Outlook

INFORME AUDIENCIA ART 181 CPACA || 09/07/2025 8:00 am || || RAD 66001333300620190038700 ||CASE 18067 || MARÍA RUBY DUQUE VARELA y OTROS vs HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE Y OTROS || LL.G

Desde Anyela Patricia Coral Miranda <apcoral@gha.com.co>
Fecha Sáb 12/07/2025 9:04
Para Informes GHA <informes@gha.com.co>; CAD GHA <cad@gha.com.co>; Marlyn Katherine Rodríguez Rincón <mkrodriguez@gha.com.co>
CC Nicolas Loaiza Segura <nloaiza@gha.com.co>; Gonzalo Rodríguez Casanova <grodriguez@gha.com.co>; Gestora De Dependencia <gestordedependencia@gha.com.co>; Pedro Antonio Gutierrez Cruz <pgutierrez@gha.com.co>

1 archivo adjunto (216 KB)
AP 09-07-25 8 AM.pdf;

Muy buen día,

Para los fines pertinentes informo que el día **9 de julio de 2025 a partir de las 8:00 am**, se llevó a cabo CONTINUACIÓN DE AUDIENCIA DE PRUEBAS, en los términos del Art 181 del CPACA en el JUZGADO SEXTO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE PEREIRA del proceso de la referencia. Durante la sesión, se desarrollaron las siguientes etapas:

Nota destacada: Es la tercera cesión de la audiencia de pruebas del proceso; la primera se realizó el 8 de julio de 2025 a las 8:00 am; la segunda el 08 de julio de 2025 a las 2:00 pm y tras la presente cesión, se continuó el 9 de julio de 2025 a las 2:00 pm y 10 de julio de 2025 a las 8:00 am (en esta última se suspende la audiencia y por estado se comunicará la nueva programación)

1. **Presentación.**

2. **Recepción de testimonios solicitados por el Hospital Universitario San Jorge - HUSJ.**

Carlos Mauricio Rios Girales. Médico especialista en Medicina Interna que labora en el HUSJ.

Para la época era médico internista en la unidad de cuidados intermedios del HUSJ.

Indicó que de la HC se abstrae que el paciente llegó en los primeros días del mes de septiembre de 2016 remitido de una unidad local, lo valora el medico general de urgencias quien valora que tiene muy mal estado de salud, dificultad respiratoria severa y falla ventilatoria, por lo que fue entubado para preservar su vida. Antes de intervenirlo en la unidad de cuidados intermedios se inició un proceso de remisión con un concepto del médico intensivista para remitirlo en la unidad de cuidados intensivos. Se ingresó a unidad de cuidados intensivos y cuidados intermedios y tras realizarle estudios, radiografías, resonancias, tomografías y demás, había sospecha de SIDA que tras realizarse las pruebas pertinentes se confirmó y se diagnosticó que estaba atravesando por coinfecciones asociadas al VIH que estaba en estado severo, es decir en SIDA, que es cuando se considera que hay

una falla del sistema inmunológico asociado al VIH. Ante esa sospecha se inició cubrimiento desde las primeras 24 horas con terapia antibiótica y antimicrobiana de amplio espectro, cubriendo bacterias, infecciones por tuberculosis, otros gérmenes asociados a la infección. Se llevó a los protocolos de atención en la unidad de cuidados intensivos para el manejo de la falla ventilatoria.

Durante la evolución inicial se inició el tratamiento antituberculoso únicamente por la sospecha, teniendo en cuenta que el paciente era intermitentemente habitante de calle y con consumo de estupefacientes inhalados que lo ponían en un mal estado nutricional, y todo eso más la confirmación del SIDA llevaban a sospechar coinfecciones, como es la micobacteria tuberculosa que es la más común en ese contexto. Con ese escenario y sospecha de otros gérmenes oportunistas se solicitaron neuroimágenes y se planteó el tratamiento para tratar de cubrir estos gérmenes.

En imágenes de tomografía se evidenciaron lesiones ocupantes de espacio, que en ese escenario epidemiológico se planteaba que fuera una toxoplasmosis cerebral por un parásito que se encuentra en todas partes, como el agua no potabilizada y lo adquirimos desde la infancia, pero las personas inmunocompetentes logramos controlar la enfermedad, pero en casos como el del paciente que tiene una deficiencia inmunológica esa infección se reactiva y descontrola.

Con la tuberculosis es difícil establecer si es una primoinfección o una reactivación de un contacto previo, lejano o establecer el momento de esa infección y una vez el sistema inmunológico está deteriorado esa infección se reactiva y manifiesta.

Por ese escenario se realizó el tratamiento pertinente para cubrir la micobacteria, infección bacteriana y neumocistosis que con el mismo tratamiento de la neumocistosis se cubre toxoplasmosis cerebral.

Tuvo varias hospitalizaciones y eso se debía al curso natural de la enfermedad por VIH sin un tratamiento y adherencia adecuada, pues esa enfermedad es debilitante y potencialmente mortal, en especial si no se tiene buena adherencia al tratamiento, pues de lo contrario podría llevar una vida relativamente normal como un paciente hipertenso y diabético que tiene que ser riguroso en sus controles. Pero por las condiciones sociales y personales del paciente no fue posible y en sus reingresos no se lograba establecer que estaba haciéndose controles y tomando adecuadamente sus medicamentos.

En la primera atención después de estar en condición críticamente enferma se logró estabilizar, extubar, logró respirar por sí solo, se logró controlar el cuadro de infección severa y el paciente se estabilizó. Se solicitaron más estudios pues se evidenciaba un compromiso sistémico por coinfección que era la infección por una micobacteria tuberculosa que podía infectar cualquier órgano del cuerpo pues su sitio de entrada es pulmonar pero si la persona tiene una condición inmunosupresora puede migrar a cualquier órgano y en el caso del paciente se evidenció por pruebas moleculares para la micobacteria tuberculosa que estaba presente en el sistema nervioso central, en el pulmón y en el espacio pleural, lo que en su situación es muy grave.

Con esa potencial gravedad del cuadro se inició en tratamiento antituberculoso de manera empírico, es decir que cuando se confirmó que era bacteria tuberculosa ya llevaba 6-7 días de tratamiento conjugado para la micobacteria de acuerdo con los lineamientos gubernamentales para la infección.

Durante esa hospitalización se sospecharon y previeron otras infecciones por hongos sistémicos como el histoplasma capsulatum, que con la prueba mejor aceptada, que es medir la presencia de fragmentos del hongo en orina, que como es de difícil acceso, se realizó tratamiento empírico hasta corroborar o descartar esa infección.

Y durante ese tratamiento el paciente evolucionó de manera satisfactoria por lo que, de unidad de cuidados intensivos, pasó a cuidados intermedios y luego a sala de hospitalización general.

Lo valoraron diferentes especialidades, neurología, neurocirugía, infectología, medicina interna. Y tras esas valoraciones se plantearon los diferentes tratamientos y el paciente superó la necesidad de la estancia hospitalaria y se le dio alta para que siguiera su tratamiento con la corresponsabilidad del paciente que debe ser de adherirse a un programa de tratamiento de VIH que lo debe brindar su EPS, y de ahí regresó en dos oportunidades más con cuadros de reactivaciones de reinfecciones que ya habían sido tratadas y por las cuales el paciente había estado hospitalizado previamente. Eso reflejaba que el paciente por diferentes razones no se ajustaba a los tratamientos que requería para el control y prevención de recaídas de la enfermedad y en relación con el tratamiento del VIH, para tratar de controlarlo, pues era la causa principal de las coinfecciones.

Frente a los interrogantes de la juez.

El pronóstico de un paciente que ingresó como él es muy malo por tener un conjunto de condiciones desde el consumo de estupefacientes, desnutrición, y múltiples coinfecciones asociadas al VIH, lo que evidencia es una enfermedad avanzada y el compromiso sistémico es importante. Se logró estabilizar tras la atención, el curso natural de esas enfermedades es afectado por tratamiento y una adherencia permanente y persistente al tratamiento. El manejo de los pacientes con VIH es controlar la enfermedad para evitar la aparición de confecciones o microorganismos oportunistas. Una vez superada la fase crítica, como se hizo, con el tratamiento adecuado, el curso de esta enfermedad pudo ser diferente.

Si hubiera existido una adherencia correcta al tratamiento, las posibilidades de sobrevivir hubieran sido superiores.

Frente a las razones de la falta de adherencia al tratamiento, se logró establecer con el grupo de trabajo social del hospital era falta de adherencia desde el punto de vista del paciente, no tenía la corresponsabilidad suficiente.

Frente a la reacción al medicamento que tuvo el paciente, indicó que los medicamentos utilizados para el tratamiento de tuberculosis no están libres de reacciones adversas y los factores de riesgo aumentan por condiciones como la desnutrición del paciente y el bajo peso, por lo que se ajusta la dosis al peso de acuerdo con los lineamientos nacionales, pero es imposible predecir qué personas presentarán reacciones como lesión hepática. En pacientes con factores de riesgo se hace medición de la bioquímica hepática para saber si hay aparición de esa complicación. Hay medicamentos que pueden producir daño hepático por razones genéticas que los vuelve hipersensibles a nivel hepático y pueden producir ese daño. Una vez se identificó, con los criterios diagnósticos que están establecidos en la guía nacional para esa complicación, se detuvo el tratamiento porque es lo que indica la norma, se valoró por infectología y se estableció la pauta para reiniciar el tratamiento con la

mayor seguridad y se le hicieron los controles posteriores a la aplicación de los nuevos medicamentos sin que reapareciera la reacción hepática.

El estado crítico con el cual ingresó al hospital era reversible.

Si hubiera recibido el tratamiento anterior y de manera constante no hubiera llegado a ese nivel de severidad por la infección por VIH. Entre más temprano se inicie, la probabilidad de que haya inmunodeficiencia severa y la aparición de coinfecciones o enfermedades tumorales.

No es posible determinar cuánto tiempo llevaba con la enfermedad. La evidencia científica dice que la mayoría de los pacientes hacen cuadros de inmunodeficiencia severa alrededor de los 5 años de la infección, pero no es posible determinarlo.

Frente a las preguntas de la apoderada de HUJS

Frente al interrogatorio de si los tratamientos para VIH o tuberculosis requerían hospitalización. Esos tratamientos se hacen el 90% de los casos de manera ambulatoria en los programas estructurados de las unidades de atenciones ambulatorias de los pacientes. En casos severos se hace un tratamiento inicial para salvar la vida y una vez se estabiliza, puede seguir el tratamiento de manera ambulatoria.

Que las personas encargadas de tramitar el tratamiento, aunque se les haga puente con trabajo social, es el mismo paciente, asociado al seguimiento por su EPS.

Frente a las preguntas del apoderado del INPEC

No conoce quien es la entidad responsable de prestar servicios de atención médica a las personas privadas de la libertad -PPL de manera intramural, cuando han tenido pacientes PPL los ingresas a través de fideicomisos.

No sabe a qué EPS estaba afiliado el paciente porque no es un parámetro que tengan en cuenta para atenderlo, a todos los pacientes se les otorga un tratamiento igualitario.

Que en el 50% de los pacientes con infección aguda por VIH tienen un cuadro que se llama síndrome retroviral agudo que se puede presentar entre la primera semana a tres meses de infectarse por primera vez, pero en los otros casos puede aparecer 2, 3 o hasta 10 años después de la infección.

Frente a las preguntas realizadas por el apoderado del Hospital Santa Mónica

Frente a la pregunta de por qué es importante el autocuidado y apego al tratamiento del paciente y en qué consiste el tratamiento, indica que dentro de los medicamentos antirretrovirales hay varias familias, unos están encaminados a evitar la replicación del virus, es decir, inhiben el sistema de encimas y proteínas que llevan a que el virus sea capaz de reproducirse. Otros están encaminados a evitar que el virus entre a las células. Dentro de las guías de atención se utilizan terapias, que son de al menos tres medicamentos con diferentes mecanismos de acción de esos mencionados, para tratar de evitar la propagación y replicación del virus. El VIH tiene la característica de afectar unas células

diana que sirven de pilar para activar el sistema inmune ante reacciones infecciosas y tumorales, y el virus usa el material del núcleo de esas células para replicar su ADN y una vez esa célula está llena de virus se revienta y muere y libera nuevos virus al torrente sanguíneo y ellos van a buscar otras células diana. El medicamento que se usa para el tratamiento evita tanto que esos virus se repliquen dentro de las células diana y también que los nuevos virus que se liberan no afecten nuevas células. De esa manera se trata de reducir la cantidad de virus que hay, y lo que han demostrado esos medicamentos, es que se disminuye la velocidad con que las células de defensa mueren, y tratar de mantener el sistema inmunológico.

Y frente a la importancia del apego por parte del paciente al cumplimiento de toda esta guía de atención y tratamiento, indicó que como cualquier tratamiento asociado a una enfermedad crónica, como la hipertensión o diabetes, es potencialmente controlable y una vez controlada las complicaciones y evolución natural de la enfermedad es modificada. Como toda enfermedad crónica, todo parte de que el paciente sea adherente a su tratamiento, pues con ello se trata de garantizar una modificación de la evolución natural de la enfermedad. En el caso de los microorganismos es importante la adherencia porque aprenden a defenderse de las sustancias que les enviamos, aprenden a hacer antídotos para tratar de evitar el efecto esperado de esos medicamentos, entonces en la medida que la persona ha cursado por varios tipos de medicamentos y los abandona y los retoma, da pie a que esos virus se vuelvan resistentes. De ahí que la adherencia, el apego y corresponsabilidad es vital.

Frente a las preguntas de Fiducentral.

El consumo de estupefacientes agudiza la probabilidad de contraer tipo de infecciones oportunistas. Porque los expendedores de drogas las mezclan con ladrillo, tierra u otras sustancias para aumentar su volumen, y es este tipo de droga el que se consume, lo que no es estéril y para un paciente con un inmonucompromiso se vuelve factor de riesgo para esas infecciones. Pero también la mayoría están en el ambiente y para las personas con un sistema inmune competente no presenta un reto.

Frente a las preguntas del apoderado de La Previsora.

Que se llegó a la conclusión de que era habitante de calle por lo que le informó trabajo social, que el paciente estaba en la calle de manera intermitente por el consumo de drogas y después volvía con su mamá.

Que no sabe si asistía solo o con acompañante a citas o atenciones. La labor de los trabajadores sociales es hacer conexión con las unidades de atención del paciente que le corresponde a cada EPS y les confirma si el paciente es o no adherente. Trabajo social refería que no era adherente.

Retoma preguntas la Juez.

La juez indaga de dónde concluye la información de la falta de adherencia, si era por los reingresos o por qué razón. Indica que en los pacientes que tienen patología de control e interés público como la tuberculosis, por ser mortal y altamente contagiosa, las entidades de salud son celosos con el control

de esos pacientes. Por lo que a los pacientes a quienes ya se les hizo tratamiento y reingresan con reactivación se les hace seguimiento por trabajo social y se determinó que era falta de adherencia del paciente a las citas o sus atenciones relacionadas con el programa.

Frente a si esa falta de adherencia se determinó en una reunión interdisciplinaria, indicó que no recuerda el caso particular, pero que los trabajadores sociales dejan su respaldo en historia clínica.

Que el paciente recibía recomendaciones permanentes frente a esa importancia de adherencia al tratamiento, que en las notas de salida se le hacía las recomendaciones de seguir. En vías de garantía de la adherencia al tratamiento y en especial en esas enfermedades de interés público, se les hace puente con sus entidades prestadoras primarias de salud para continuar con los programas.

Que al indicar que el VIH fue de diagnóstico reciente no se refieren a que la adquirió de manera reciente, sino es en torno a su diagnóstico pues es imposible saber cuánto tiempo lleva con la infección.

Frente a las preguntas del apoderado demandante indicó:

Que trabajo social no informó en qué periodos estuvo en condición de calle.

Que trabajo social no le informó que el paciente que estuvo privado de la libertad desde el año 2010 hasta la fecha de su fallecimiento.

Que cuando el paciente llegaba era hospitalizado casi de manera inmediata, y que cuando estaba en observación siendo atendido por especialistas era también una hospitalización.

Que no recuerda cuánto tiempo se tardó la valoración por neurología, pero cree que fue en menos de 24 horas.

Que la corresponsabilidad significa que las personas con una patología tienen la responsabilidad de atender las recomendaciones, tomarse oportunamente los medicamentos, asistir oportunamente a controles, contar las situaciones con la veracidad que amerita la consulta, para facilitar los medios y la mejor evolución de una enfermedad.

Indaga al médico si conociendo que estuvo privado de la libertad desde 2010 hasta que él lo atendió, se dio esa corresponsabilidad, frente a lo que responde que eso hacía parte de la atención ambulatoria y no hospitalaria. Y que desconoce quién le prestaba la atención ambulatoria, pues es algo de punto de vista administrativo y no médico, ya que al prestar el servicio de salud se realiza sin tener en cuenta la EPS.

Indica que si el paciente hubiera recibido tratamiento adecuado con todas las condiciones establecidas, se hubiese podido prevenir el estado en que llegó.

Fin del interrogatorio.

- **El HUSJ desiste** de los demás testimonios por él solicitados: Natalia María Schroeder Lanao, William Alberto Arciniegas Quiroga, Carlos Javier Perdomo Rivera, Karen Melissa Ordoñez Diaz,

John Alexander Álzate Piedrahita y Diana Marcela Diaz Arriaga. Se acepta el desistimiento.

- Teniendo en cuenta que no se practicaron más testimonios de los médicos que atendieron al paciente en el HUSJ, **se oficiará al HUSJ** para que suministre los datos de los médicos Alexander Benavides Ramírez, Claudia Janeth Gómez Merchán, solicitados por la parte demandante, y una vez se cuente con la información, el demandante deberá gestionar la comparecencia de los testigos a la audiencia que programe el despacho.

- En la tarde se iba a recepcionar los testigos solicitados por Asmet Salud, por lo que se iniciará la cesión y si no se conectan, se decidirá lo respectivo.

3. Se suspende de la audiencia para reanudarse a las 2:00 pm del 9 de julio de 2025, como fue previsto en audiencia inicial.

Adjunto nuevamente el acta de la audiencia celebrada, previamente remitida por Pedro Antonio Gutierrez Cruz.

Cordialmente,

HERRERA ABOGADOS & ASOCIADOS
in association with CLYDE&CO

Anyela Patricia Coral Miranda
Abogada Junior
TEL: 315 618 5984

Bogotá - Cra 11A # 94A - 23 Of 201 | +57 317 379 5688
Cali - AV 6A Bis # 35N - 100 Of 212 | +57 315 577 6200
Londres - EC3A 7AR GB - Edificio St Botolph. 138 Houndsditch.

GHA gha.com.co

Aviso de Confidencialidad: La reproducción, copia, publicación, revelación y/o distribución, así como cualquier uso comercial o no comercial de la información contenida en este Correo Electrónico y sus adjuntos se encuentra proscrito por la Ley. Al ser destinatario del presente correo y no devolverlo acepta que el manejo de la información aquí contenida debe manejarse de manera confidencial y reservada. Si usted no es destinatario por favor contacte al remitente y elimine copia del correo, así como de sus adjuntos.

Confidentiality Notice: The reproduction, copying, publication, disclosure and/or distribution, as well as any commercial or non-commercial use of the information contained in this Email and its attached files are prohibited by law. If you are the intended recipient you agree that the information contained herein must be used and managed in both, confidential and reserved manner. If you are not the intended recipient please contact the sender and delete a copy of the mail as well as its attachments