCIONAL, OBSERVANDOSE NORMOCARDIA, NORMOTENSA, AFEBRIL, CON GLUCOMETRIA ENTRE LOS PARAMETROS NORMALES, ABDOMEN BLANCO Y DEPRESIBLE A LA PALPACIÓN, GENITALES ÍNTEGROS ELIMINANDO POR SONDA VESICAL CONECTADA A CISTOFLO EN MODERADA CANTIDAD, CON CVC PERMANENTE TRILUMEN EN FEMORAL IZQUIERDO PASANDO GOTEOS SEGÚN ORDEN MÉDICA ASÍ: SSN A 60 CC/H, CON MIDAZOLAM A 10 CC/H, FENTANIL A 10 CC/H, POR BOMBA DE INFUSIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES SIMÉTRICAS... PTE QUE SE LE REALIZA SUS RESPECTIVAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA, HIGIENE Y CONFORT, HIGRATACIÓN DE PIEL, ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS SEGÚN ORDEN MÉDICA, CAMBIOS DE POSICIÓN, CAMBIO DE PAÑAL Y CAMBIO DE SÁBANAS, CONTROODE S.V. CONTROL DE LA Y LE, TOMA DE GLUCOMETRIA..."

"22:00. jamueses – JESÚS ALFREDO MUESE TORRES – ENFERMERÍA GENERAL." (Folio 369)

"RECIBO PACIENTE EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN DELICADAS CONDICIONES DE SALUD, CON DIAGNOSTICOS YA ANOTADOS EN HISTORIA CLÍNICA, AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA PACIENTE CON CABEZA NORMOCEFÁLICA, SE OBSERVA PUPILAS DERECHA EN 3 FIJA IZQUIERDA 4, SE OBSERVA ENFICEMA EN PÁRPADOS CON TOT CONECTADA A VENTILACIÓN MECÁNICA, CUELLO MÓVIL, TORAX SIMÉTRICO CON MONITIRA CARDIACA CONTINUA NO INVASIVA, OBSERVANDOSE NORMOCARDIA, NORMOTENSA, AFEBRIL, CON GLUCOMETRIA ENTRE LOS PARAMETROS NORMALES, ABDOMEN BLANCO Y DEPRESIBLE A LA PALPACIÓN, GENITALES ÍNTEGROS ELIMINANDO POR SONDA VESICAL CONECTADA A CISTOFLO CON ACCESO VENOSO PERMEABLE EN MII PERMEABLE PASANDO GOTEOS SEGÚN ORDEN MÉDICA ASÍ: SSN 490 + 10 CC DE KATROL POR BOMBA DE INFUSIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES SIMÉTRICAS."

"22:00 jafranco – JACKELINE FRANCO MOLINA – ENFERMERÍA GENERAL." (Folio 369)

"22.00 HRAS, REGRESA PACIENTE DE HEMODINAMIA EN MALAS CONDICIONES GNERALES DESPIERTA CONSCIENT, PERO SE OBSERVA CIALORREICA, CON ABUNDANTES SECRECIONES POR BOCA, EL MÉDICO ORDENA ASPIRAR Y REALIZAR MICRONEUBOLIZACIÓN, SE OBSERVA PUPILA DERECHA EN 3 FIJA IZQUIERDA 4, SE OBSERVA ENFISEMA EN PÁRPADOS, BOCA Y TORAX, LA FISIOTERAPEUTA INFORMA A MÉDICO DE TURNO EL MEDICO DECIDE INTUBAR DE DIFICIL INTUBACIÓN, SE ADMINISTRA 1 AMP DE MIDAZOLAM, UNA AMP DE FENTANYL, SE OBSERVA PACIENTE CON ABUNDANTE SECRECIONES SANGUINOLENTAS, SE PASA BOLO DE 500 CC DE SSN, SIN MAS CAMBIOS ESPECIALES A RESALTAR ... QUEDA PACIENTE EN MUY DELICADAS CONDICIONES GENERALES... NOTA REALIZADA POR ANDREA VELEZ..."

Nótese que las notas de enfermería del día 17 en la noche, son normales a la de los otros días, pues no reflejan ese supuesto estado de agravamiento de la paciente ese día en horas de la noche.

Nótese también que las notas de enfermería del 17 de agosto, ninguna de ellas habla de la realización de la panangiografía ese día.

Ahora analicemos la última nota de enfermería la del día 23-08-2016, hecha a las 05:42 mabonilla-MARIBEL BONILLA CEPERO – ENFERMERÍA GENERAL, que dice:

“PACIENTE EN MALAS CONDICIONES DE SALUD A LAS 5:19 AM PRESENTA DETERIORO DE SIGNOS VITALES, E (sic) INFORMA AL MÉDICO TRATANTE SE ACTIVA CÓDIGO AZUL E INICIA MANIOBRAS AVANZADAS DE REANIMACIÓN POR 20 MINUTOS, CONTINUA EN RITMO DE PARA (sic), NO SE OBTIENS (sic) PULSO, NI RESPUESTA CARDIACA SE DETIENE PROTOCOLO, Y SE VERIFICA SIGNOS VITALES LOS CUALES NO HAY, SE DA POR FALLECIDA A LAS 5:40 AM”.

Así como se registró en esta nota de enfermería el deterioro de la paciente minutos antes de su fallecimiento, así también se debió haber registrado el supuesto deterioro súbito del día 17 de agosto, minutos después del procedimiento de panangiografía, pero curiosamente las notas de enfermería no registran agravamiento en la noche del 17 de agosto.

Conclusión. La historia clínica pudo haber sido alterada, consignaron la realización de la panangiografía como el día 17 de agosto de 2016, en horas de la noche, cuando en realidad, hay serios indicios que fue el 22 de agosto de 2026, en horas de la noche, un día antes de su fallecimiento, ya que minutos después de haber salido del procedimiento angiográfico, la paciente sufre un deterioro súbito de sus signos vitales, donde hicieron un gran esfuerzo, pero la paciente pudo haber fallecido en la madrugada del día siguiente de haberle hecho la panangiografía.

Esta conclusión concuerda con la versión inconfundible de los familiares en el sentido que el fallecimiento fue un día después de la intervención, concuerda con lo dicho por el perito sobre el riesgo de realizar la panangiografía con niveles tensionales altos, como aquí ocurrió.

Si en realidad la realización de la panangiografía, hubiera estado supeditada a que los niveles de presión arterial fueran los óptimos, no es de buen recibo que un día antes, es decir, el 16 de agosto de 2016, la programen para el 17, como si los médicos fueran adivinos para saber que el día siguiente el 17, la paciente iba a tener presión arterial en niveles óptimos menores de 140/90, dicho por el perito.

Conclusión la realización de la panangiografía nunca dependió de los niveles de la presión arterial, esta es una disculpa tardía del apoderado de FABILU LTDA.

Lo dicho por el perito en el sentido del riesgo de realizar la panangiografía con nivel alto de presión arterial (minuto 00:29:11), **“ningún tipo de examen endovascular o cerebral imagenológico, se puede hacer con un paciente inestable y si una persona tiene una presión arterial elevada no controlada, es una paciente inestable”**, (min. 00:29:35), **“lógicamente porque el procedimiento como tal es de alto turmequé, dentro de la medicina...”**(minuto 00:29:13 **“Ningún tipo de examen endovascular o cerebral imagenológico se puede hacer con un paciente inestable**), y que a la postre después de una larga espera de 12 días, se le hizo teniendo la presión arterial en un nivel alto de **180/75**, (folio 290 del archivo 01 c. físico completo, tiene coherencia con el agravamiento que sufrió

la paciente minutos después de salir de la intervención, tal como quedó registrado en la historia clínica a **folio 110, del 2016-08-17 09:47 PM.**-" *NOTA. PTE QUIEN INGRESA DE PROCEDIMIENTO ANGIOGRÁFICO REPORTANDO EMBOLIZACIÓN EXITOSA DE ANEURISMA EN LA COMUNICANTE POSTERIOR, PTE PRESENTA DETERIORO NEUROLÓGICO CON MONOPLEJIA INF. IZQ Y MONOPARESIA SUP. IZQ. MAS ESTRIDOR LARINGEO Y MAL PATRÓN RESPIRATORIO CON SOPORTE ALTO FLUJO"*

Del texto que antecede, se deduce que la paciente se agravó de muerte, minutos después de salir del procedimiento angiográfico. Este hecho (el agravamiento), coincide con lo dicho por el perito, en el sentido del riesgo de muerte si le hacen la pagangiografía con nivel de tensión alta como en efecto ocurrió. Dicho de otro modo, fue un error de la CLÍNICA, haberle realizado la panangiografía teniendo una tensión arterial de **180/75**, (folio 290 del archivo 01 c. físico completo

Séptima falla en el servicio.

HIPERTENSIÓN MAL CONTROLADA Y SUMINISTRO EQUIVOCADO DEL LOSARTAN.

En la historia clínica de la CLÍNICA COLOMBIA, en las notas de enfermería aparece que desde el cinco (5) folio **149** hasta el 22 de agosto de 2026, folios **164** del archivo 01 cuaderno físico, a la paciente le suministraron LOSARTAN y en la audiencia del 27 de febrero al minuto **01:00:00**, el perito, Dr. **JORGE IVAN OLIVEROS ARTEAGA**, manifestó que la paciente tomaba una tableta de LOSARTAN.

Al minuto **1:32:41**, el Dr. Camilo Andrés Galeano, apoderado de la Red de Salud del Sur Oriente, le pregunta al perito que "*si en la población afrodescendiente suele aparecer hipertensión arterial de forma más agresiva y el tratamiento farmacológico, suele ser diferente.* El perito al minuto **1:34:10**, le respondió lo siguiente: "*.... En ellos las cifras tensionales hay muchos medicamentos como el LOSARTAN que no les sirve a ellos y que muchos de los médicos formulan...*" Al minuto **1:35:07**, dijo: "*... la señora recibía LOSARTAN que probablemente no vaya a tener mayor efecto en bajar su presión arterial...*".

Si analizamos en conjunto las pruebas obrantes en el proceso, como lo consignado en la nota de enfermería en el sentido que, desde el 5 hasta el 22 de agosto de 2016, a la paciente le suministraron LOSARTAN, y lo dicho por el perito en el sentido que el LOSARTAN que no les sirve a las personas de raza negra y la realidad que la hipertensión estuvo alta y descontrolada, obliga a concluir que a la paciente se le estaba suministrando un medicamento equivocado o que por lo menos los médicos debían saber que no tenía mayores efectos en personas de raza negra y ese error puede ser una de las razones para decir que la hipertensión estaba mal controlada y que efectivamente permaneciera en niveles altos.

Este **error o desacierto**, pudo haber incidido directamente en mantener los niveles de hipertensión altos, que a la postre contribuyó a la muerte de la paciente.

Los médicos a ese nivel debían saber que el LOSARTAN no era el medicamento indicado para esa clase de paciente según su raza y sin embargo se lo suministraron desde el 5 que ingresó hasta el 22 de agosto, por lo que le asiste razón al médico que dice que las cifras tensionales estaban mal controladas.

En síntesis, hubo una pérdida de oportunidad o chance para la paciente.

Corolario de todo lo anterior, respetuosamente me permito SOLICITARLE a su honorable despacho, se digne:

1º). ACCEDER a las pretensiones de la demanda.

2º). Desestimar las excepciones planteadas por la parte demandada y por las llamadas en garantías.

3º). Condenar en costas a la parte demandada.

4º). Al momento de resolver tener en cuenta la solicitud de tener por no contestada la demanda de FABILU LTDA CLÍNICA COLOMBIA, por no cumplir con lo establecido en los artículos 96 y 97 del C.G.P.

Atentamente,



MANUEL HORACIO RAMÍREZ RENTERÍA.
C. C. Nro. 4.813.393 de Bagadó – Chocó.
T. P. Nro. 250.343 del C. S. J.
Actor y apoderado.