



TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE RISARALDA

SALA TERCERA DE DECISIÓN

MAGISTRADO PONENTE: ANDRÉS MEDINA PINEDA

Aprobado por la Sala en sesión de hoy

Pereira, 22 de febrero de 2024

Reparación Directa	
Asunto:	Sentencia de Segunda Instancia
Radicación:	66001-33-33-004-2018-00304-02 (F-0367-2022)
Demandante:	Luz Stella Hernández García y otros
Demandados:	Nación – Ministerio de Salud, Superintendencia de Salud, Cafesalud EPS, Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, Hospital Universitario San Jorge de Pereira y Socimédicos S.A.S.
Llamadas en garantía:	Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A., Equidad Seguros Generales, Allianz Seguros S.A., La Previsora S.A. y Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo
Procedencia:	Juzgado Cuarto Administrativo del Circuito de Pereira

➤ **Tema:** Falla médica / Cáncer vesical / Responsabilidad del Estado por el desempeño de las funciones de inspección, vigilancia y control a cargo de las Superintendencias / demora en autorizaciones ante la EPS / **Niega pretensiones / No logró probar la relación entre el nexo causal y el daño / Confirma**

1. EL ASUNTO A DECIDIR

Decide la Sala el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante; contra la sentencia proferida por el Juzgado Cuarto Administrativo del Circuito de Pereira el 02 de marzo de 2022, **que negó las pretensiones de la demanda.**

2. EL RESUMEN DE LA CRÓNICA PROCESAL

PRIMERA INSTANCIA

Actuación	Archivo Plataforma SAMAI	Fechas o asuntos
Presentación demanda	01_EXPEDIENTEDIGITALIZADOCUADERNOUNO(.PDF) NroActua 18 pág. 138 a 149	03/10/2018
Se admite la demanda	01_EXPEDIENTEDIGITALIZADOCUADERNOUNO(.PDF) NroActua 18 pág. 153 y 156	10/10/2018

Notificación personal por buzón electrónico	01_EXPEDIENTEDIGITALIZADO CUADERNO UNO(.PDF) NroActua 18 pág. 206 a 208	26/03/2019
Admite llamamientos en garantía	03_EXPEDIENTEDIGITALIZADO CUADERNO UNO(.PDF) NroActua 18 pág. 262 a 272	31/07/2019
Auto fija fecha de audiencia inicial	08_EXPEDIENTEDIGITALIZADO CUADERNO UNO TRES(.PDF) NroActua 18 pág. 142 y 143	02/12/2019
Auto reprograma fecha de audiencia inicial	10_AUTOREPROGRAMA AUDIENCIA INICIAL(.pdf) NroActua 18	28/09/2020
Celebración de audiencia inicial	19_ACTA AUDIENCIA INICIAL(.pdf) NroActua 18	28/10/2020
Apelación contra auto que niega interrogatorio de parte	19_ACTA AUDIENCIA INICIAL(.pdf) NroActua 18	28/10/2020
Providencia proferida por este Tribunal que revoca la negativa de la prueba	33_AUTOREVOCANDO PROVIDENCIA(.pdf) NroActua 18	01/12/2020
Celebración de audiencia de pruebas	43_ACTA AUDIENCIA PRUEBAS FEBRERO 16(.pdf) NroActua 18	16/02/2021
Continuación de audiencia de pruebas	49_ACTA REANUDACION AUD(.pdf) NroActua 18	17/02/2021
Sentencia de primera instancia	66_SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA(.pdf) NroActua 18	02/03/2022
Notificación Sentencia vía electrónica	67_NOTIFICACION SENTENCIA(.pdf) NroActua 20	03/03/2022
Recurso de apelación demandante	68_RECURSO APELACION SE(.pdf) NroActua 18	17/03/2022
Auto concede recurso de apelación	69_AUTO CONCEDE APELACION SENTENCIA(.pdf) NroActua 22	28/03/2022

SEGUNDA INSTANCIA

Actuación procesal	Archivo	Fechas o asuntos
Acta de Reparto apelación auto	31_ACTA REPARTO TRIBUNAL(.pdf) NroActua 18	10/11/2020
Auto revoca negativa de prueba	33_AUTOREVOCANDO PROVIDENCIA(.pdf) NroActua 18	01/12/2020
Acta de Reparto apelación sentencia	1_001 ACTA REPARTO(.png) NroActua 1	18/04/2022
Ingreso a Despacho del Magistrado Ponente	3_003 REPARTO NUEVO(.pdf) NroAct ua 2	24/04/2022
Auto admite recurso de apelación	4_004 AUTO ADMITERE CURSO(.pdf) N roActua 3	28/03/2022
A Despacho para Sentencia	8_008 PARA SENTENCIA(.pdf) NroActua 8	28/06/2022

3. ANTECEDENTES

[i] Luz Stella Hernández García, [ii] María Doralba Hernández García, [iii] Marilyn Grisales Hernández y [iv] Julián David Tamiba Cano, a través de apoderado judicial,

en ejercicio del medio de control de reparación directa, demandaron en procura que se declare responsables a la **I) Nación – Ministerio de Salud, II) Superintendencia de Salud, III) Cafesalud EPS, IV) ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, V) a la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira y VI) Socimédicos S.A.S.**, por los daños y perjuicios generados, con ocasión de las presuntas fallas en el servicio relacionadas con la muerte del señor Pablo Claver Hernández Marín:

1. Pretensiones.

1.1. Que se declare administrativa y extracontractualmente responsable a la NACIÓN – MINISTERIO DE SALUD, NACIÓN SUPERINTENDENCIA DE SALUD, EPS CAFESALUD S.A., ESE HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS, ESE HOSPITAL SAN JORGE DE PEREIRA y la IPS CLÍNICA SAN RAFAEL – SOCIMÉDICOS S.A.S., por los perjuicios causados a los demandantes por la falla en el servicio que le causó la muerte al señor Pablo Claver Hernández Marín.

1.2. Condenar a la NACIÓN – MINISTERIO DE SALUD, NACIÓN - SUPERINTENDENCIA DE SALUD, EPS CAFESALUD S.A., ESE HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS, ESE HOSPITAL SAN JORGE DE PEREIRA y la IPS CLÍNICA SAN RAFAEL – SOCIMÉDICOS S.A.S., por los perjuicios morales causados con la muerte del señor PABLO CLAVER HERNÁNDEZ MARÍN los siguientes valores:

- A la señora LUZ STELLA HERNÁNDEZ GARCÍA, la suma de 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes, en calidad de hija.
- A la señora MARÍA DORALBA HERNÁNDEZ GARCÍA, la suma de 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes, en su calidad de hija.
- A la señora MARILYN GRISALES HERNÁNDEZ, la suma de 50 salarios mínimos legales mensuales vigentes, en su calidad de nieta.
- Al señor JULIÁN DAVID TAMIBA CANO, la suma de 25 salarios mínimos legales mensuales vigentes, en calidad de doliente y persona que ayudaba con el cuidado del señor Pablo Claver.

1.3. Por los perjuicios denominados daño moral a la sucesión, por el dolor y padecimientos que tuvo que soportar el occiso mientras poco a poco iba sintiendo que su ida desvanecía, la suma de 50 salarios mínimos legales mensuales vigentes, equivalente a \$39,062,100.00

1.4. Que se condene en costas a las demandadas.

2. Hechos:

Pueden resumirse así:

2.1. El día 1º de marzo de 2015, el señor Pablo Claver Hernández Marín, de 83 años de edad, ingresó por urgencias a la E.S.E. Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, por dolor pélvico desde hacía una semana y dificultad para orinar.

2.2. El 09 de marzo de 2015, el adulto consultó nuevamente a la E.S.E. por retención de orina, allí se le cambió la sonda vesical y se le dieron indicaciones de cómo evacuar la orina.

2.3. El paciente consultó de nuevo el día 02 de junio de 2015, al presentar retención urinaria, sonda vesical taponada, la cual le fue retirada y se le realizó un nuevo paso de sonda sin obtención de retorno espontáneo, motivo por el cual, se le realiza punción suprapúbica obteniendo abundante cantidad de orina con hematuria, dicha punción es realizada nuevamente el día 04 de junio de 2015.

2.4. Debido a su patología, el paciente fue remitido al Hospital Universitario San Jorge de Pereira, siendo recibido en urgencias por retención urinaria de 04 días de evolución, la cual había sido manejada con punciones suprapúbicas.

2.5. Durante el primer período de hospitalización, desde el 05/06/15 al 28/06/15, se advirtió que el señor Pablo Claver se encontraba en preparación peroperatoria por urología, por diagnóstico de cáncer vesical, pero en valoración preanestésica se evidenció enfermedad coronaria, motivo por el cual, se consideró que la intervención por urología debía ser diferida por el momento y realizársele un cateterismo cardíaco.

2.6. El paciente fue remitido a la Clínica San Rafael, donde se llevó a cabo el cateterismo y posteriormente se le realizó prostatectomía transuretral, resección de cuello vesical, resección transuretral de tumor vesical.

2.7. El día 28 de junio de 2015 se le dio de alta al paciente y asistió a varios controles **por urología** en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira **los días 21 de julio de 2015 y 22 de octubre de 2015**, y a controles de cardiología los días 19 de agosto de 2015 y 30 de noviembre de 2015 en esa misma institución.

2.8. Posteriormente, las EPS dirigió las atenciones a la IPS Clínica San Rafael, realizándose la primera el 03 de diciembre de 2015, en donde se realizó una cistoscopia transuretral, cuyo resultado fue tumor vesical que invadía toda la pared derecha de la próstata ocupando el 40% de la vejiga, por lo cual se recomendó resección transuretral de próstata.

2.9. Que, debido a lo manifestado por los familiares se presentaron dificultades con la EPS Cafesalud para las autorizaciones de los exámenes ordenados.

2.10. El día 02 de mayo de 2016, se requirió que el señor Hernández Marín fuera atendido en la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas y se anotó que el paciente presentaba episodio de retención urinaria desde hacía 09 meses, con hidronefrosis grado 2 derecha y cardiopatía isquémica.

2.11. El día 04 de junio de 2016, el paciente fue valorado por el urólogo, quien consignó en la historia clínica que se trataba de un paciente que había sido intervenido en el Hospital San Jorge por tumor vesical, pero que se desconocía la evolución posterior a la cirugía y que hacía quince días había presentado sangrado, por lo que se le recomendó una tomografía abdominal pélvica y una cistoscopia.

2.12. El 09 de julio de 2016, el paciente regresó a cita por urología, en la cual se consignó que en el resultado de la cistoscopia se encontró gran tumor vesical que ocupaba el techo y pared lateral derecha, se ordenó urotac y control con patología para enviar a radioterapia.

2.13. Posteriormente, el paciente es nuevamente valorado el 13 de agosto de 2016 por el especialista, quien recomienda llevar a cabo una nueva recepción transuretral de tumor vesical profunda más biopsia en mapeo de vejiga, se informa a los familiares sobre los riesgos y se les da el consentimiento informado para lectura y firmas.

2.14. El 29 de septiembre de 2016, se lleva a cabo cita con el anestesiólogo quien solicita un electrocardiograma y luego revalorar para determinar si es posible programar la cirugía.

2.15. El 19 de octubre de 2016, el paciente es llevado a urgencias del Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, por cuadro de retención urinaria y dolor abdominal, por lo que se ordena colocación de sonda vesical, pero no fue posible llevarla a cabo por salida de material carnosos.

2.16. Ante la imposibilidad de lograr evacuación de diuresis y alto riesgo de perforación en punción suprapúbica, se ordena la remisión de paciente como urgencia vital al Hospital Universitario San Jorge de Pereira.

2.17. El señor Pablo Claver fue remitido el 19 de octubre de 2016 al Hospital San Jorge y el 20 de octubre se consignó que el paciente se encontraba en evidente delirium, quien se encontraba pendiente de una nueva intervención quirúrgica y ese mismo día es valorado por el especialista en urología, quien indicó que el paciente presentaba hematuria por colocación de sonda y solicitó la realización de un urotac

y valoración al día siguiente para definir conducta, adicionalmente solicitó un tac de cráneo simple para descartar extensión a sistema nervioso central.

2.18. Luego de la realización de exámenes, el paciente es valorado el 24 de octubre de 2016 por el especialista en urología, quien consignó urotac con masa vesical que ocupaba casi el 90% de la luz y no permitía determinar si era prostática o vesical y le ordena una cistoscopia.

2.19. El día 25 de octubre, el anestesiólogo da visto bueno para llevar a cabo el procedimiento quirúrgico de cistoscopia.

2.20. El procedimiento se encontraba previsto para el 28 de octubre de 2016, pero no es llevado a cabo por causas desconocidas; sin embargo, el día 29 de octubre el urólogo consignó que el paciente se encontraba programado para cistoscopia y que la familia inicialmente había autorizado el procedimiento, pero que ese día decidieron no autorizar *y se les propuso salida para manejo paliativo, el cual es aceptado por ellos.*

2.21. Ese mismo día 29 de octubre, una vez se les explica nuevamente a los familiares la necesidad del procedimiento y las posibles ventajas de su realización, ellos retoman la decisión de autorizar el procedimiento denominado cistoscopia, por tal motivo, este es reprogramado para el 2 de noviembre de 2016.

2.22. Desde el 02 hasta el 08 de noviembre de 2016, se señala en la historia clínica que el paciente se encuentra pendiente de la realización del procedimiento, pero ese último día se consigna que el procedimiento es descartado por el estado de salud del paciente y se le da de alta con indicaciones de cuidados paliativos.

2.23. El paciente es llevado a su casa en ambulancia, donde fallece el día 09 de noviembre de 2016 en horas de la noche.

3. Intervención de las entidades demandadas.

3.1. Nación – Ministerio de Salud y Protección Social¹, a través de escrito de contestación de demanda se opuso a todas y cada una de las pretensiones de la demanda toda vez que dicha cartera ministerial no había prestado directa ni indirectamente los servicios de salud al demandante, razón por la cual, desconocían las acciones u omisiones que presuntamente ocasionaron el daño antijurídico imputado.

Manifestó que, en las circunstancias de modo, tiempo y lugar de los sucesos expuestos por el demandante, no se vio involucrada su participación y que en efecto,

¹ Páginas 255-271 del Archivo N° 001 del expediente digital.

la demanda fue presentada teniendo en cuenta que la falla del servicio médico que se atribuye a la omisión por parte de Cafesalud EPS, la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira y la IPS Clínica San Rafael – Socimédicos SAS.

Afirmó que la parte actora no atribuye conducta alguna a la Nación – Ministerio de Salud, toda vez que la falla del servicio que predica, se refiere exclusivamente a la atención médica que recibió el señor Pablo Claver Hernández Marín, en Cafesalud EPS, ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira y la IPS Clínica San Rafael, por tal motivo, considera que son estas las entidades llamadas a responder en el evento de comprobarse la falla del servicio alegada.

Como excepción previa, propuso la que denominó “falta de legitimación en la causa por pasiva”, y como excepciones de mérito las siguientes “Inexistencia de daño antijurídico o ausencia de responsabilidad por parte del Ministerio de Salud y Protección Social”, “Hecho de un tercero”, “Inexistencia de la relación de causa a efecto” y “Falta de derecho para accionar”.

3.2. ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas², se opuso a las declaraciones y condenas solicitadas en la demanda por considerar que la atención brindada en la ESE fue oportuna y pertinente, además de no existir un centro de imputación jurídico alguno contra el actuar de la entidad, motivo por el cual, considera que la presentación de este medio de control es una clara posición de abuso del derecho.

Señaló que, en el presente caso, no se observa cuál es la presunta falla que se pretende endilgar al sistema de salud. Por el contrario, afirmó que, de la redacción de los hechos y la transcripción de la historia clínica, se aprecia la oportuna concurrencia del sistema en la atención del usuario, en especial de la ESE Hospital Santa Mónica, que, ante las retenciones presentadas por el paciente, dio las órdenes médicas y el tratamiento con medicina especializada, logrando la diagnosis del paciente y su tratamiento.

Expresó que, llama la atención que en los hechos de la demanda y en la historia clínica, se observa que el paciente refiere diálogo de enfermería que evoluciona sin asistir a tratamiento en su residencia más de diez días de haber retenido líquidos, situación que contrasta con el cuidado especial, con el que el grupo familiar debe procurar a un miembro en las condiciones del señor Pablo Claver.

² Páginas 278-297 del Archivo N° 001 del expediente digital

Afirmó que, además, es notorio que el mal estado del paciente y sus complicaciones fueron atendidas por el personal de la ESE Hospital Santa Mónica, y que la valoración y posterior remisión se da en tiempo y forma adecuada.

Agregó que, la dolencia de base del paciente; es decir, el cáncer padecido, el cual quedó demostrado por especialidad en las entidades de tercer nivel, hace que la sobre vida o posibilidad de recuperación fuesen realmente escasas, las cuales no son tenidas en cuenta por la parte demandante.

Sostuvo que, brillan por su ausencia las consideraciones o afirmaciones relativas a la falla médica o al nexo causal que debe existir o probarse en este tipo de procesos para que pueda edificarse una responsabilidad estatal, por el contrario, considera que no se logra ni siquiera establecer los hechos motivo de la falla médica. En virtud de esta situación, considera que después de analizar la historia clínica, se advierte que el paciente fue debidamente atendido y diagnosticado.

Como medios exceptivos, propuso los que denominó “Falta de jurisdicción y competencia”, “Inexistencia o falta de configuración de falla del servicio o ausencia de responsabilidad administrativa”, “Valoración exagerada de los perjuicios” y “Falta de legitimación por pasiva”.

3.3. E.S.E Hospital Universitario San Jorge de Pereira³ argumenta que en la demanda no se indicó el centro de imputación de la presunta responsabilidad o la supuesta falla médica en la que incurrió la entidad en el proceso de atención al señor Pablo Claver Hernández, por tal motivo, considera que no es posible proceder a argumentar una defensa frente a una actuación específica, sino de manera genérica frente a la atención brindada al paciente.

Señaló que, de acuerdo a la historia clínica, el paciente tuvo dos ingresos, el primero de ellos por remisión de la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas el día 6 de junio de 2015, por presentar cuadro de retención urinaria de tres días de evolución, siendo remitido para la práctica de una cistoscopia y manejo. Ese mismo día fue valorado por urología, quien señaló que se trataba de un paciente con síntomas obstructivos urinarios de larga data, con sonda desde hacía más de cuatro meses, con presencia de lesión endovesical, hematuria recurrente. En el momento de la valoración, el paciente estaba estable, con orina clara, se hizo la impresión diagnóstica para cáncer vesical por historia clínica y como plan de manejo, se solicitó una TAC abdominopélvica con contraste.

³ Páginas 1-14 del archivo N° 3 del expediente digital.

Manifestó que, al paciente se le realizaron todos los exámenes ordenados y le fue programada la cistoscopia por parte de urología, la cual le fue realizada el día 09 de junio de 2015, señalándose como impresión diagnóstica, un tumor de comportamiento incierto o desconocido.

El 10 de junio de 2015, fue valorado nuevamente por urología quien indicó los hallazgos de la ecografía y la cistoscopia, señalando la necesidad de manejo quirúrgico para la resección transuretral de la lesión vesical y próstata, indicándose a la familia los riesgos. El 11 de junio de 2015, fue valorado por anestesiología, quien señaló que el electrocardiograma realizado presentaba alteraciones, motivo por el cual, solicitó un ecocardiograma con stress farmacológico.

El 12 de junio de 2015, se le realizó el ecocardiograma; el 13 de junio fue valorado por medicina interna, quien consideró que, la intervención quirúrgica debía diferirse, por cuanto el ecocardiograma había arrojado hallazgos cardíacos, siendo necesario realizar un cateterismo previo, el cual le fue realizado el 17 de junio de 2015 en la Clínica San Rafael. Ese mismo día, el paciente fue llevado a la intervención quirúrgica planteada por urología, denominada prostatectomía transuretral, más resección de cuello vesical y resección transuretral de tumor vesical. En el reporte de patología se señaló, entre otras cosas, tumor de pared lateral de vejiga – carcinoma transicional papilar grado I.

Se indicó que, en el postoperatorio, el paciente presentó anemia, siendo necesaria la transfusión de dos unidades de glóbulos rojos, explicándose a los familiares los hallazgos y la necesidad de radioterapia adyuvante.

El paciente asistió a controles de urología, los meses de julio y octubre de 2015, y por cardiología, los meses de agosto y noviembre de 2015; posteriormente, no se volvió a tener contacto con él, hasta aproximadamente un año después, cuando fue remitido por la ESE Hospital Santa Mónica el día 19 de junio de 2016, por presentar nuevamente retención urinaria, sin haber sido posible la realización de un cateterismo vesical, desconociéndose el tiempo de evolución.

Se afirmó que, el 20 de octubre de 2016, el paciente fue valorado por urología, quien indicó que el paciente presentaba un cáncer de vejiga. Posteriormente, le fue tomada una ultrasonografía de vías urinarias, la cual reportó, gran masa que ocupaba la totalidad de la cavidad vesical, por tal motivo, el urólogo solicitó realización de un UROTAC de vías urinarias, adicional a ello, el médico de piso solicitó un TAC de cráneo simple para descartar compromiso del sistema nervioso.

Después de realizados dichos estudios, el día 21 de octubre de 2016, se indicó que el paciente tenía mal pronóstico, lo cual le fue informado a la familia. Para el día 24 de octubre de 2016, el paciente fue valorado por urología, quien señaló que el paciente tenía antecedentes de cáncer vesical sin seguimiento, con insuficiencia renal crónica, con hidronefrosis bilateral y masa vesical, se encontraba en mal estado general, con una masa que ocupaba casi el 90% de la luz, sin poderse determinar si la misma era prostática o vesical, motivo por el cual indicó cistoscopia.

El paciente fue programado para realización de cistoscopia para el día 29 de octubre de 2016; sin embargo, la familia no autorizó la realización del procedimiento, motivo por el cual, se propuso dar salida para manejo paliativo, lo cual fue aceptado por la familia. No obstante, los familiares cambiaron nuevamente de opinión y aceptaron la realización del procedimiento, siendo necesaria la reprogramación del mismo. El 04 de noviembre se ordenaron laboratorios de control y el día 08 de noviembre, en valoración por urología, se indicó que la evolución del paciente había sido inadecuada, motivo por el cual, se descartaba la cistoscopia, indicándose que el paciente tenía muy mal pronóstico, no siendo candidato para manejo intrahospitalario.

Por lo anterior, se le dio de alta al paciente para continuar manejo con fines paliativos en la casa y acompañamiento familiar. Así las cosas, el paciente egresó de la institución sin que se tuviera nuevamente contacto con él.

En ese orden, afirma la entidad demandada que, al paciente se le brindó toda la atención médica que requirió en cada uno de sus ingresos, poniéndose a disposición del mismo los especialistas requeridos, así como los medios técnicos y tecnológicos de los que disponía para la patología que presentaba. Por tal razón, sostiene que no se configuró ninguna falla en la prestación del servicio médico por parte de la entidad.

Como medios exceptivos, propuso *Inexistencia del nexo de causalidad*.

3.4. Superintendencia Nacional de Salud⁴, expresó que se oponía a la totalidad de las pretensiones por carecer de nexo de causalidad, entre el presunto daño antijurídico y las actuaciones realizadas por la Superintendencia.

Afirmó que, de la normativa que rige a la Superintendencia Nacional de Salud, no se encuentra facultad alguna, ni función legal o reglamentaria, que permita llevar a cabo la prestación del servicio público de salud o de aseguramiento en salud.

⁴ Páginas 90-107 del Archivo N° 3 del expediente digital.

Señaló que, de la lectura de acápite de hechos, se observa que en ninguno de ellos menciona a la Superintendencia Nacional de Salud, como parte en la actividad médica que recibió el paciente. Indicó que, se pretende establecer una supuesta solidaridad entre la Superintendencia para efectos de indemnizar los presuntos perjuicios causados con una falla en la prestación de los servicios de salud al señor Pablo Claver Hernández, lo cual no está llamado a prosperar.

Por tal razón, aclara que la Superintendencia Nacional de Salud, no ejerce coadministración con las entidades promotoras de salud, y menos con las instituciones prestadoras de servicios de salud, tales como hospitales y clínicas, así como tampoco contrata al personal de salud, ni interfiere en las actividades de administración, obligaciones y derechos de las entidades promotoras de salud, como tampoco vigila a los profesionales de la salud.

Precisó que, en ninguna parte de la demanda, se precisan las circunstancias de tiempo, modo y lugar relacionadas con las presuntas omisiones de la Superintendencia, pues solo se limitan a enunciar las instituciones de salud donde fue atendido el paciente. De igual manera, no se realiza una imputación clara y concreta frente a esta entidad, pues solo se indica que existieron omisiones, sin precisar cuáles fueron, ni mucho menos cómo se configuraron, ni qué relaciones tienen estas con el hecho generador del daño, esto es, la presunta falla en la prestación del servicio al señor Pablo Claver Hernández Marín.

Como excepciones, propuso: “Falta de legitimación en la causa por pasiva e inexistencia de nexo causal”, “Ausencia de causa eficiente – determinación”, “Inexistencia de la obligación”, “Hecho de un tercero” y “Falta de requisitos para elevar la acción de reparación directa”.

3.5. Sociedad Comercializadora de Insumos Médicos y Servicios S.A.S. – Socimédicos S.A.S.⁵, se opuso a la prosperidad de las pretensiones de la demanda, por considerar que no existió falla en la prestación del servicio por parte de esta entidad. Indicó que, dentro de los hechos de la demanda, no se evidencia la existencia de alguna acción u omisión por parte de Socimédicos S.A.S. y menos un nexo causal que desencadenara en el fallecimiento del paciente.

Señaló que, en la historia clínica, se identifican cuáles son las características de la prestación de servicios médicos prestados al señor Pablo Claver Hernández, en cumplimiento de las obligaciones constitucionales, legales y contractuales. Afirmó

⁵ Páginas 136-156 del archivo N° 3 del expediente digital

que, en el presente caso, es notorio que la obligación es de medio y no de resultado, ya que el contrato de prestación de servicios médicos se erige en virtud de brindarle al paciente el tratamiento médico necesario para su patología, además, puede evidenciarse en la historia clínica que a atención fue adecuada, oportuna y diligente.

Realizó un recuento de la atención médica brindada al paciente de acuerdo a la historia clínica e indicó que, las atenciones de Socimédicos S.A.S. frente al señor Hernández Marín, siempre estuvieron dentro del tratamiento médico adecuado, brindando la asesoría médica profesional idónea, con diligencia y siempre en beneficio del usuario. Sin embargo, sostuvo que, el señor Hernández y sus familiares, como se evidencia en la historia clínica, no daban seguimiento efectivo a las indicaciones sobre el tratamiento a su patología, retrasando el tratamiento médico, lo cual representó las complicaciones a los padecimientos del señor Pablo Claver.

Agregó que, el estudio juicio de las historias clínicas, en su respectivo orden cronológico, evidencian que esta entidad, actuó dentro de sus obligaciones de medio, de forma oportuna, contundente, bajo la *lex artis* y de manera diligencia, a pesar de los retrasos en la realización de procedimientos para el tratamiento de la patológica diagnosticada, situación imputable al paciente y sus familiares.

Como excepciones, propuso las siguientes: “Inexistencia de falla en la prestación del servicio por parte de Socimédicos S.A.S.”, “Inexistencia de nexo adecuado de causalidad entre la actuación de Socimédicos S.A.S. y el daño” y “Culpa exclusiva de la víctima”.

4. Intervención de las llamadas en garantía.

4.1. Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A. como llamada en garantía de la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira⁶, señaló que acogía en su integridad la defensa hecha por al E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira y, en consecuencia, indicó que se oponía a todas las pretensiones no reconocidas por el llamante.

Como fundamento de oposición, manifestó que en los hechos de la demanda, no se describe la más mínima imputación en contra de la llamante en garantía ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, ello obedece a la inexistencia de una falla en la prestación del servicio por parte del ente hospitalario.

Señaló que, el llamante afirma que el paciente estuvo en dos ocasiones en el ente hospitalario, la primera de ellas el 06 de junio de 2015, cuando fue remitido del

⁶ Páginas 33-54 del archivo No° 7 del expediente digital

hospital local, presentando lesión neoplásica de vejiga, circunstancia que impedía cistotomía, quedando sólo para la atención médica del Hospital San Jorge una cistoscopia y manejo médico. Adujo que, en las valoraciones médicas y los resultados de los exámenes, se encontró que el paciente tenía síntomas obstructivos urinarios de vejiga de vieja data, que se le había puesto una sonda vesical desde hacía cuatro meses, que registraba lesión endovesical, hematuria recurrente, con una impresión diagnóstica de cáncer vesical. Una vez practicados varios exámenes, el especialista realizó una impresión diagnóstica de tumor de comportamiento incierto o desconocido. El especialista en urología indicó la necesidad de manejo quirúrgico, explicándoles al paciente y a su familia los riesgos de la intervención. Indicó que, al paciente se le ordenó valoración por anestesiología, pero el electrocardiograma presentaba alteraciones y por tanto, se ordenó un ecocardiograma con stress farmacológico, el cual arrojó resultados complejos, motivo por el cual, se ordenó aplazar la cirugía. Al paciente se le realizó un cateterismo cardíaco en la Clínica San Rafael el 17 de junio de 2016 y, posteriormente, se autorizó la cirugía, la cual fue practicada el 19 de junio de 2016. Afirmó que, el resultado de la patología arrojó entre otros, tumor de pared lateral de vejiga – carcinoma transicional papilar grado 1.

Sostuvo que, ante la confirmación del cáncer, el personal médico le informó a su hijo la necesidad de recibir radioterapia adyuvante, el pronóstico del paciente no era bueno, lo cual le fue informado a la familia.

Explicó que, la práctica médica es de medio y no de resultados, lo que significa que el médico y la institución están obligados a realizar todos los tratamientos o procedimientos adecuados a fin de conjurar la dolencia del paciente, procedimientos que por regla general conllevan riesgos y complicaciones, que obligan al profesional de la medicina a agotar todos los medios a su alcance para evitar daños mayores, eventos en los cuales no compromete su responsabilidad.

En virtud de lo anterior, señaló que la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, atendió al paciente bajo todos los protocolos médicos establecidos y por tal motivo, es dable concluir que, la entidad llamante no tiene ninguna responsabilidad en el fallecimiento del señor Pablo Claver Hernández Marín y por tal motivo, la llamada en garantía Mapfre Seguros, debe ser igualmente absuelta de cualquier tipo de responsabilidad.

Como excepciones de mérito frente a la demanda principal, señaló que acogía en su integridad las propuestas por la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira y las proponía como suyas, en relación con la “Inexistencia del nexo de causalidad”. Por su parte, propuso de manera adicional, las siguientes: “Inexistencia o falta de configuración de falla del servicio o ausencia de responsabilidad administrativa”,

“Ausencia de culpa y consecuentemente de responsabilidad de la demandada E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira y la llamada en garantía Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A.”, “Cumplimiento de la lex artis” y “Cobro de lo no debido”.

En cuanto a las pretensiones del llamamiento en garantía, señaló que frente a las pólizas suscritas con Mapfre Seguros, se oponía por cuanto el seguro expedido contempla la modalidad Claims Made, esto es, por reclamación, y para la fecha de la reclamación a la aseguradora, que se surte con la audiencia de conciliación, la cual tuvo lugar el 23 de agosto de 2018, la vigencia del seguro ya había expirado, habida consideración que, la póliza de seguro venció el 30 de enero de 2017, quedando sin amparo para reclamaciones presentadas con posterioridad a dicha fecha, por lo que afirma que nos encontramos ante un evento sin cobertura.

Por último, propuso como excepciones frente al llamamiento en garantía, las que denominó “Modalidad de cobertura Claims Made por reclamación”, “límites asegurados de la póliza”, “deducibles”, “ausencia de responsabilidad por parte de la aseguradora como consecuencia de una sentencia a favor de la demandada llamante en garantía”, “garantías a cargo del asegurado”, “obligaciones del asegurado en caso de un acontecimiento adverso”, “existencia de otros seguros”, “coaseguro cedido” y “coaseguro aceptado”.

4.2. Equidad Seguros Generales.

4.2.1. Como llamada en garantía de la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira⁷, advirtió que acogía la defensa hecha por la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira y se oponía a la prosperidad de las pretensiones de la demanda frente a la entidad llamante en garantía, y en consecuencia, frente a la aseguradora.

Esta Sala de Decisión advierte, que el apoderado de la llamada en garantía Mapfre Seguros, es el mismo apoderado que representa los intereses de Equidad Seguros y se limitó a exponer los mismos argumentos expresados en la contestación reseñada anteriormente, por lo que no se reiteraran en este acápite.

Como medios exceptivos, propuso los mismos que fueron señalados en la contestación de Mapfre Seguros y con iguales argumentos, esto es, aquellos denominados “inexistencia o falta de configuración de falla del servicio o ausencia de responsabilidad administrativa”, “ausencia de culpa y consecuentemente de

⁷ Páginas 84-98 del Archivo N° 7 del expediente digital.

responsabilidad del demandado E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira y la llamada en garantía”, “cumplimiento de la lex artis” y “cobro de lo no debido”.

Frente a las pretensiones del llamamiento, señaló que se oponía a ellas en la medida en que en el fallo que profiera el despacho se tenga en cuenta los términos y condiciones estipulados en la póliza, así como las normas que regulan el contrato de seguro.

Como excepciones de mérito frente al llamamiento en garantía, expuso las que denominó “definición de amparo de la póliza”, “límites asegurados de la póliza”, “deducibles”, “ausencia de responsabilidad por parte de la aseguradora como consecuencia de una sentencia a favor de la demandada llamante en garantía”, “garantías a cargo del asegurado” y “existencia de otros seguros”.

4.2.2. Como llamada en garantía de la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas⁸, sostuvo que acogía en su integridad la defensa realizada por la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas y, en consecuencia, se oponía a todas las pretensiones de la demanda.

Igualmente, acogió las excepciones presentadas por el ente hospitalario y añadió las siguientes: “Ausencia de culpa y consecuentemente de responsabilidad del demandado E.S.E. Hospital Santa Mónica de Dosquebradas y la llamada en garantía Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo”, “cumplimiento de la Lex Artis” y “Cobro de lo no debido”.

En relación al llamamiento en garantía, señaló que no se oponía en la medida en que en el fallo se tenga en cuenta los términos y condiciones estipulados en la póliza, así como las normas que regulan el contrato de seguro.

Como excepciones frente al llamamiento en garantía, propuso las que denominó “definición de amparo de la póliza”, “excepción de modalidad de contratación de la póliza Claims Made”, “límites asegurados de la póliza”, “deducibles”, “ausencia de responsabilidad por parte de la aseguradora como consecuencia de una sentencia a favor de la demandada llamada en garantía”, “garantías a cargo del asegurado” y “existencia de otros seguros”.

4.3. Allianz Seguros S.A. como llamado en garantía de la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira⁹, expuso que se oponía a las pretensiones

⁸ Páginas 57-71 del archivo N° 8 del expediente digital.

⁹ Páginas 132-157 del archivo N° 7 del expediente digital.

de la demanda, por no cuanto, no se reúnen los elementos que estructuran la responsabilidad predicada.

Afirmó que, de las historias clínicas que obran en el expediente, se evidencia que no existe el más mínimo indicio de configuración de una falla médica por parte de las instituciones demandadas, pues dichos documentos, reflejan claramente que, la atención brindada al señor Pablo Claver Hernández, se ajustó plenamente a los cánones de la *lex artis* y se prestó de manera oportuna y diligente.

Realizó un recuento de la historia clínica del paciente y de las dos oportunidades en que ingresó a la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, señalando que, tras la valoración por urología del 24 de octubre de 2016, con diagnóstico de tumor maligno de pared lateral de la vejiga, se ordenó cistoscopia, para determinar si la masa era prostática o vesical. Manifestó que, el 25 de octubre el paciente fue valorado por anestesiología y se programó el procedimiento para el 29 de octubre de 2016; sin embargo, la familia no autorizó la práctica de la cirugía, por lo que se decidió dar salida con fórmula y manejo paliativo en casa. No obstante, de manera posterior, la familia cambió de opinión y aceptaron la realización del procedimiento, motivo por el cual, se solicitó la reprogramación de la cirugía, manteniendo entre tanto al paciente, en constante seguimiento y valoración.

Expresó que, sin embargo, la evolución del paciente fue inadecuada y con muy mal pronóstico, por lo que se descartó la práctica de la cistoscopia, pues la realización del procedimiento agravaría la condición del señor Hernández Marín, y ante este panorama, se le dio alta hospitalaria y se ordenó manejo paliativo en casa.

Añadió que, la cistoscopia es una técnica exploratoria diagnóstica o terapéutica utilizada en urología, pero en este caso, afirmó que, aún si su práctica no se hubiera tenido que reprogramar por la falta de consentimiento de los familiares y se hubiese llevado a cabo en la fecha inicialmente prevista, ello no habría cambiado el pronóstico del paciente de 86 años, con las múltiples y graves patologías que lo aquejaban, ni aumentado sus posibilidades de sobrevivencia.

Indicó que, el personal científico al servicio del hospital convocante, actuó con la oportunidad, prudencia, diligencia y pericia exigibles a los profesionales de la salud; aunado a ello, afirmó que, todo el manejo implementado se realizó con estricto acogimiento de los cánones de la *lex artis* y que se realizaron y utilizaron, todos los procedimientos y mecanismos al alcance de la ciencia médica, para salvaguardar la vida del señor Hernández Marín.

Concluyó que, si bien, el paciente falleció unos días después, ese lamentable suceso no es atribuible al manejo médico-quirúrgico implementado, sino a las complicaciones propias de las múltiples y graves patologías que padecía el señor Pablo Claver Hernández.

Como excepciones frente a la demanda, propuso las siguientes: “Inexistencia de responsabilidad y de obligación indemnizatoria a cargo de la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira”, “Actuación diligente, cuidadosa, perita y carente de culpa del Hospital Universitario San Jorge de Pereira”, “Ausencia de prueba de la calidad en que comparece al proceso el señor Julián David Tamiba Cano y consecuentemente, de su legitimación para demandar” y “Enriquecimiento sin causa”.

Frente al llamamiento en garantía, señaló que, se opone a las pretensiones del mismo, en la medida en que excedan los límites y coberturas acordadas, o desconozcan las condiciones particulares y generales de la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales N° 022222063 / o y las disposiciones que rigen el contrato de seguro, así como también, si exceden el ámbito del amparo otorgado o no se demuestre la realización del riesgo asegurado o se compruebe una causa de exclusión.

Como excepciones frente al llamamiento en garantía, propuso las que denominó “inexistencia de cobertura de la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales No. 022040279 / o, vigente desde el 31 de enero de 2017 hasta el 30 de enero de 2018”, “coaseguro pactado en la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales No. 022040279 / o, vigente desde el 31 de enero de 2017 hasta el 30 de enero de 2018 e inexistencia de solidaridad”, “límite temporal de la cobertura otorgada en la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales No. 022222063 / o, vigente desde el 31 de enero de 2018 hasta el 30 de enero de 2019”, “ausencia de cobertura de la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales No. 022222060 / o, vigente desde el 31 de enero de 2018 hasta el 30 de enero de 2019, por la no realización del riesgo asegurado”, “límites máximos de responsabilidad, condiciones del seguro y disponibilidad del valor asegurado” y “exclusiones de amparo”.

4.4. La Previsora S.A. Compañía de Seguros:

4.4.1. Como llamada en garantía de la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas¹⁰, expuso que se oponía a la prosperidad de las pretensiones de la demanda, toda vez que no puede atribuírsele ninguna responsabilidad a la ESE

¹⁰ Páginas 247-258 del archivo n° 7 del expediente digital.

Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, si se tiene en cuenta que el paciente, las veces que consultó en urgencia, recibió las atenciones que requería de acuerdo al estado de salud que presentaba, dentro de los parámetros que orientan la *lex artis*, rompiendo así la existencia del nexo causal entre el hecho y el daño objeto de reparación.

Como medio exceptivo frente a la demanda, propuso “Ausencia de nexo causal entre el hecho y el daño objeto de reparación”.

Frente al llamamiento en garantía, se opuso a las pretensiones del mismo, por cuanto las pólizas contratadas, en virtud de la autonomía privada del siniestro se configura por reclamación y no por evento y en este caso la reclamación se configuró el día 23 de agosto de 2018, fecha en que se surtió la audiencia de conciliación prejudicial como requisito de procedibilidad ante la Procuraduría No. 210 delegada para asuntos administrativos de Pereira, época para la cual, afirma que la póliza no tenía cobertura.

Como excepciones frente al llamamiento, propuso las que denominó “ausencia de cobertura bajo la póliza que sirvió como fundamento del llamamiento en garantía” y “condiciones generales y exclusiones de la póliza”.

4.4.2. Como llamada en garantía de la Sociedad Comercializadora de Insumos y Servicios Médicos - Socimédicos S.A.S.¹¹, se opone a todas las pretensiones de la demanda, toda vez que no podría atribuirse responsabilidad a Socimédicos S.A.S. por el fallecimiento del señor Pablo Claver, si se tiene en cuenta que a dicho paciente, en las oportunidades que consultó la Clínica San Rafael, recibió las atenciones que requería de acuerdo al estado de salud que presentaba y de acuerdo con la información médica que tenía al alcance la institución, dentro de los parámetros que orientan la *lex artis*, rompiendo así la existencia del nexo causal entre el hecho y el daño objeto de reparación.

Como excepción frente a la demanda, propone: “*ausencia de nexo causal entre el hecho y el daño objeto de reparación*”.

En relación al llamamiento en garantía, expresó que no se oponía a su formulación, con base en las pólizas N° 1007656 y 1007657, solo advierte que, debe tenerse en cuenta con relación al contrato de seguro celebrado y obligaciones derivadas del mismo, los amparos contratados, asegurados, el período de cobertura y las exclusiones del mismo, en virtud a que el siniestro se configura por reclamación y no

¹¹ Páginas 1-20 del archivo N°8 del expediente digital.

por evento, y en este caso, la reclamación se configuró el 23 de agosto de 2018, fecha en la que se surtió la audiencia de conciliación prejudicial como requisito de procedibilidad, ante la Procuraduría No. 210 delegada para asuntos administrativos de Pereira.

Frente al llamamiento, propuso las excepciones de “límites de cobertura y amparos básicos de la póliza” y “condiciones generales y exclusiones de la póliza”.

5. Sentencia apelada

El Juzgado Cuarto Administrativo del Circuito de Pereira, mediante providencia proferida el 02 de marzo de 2022¹², decidió:

PRIMERO: NEGAR las pretensiones de la demanda, por lo expuesto en la parte considerativa de esta providencia.

SEGUNDO: SIN CONDENA EN COSTAS por lo considerado.

Analizado el material probatorio que obra en el expediente, el A quo concluyó que la parte demandante no efectuó ningún tipo de argumentación para centrar la imputación de la presunta falla en el servicio frente a cada una de las entidades demandadas, sino que en forma genérica, solicitó en el acápite de declaraciones y condenas, la declaratoria de responsabilidad administrativa y extracontractual de la Nación – Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, la EPS Cafesalud S.A., la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira y la IPS Clínica San Rafael, por los perjuicios causados a los demandantes, por la presunta falla en el servicio que le causó la muerte al señor Pablo Claver.

En ese orden, consideró que dada la ambigüedad que se avizora frente al libelo petitorio, al no precisar en qué consistió la alegada falla médica o en qué etapa de la prestación del servicio médico se presentó, procedió a analizar en forma genérica las atenciones brindadas al paciente en cada una de las entidades hospitalarias en las que estuvo interno el paciente; esto es, en la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira y la IPS Clínica San Rafael, para determinar si en algún punto de la atención se incurrió en la mentada falla que pudiese generar el fatal desenlace del fallecimiento del señor Pablo Claver.

¹² Archivo No. 66 del expediente digital de primera instancia.

Por otro lado, frente a las demás entidades demandadas, esto es, frente a la Nación - Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud y la EPS Cafesalud S.A., el despacho de primera instancia encuentra la imposibilidad de analizar su conducta en relación a una presunta falla en la prestación del servicio médico la cual se endilga en esta oportunidad, toda vez que estas no participaron en la atención médica brindada al paciente y no se advierte ningún juicio de reproche puntual que se haya realizado en la demanda, para proceder a su análisis probatorio en la resolución del caso, siendo un deber de la parte actora, precisar el defecto en la prestación del servicio médico asistencial como causa generadora del daño. Es preciso recordar que, la falla del servicio pertenece al régimen de responsabilidad subjetivo, motivo por el cual, corresponde al demandante demostrar la calificación de irregular o anómala del comportamiento del demandado.

Por otro lado, del recuento de la historia clínica y las declaraciones rendidas por los profesionales de la medicina que brindaron atención médica al señor Pablo Claver Hernández Marín, consideró que la prestación del servicio de salud se hizo de manera oportuna y eficiente en cada uno de los períodos hospitalarios y en las consultas de control a las que acudió, sin que pueda avizorarse la existencia de una falla del servicio en ninguna de las atenciones que pudiesen haber desencadenado la muerte del paciente, por el contrario, observa la diligencia y cuidado prestado en los entes hospitalarios, para tratar de alargar la vida del paciente y mejorar la sintomatología que presenta frente a sus patologías.

Por las anteriores consideraciones, concluye que no puede atribuirse responsabilidad a las entidades demandadas, al probarse la oportuna atención médica brindada al paciente, la cual se encuentra acreditada desde el año 2015 hasta el momento del deceso ocurrido el día 09 de noviembre de 2016.

De acuerdo a lo plasmado en la historia clínica, el señor Pablo Claver Hernández Marín, recibió de manera continua la prestación del servicio requerido ante las patologías que presentaba, tanto cardíacas, como urológicas, en las que participó la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira y la Clínica San Rafael, **pues aunque se generó un resultado insatisfactorio con el fallecimiento del señor Hernández Marín, no se advierte la configuración de una falla en la prestación médica, por cuanto se desplegaron todas los procedimientos médicos pertinentes para intentar salvaguardar su vida**, ya que no existe prueba alguna que permita establecer que los entes hospitalarios demandados hayan omitido llevar a cabo algún procedimiento que de acuerdo a la *lex artis* y a la condición clínica del paciente debía realizarse y no se hizo, o que alguna de las atenciones médicas dispensadas hayan sido suministradas de manera errónea o defectuosa para la configuración de la

mentada falla del servicio, por el contrario, observó que de acuerdo a las valoraciones realizadas por cada uno de los galenos, se llevaron a cabo todos los requerimientos ordenados por ellos para el restablecimiento de la salud del paciente dentro de los entes hospitalarios, pues las demás atenciones de control que requerían la gestión del paciente y sus familiares, se escapan a la órbita de cuidado de los galenos y las entidades demandadas, ya que estos cumplían con la emisión oportuna de las órdenes y procedimientos, pero dependía de la familia y el mismo paciente, la obligación de gestionar las autorizaciones para su realización, motivo por el cual, las dilaciones presentadas en los ámbitos extra hospitalarios frente a tales gestiones no pueden ser imputables a los centros hospitalarios aquí accionados.

En ese orden, a pesar de la oportuna prestación del servicio de salud que advirtió en el asunto, fue inevitable el desenlace fatal de señor Pablo Claver, debido al avanzado estado de su patología principal de cáncer vesical y las demás patologías asociadas, como el deterioro neurológico que presentaba y sus afecciones cardíacas, además de su avanzada edad, razón por la cual negó las súplicas de la demanda.

6. Recurso de apelación.

La parte demandante, inconforme con la decisión, argumentó su recurso advirtiendo que se desconoce que en materia de responsabilidad en trámites de reparación directa no sólo debe de revisarse el texto demandatorio sino todo el contexto respecto del proceso, aun más cuando dentro de los alegatos de conclusión presentados en los términos establecidos se señalaron las deficiencias en las cuales incurrió la EPS Cafesalud y las razones de la participación a través de la intervención realizada por parte de la Superintendencia de Salud.

Afirmó que, si se revisa especialmente los testimonios cercanos a la familia y que fueron enunciados por el *A quo*, la premisa por ellos manifestada era la demora en las autorizaciones.

Aseguró que, si se revisa la cronología de las historias clínicas, se puede establecer que el grupo familiar que acompañaba al señor Pablo Claver, siempre fue llevado por sus familiares a las diferentes citas médicas, que el tratamiento inicial fue realizado en el HUSJ pero fue el cambio de prestador que generó traumatismo en el tratamiento y por lo cual le correspondió iniciar de nuevo.

Teniendo en cuenta lo anterior, manifestó que el Juez de instancia no realizó un análisis de los derechos fundamentales involucrados al momento de la atención y desconoció la condición de especial protección que tenía el paciente, siendo clara la inobservancia de la aplicación de la convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores hasta la aplicación de la Ley 1251

de 2008 expedida por el Estado Colombiano para darle aplicación al instrumento internacional.

Que revisado lo anterior, se puede establecer que el señor Pablo Claver Hernández no gozo de esa protección especial que la entidad EPS CAFESALUD que se encontraba bajo vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, estaba obligada a suministrar y más cuando existía un diagnóstico de cáncer de próstata, en donde las autorizaciones debían de ser atendidas con más celeridad y con el acompañamiento debido al núcleo familiar.

Por lo anteriormente expuesto solicita textualmente: *“modificar la sentencia y en su lugar acceder a las pretensiones de la demanda, declarando la Responsabilidad de la EPS CAFESALUD y la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD”*

7. Pronunciamientos en segunda instancia.

El recurso de apelación fue admitido mediante auto calendado el 28 de abril de 2022¹³ y dentro del término de ejecutoría las partes allegaron pronunciamientos, así:

7.1. Sociedad Comercializadora de Insumos y Servicios Médicos S.A.S. – Socimédicos S.A.S. sociedad propietaria de la IPS Clínica San Rafael, presentó escrito de alegaciones finales visible en archivo N° 006 del expediente digital, exponiendo que el recurso de apelación no contiene ninguna solicitud de condena contra Socimédicos S.A.S., y el apelante no señala ningún reproche respecto de la atención médica suministrada por esta última. Por lo que considera que este Tribunal sólo podrá referirse a la responsabilidad de Cafesalud EPS S.A. en Liquidación y de la Superintendencia Nacional de Salud.

Argumentó que logró probarse que el paciente Pablo Claver Hernández Marín, era un paciente octogenario, multiconsultante, que acudía a diversas instituciones de la red de prestadores de su EPS, que no realizaba seguimiento a los tratamientos indicados por los profesionales de la medicina y que, al acudir a las citas médicas de control por especialidad, no llevaba consigo las Historias Clínicas de atención en otras instituciones de salud, lo que impidió que los profesionales que intervinieron en su atención pudiesen conocer las órdenes, anotaciones y conclusiones respecto de su estado de salud y condición clínica.

Afirmó que al señor Pablo Claver Hernández se le brindaron todas las atenciones requeridas con ocasión de sus padecimientos de salud, entre ellas, la Historia Clínica de la IPS Clínica San Rafael que da cuenta, de los servicios médicos brindados en

¹³ Archivo No. 004 del expediente digital

términos de calidad, oportunidad e idoneidad, en cumplimiento de las obligaciones en cabeza de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, de conformidad con el contrato de prestación de servicios médicos vigente para la fecha de los hechos entre la IPS y la EPS Cafesalud, esta última en calidad de entidad afiladora del señor Pablo Claver. Lo anterior, fue corroborado por los testimonios practicados en el curso de la audiencia de pruebas de la que trata el artículo 181 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Agregó que en las atenciones médicas realizadas por los diferentes profesionales vinculados a Socimédicos S.A.S., sociedad propietaria de la IPS Clínica San Rafael, cumplió el criterio de especialidad, diligencia y oportunidad, siendo el paciente quién acudió a las consultas sin los reportes de patologías o incluso, historias clínicas de las diversas atenciones médicas recibidas en otras instituciones, como es el caso de la ESE Hospital Santa Mónica y la ESE Hospital Universitario San Jorge.

Finalmente, aseguró que en el curso del proceso no logró evidenciarse el nexo causal, entre el daño; es decir, el lamentable fallecimiento del paciente Pablo Claver y los hechos u omisiones en cabeza de mi representada que contribuyeron a la realización del ya mencionado resultado, máxime, cuando el paciente presentaba especiales condiciones clínicas, que se refieren a su avanzada edad, afecciones coronarias, neurológicas y urológicas.

7.2. Por su parte, **La E.S.E Hospital Universitario San Jorge de Pereira**, allegó escrito visible en archivo N° 007 íbidem, advirtiendo que se probó que al primer egreso del paciente de la E.S.E. HUSJ, debía acudir a control por consulta externa con urología con los exámenes ordenados, lo cual omitió el paciente.

Considera tener en cuenta dos aspectos:

1. El tratamiento para un paciente con un carcinoma de vejiga cuando está in situ, como el del paciente y NO PRESENTE HEMARUTIA; consiste en: CONTROLES CADA TRES (3) CON CITOSCOPIAS, con el fin de estar evaluando el comportamiento del CA; esto es, si se controla o por el contrario presenta RECIDIVA (vuelve a aparecer), en todo caso, mientras no sea infiltrante; es decir, que se extienda a otros órganos, el tratamiento es quirúrgico; de lo contrario, requiere manejo radiológico y/o quimioterapia; así lo dejó dicho el Dr. Carlos Eduardo Duque y fue corroborado por los urólogos de la clínica San Rafael, Drs. Guerrero y Gaviria.

2. Al no regresar el paciente con el reporte de la CISTOSCOPIA, se hacía imposible que pudiera el especialista de la E.S.E. HUSJ continuar algún tratamiento al paciente.

Agregó que el urólogo señala que la familia del paciente aceptó el procedimiento, por lo tanto, se queda a la espera de la programación para la práctica de la cistoscopia.

Para el 08-11-2016, en valoración por urología se indica que la evolución del paciente ha sido inadecuada, por lo tanto, se descarta la cistoscopia, se indicó que el

paciente tenía muy mal pronóstico, no siendo candidato a manejo médico intrahospitalario.

Dado lo anterior procedió a ordenar el alta hospitalaria para continuar manejo con fines paliativos en la casa y acompañamiento familiar. Es así entonces, como el paciente egresó de la entidad hospitalaria que represento sin que haya vuelto a tener contacto con el mismo.

Respecto a esta segunda atención, se debe tener en cuenta lo manifestado por los urólogos de la clínica San Rafael, los Doctores Hernán Guerrero y Germán Gaviria, quienes señalaron que dada la edad del paciente y el tamaño del tumor, el cual había comprometido la próstata, YA NO ERA CANDIDATO A UNA CISTOSPROSTACTETOMÍA (intervención quirúrgica), su manejo ya era PALIATIVO; es decir, que lo señalado por el urólogo de la E.S.E. HUSJ, coincidió con lo manifestado por los galenos que valoraron al paciente en la clínica San Rafael, antes de ser ingresado a la E.S.E. HUSJ por segunda vez.

Ahora bien, señala que la cistoscopia NO CAMBIABA EL PRONOSTICO DEL PACIENTE, toda vez que la misma era diagnóstica mas no terapéutica, con la misma se buscaba era determinar si la masa era prostática o vesical.

en razón a lo expuesto, solicita que se confirme en su totalidad la sentencia proferida en primera instancia.

CONSIDERACIONES DE LA SALA

1. Competencia.

Agotado el trámite de ley sin que se observe causal de nulidad que invalide la actuación que hasta ahora se ha surtido, procede el Tribunal a decidir sobre el asunto litigado, siendo competente para hacerlo en segunda instancia, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 243 y 247 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

2. Problema jurídico.

Corresponde al Tribunal en esta instancia, de acuerdo con los fundamentos del recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, determinar si (I) la EPS Cafesalud y (II) la Superintendencia Nacional de Salud son administrativa y patrimonialmente responsables por la imputación realizada en los términos del libelo introductorio, en virtud de una falla en el servicio, **atribuible a una negligente prestación del servicio de salud** al señor Pablo Claver Hernández

García, que culminó con su muerte, o sí, por el contrario, las entidades aquí mencionadas atendieron diligentemente al señor Hernández García, generando un rompimiento del nexo de causalidad.

3. Régimen de responsabilidad estatal.

De conformidad con lo establecido en el artículo 90 de la Constitución Política es deber del Estado responder patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas, así mismo fue estipulado en el artículo 140 del Código Contencioso Administrativo que consagra la acción de reparación directa, en la que se establece la posibilidad que tiene el interesado de demandar la reparación del daño cuando su causa sea un hecho, una omisión, una operación administrativa o la ocupación temporal o permanente de un inmueble por causa de trabajos públicos o por cualquier otra causa.

Tiene establecido la jurisprudencia del Consejo de Estado que dos son los postulados que fundamentan la responsabilidad estatal en los términos del artículo 90 superior:

i) El daño antijurídico, y ii) la imputación del mismo a la administración, *«sin que sea posible predicar la existencia y necesidad y/o valoración y análisis de otro tipo de componentes a efectos de configurar la responsabilidad»*¹⁴.

Igualmente, la Corte Constitucional ha dicho que *«la fuente de la responsabilidad patrimonial del Estado es un daño que debe ser antijurídico, no porque la conducta del autor sea contraria al derecho, sino porque el sujeto que lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar el perjuicio, razón por la cual se reputa indemnizable»*¹⁵.

Esta cláusula general de responsabilidad extracontractual del Estado tiene como fundamento la determinación de un daño antijurídico causado a un administrado y la imputación del mismo a la administración pública, tanto por la acción, como por la omisión de un deber normativo.

Es así como, con la Carta Política de 1991 se produjo la *«constitucionalización»*¹⁶ de la responsabilidad del Estado y se erigió esta como garantía de los derechos e intereses de los administrados, que venía reconociendo la jurisprudencia y que ha dado lugar a la existencia de diversos regímenes de responsabilidad, como la falla en el servicio, el régimen de riesgo o el de daño especial.

¹⁴ Consejo de Estado; Sección Tercera; Sentencia del 30 de agosto de 2007; Exp. 15932

¹⁵ Corte Constitucional, Sentencia C-333 de 1996.

¹⁶ Consejo de Estado. Sección Tercera. Subsección C. Sentencia del 23 de enero de 2015. C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa. Rad. 760012331000199703251 01 (20.507).

La determinación de uno u otros regímenes de responsabilidad estatal corresponde al juzgador, en virtud del principio de *Iura Novit Curia*, aplicable en las acciones de reparación directa como una excepción de la regla de la justicia rogada en materia contencioso administrativa, el cual le confiere al operador jurídico el direccionamiento hacia el régimen de responsabilidad pertinente a los fundamentos de hecho o *causa petendi*, realizando la valoración que le corresponde por excelencia acerca de las actividades y elementos que hubieren intervenido en tales sucesos, con miras a encauzar el análisis del asunto planteado hacia el sistema de imputación que la jurisprudencia ha elaborado, precisamente, en consideración a las diversas actividades de la administración y a los elementos involucrados en tales actuaciones.

En relación con el régimen de responsabilidad en materia de prestación del servicio médico, como el que se debate en el *sub examine*, la jurisprudencia del Consejo de Estado ha recorrido desde el régimen inicial de la falla probada, el cambio hacia la falla presunta¹⁷, y las teorías de la carga dinámica de la prueba^{18/19} y de la probabilidad determinante²⁰, **para regresar el régimen probatorio de la exigencia de la prueba de la falla médica, o falla probada**²¹.

Al respecto, se trae a cita lo reiterado por el Consejo de Estado sobre el régimen de responsabilidad en materia médica:

«...»

*(...) es importante recordar que desde hace ya varios años la jurisprudencia del Consejo de Estado abandonó la teoría de la falla presunta **para acoger la regla general que señala que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el proceso todos los elementos que la configuran**, esto es, el daño, la actividad médica y el nexo de causalidad entre ésta y aquel²², sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indiciaria...»²³*

¹⁷ Expediente 6897. De esta evolución da cuenta el fallo expedido por la misma Corporación el 24 de agosto de 1992. Expediente 6754. Actor: Henry Enrique Saltarín Monroy.

¹⁸ Sentencia del 22 de marzo de 2001, expediente 13.284.

¹⁹ H. Consejo de Estado. Sección Tercera. Consejero Ponente: Jesús María Carrillo Ballesteros. Expediente 12.706. Sentencia de enero 24 de 2.002.

²⁰ Consejo de Estado. Sección Tercera. Decisión reiterada recientemente, que tiene su origen en la sentencia de mayo 3 de 1.999.

²¹ Consejo de Estado. Sección Tercera. Consejera Ponente: Ruth Stella Correa Palacio. Sentencia de agosto 31 de 2.006. Radicación número 68001-23-31-2000-09610-01 (15772). Actor: María Olga Sepúlveda Ramírez. Demandado: Hospital Ramón González Valencia, sentencia del 15 de febrero de 2012, Expediente 23001-23-31-000-1999-01599-01(21738), demandante: Eugenio Isaza Bohórquez, demandado: Instituto De Seguros Sociales; sentencia del 3 de mayo de 2013, Expediente: 25000-23-26-000-2001-00572-01(26352), demandante: Guillermo León Arboleda Arboleda, demandado: Hospital Salazar de Villeta.

²² Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias de 31 de agosto de 2006, Exp. 15.772, C.P. Ruth Stella Correa Palacio; y de 30 de julio de 2008, Exp. 15.726, C.P. Myriam Guerrero de Escobar, entre otras.

²³ Consejo de Estado. Sección Tercera. CP: Danilo Rojas Betancourth, 3 de mayo de 2013, Expediente: 25000-23-26-000-2001-00572-01(26352), demandante: Guillermo León Arboleda Arboleda, demandado: Hospital Salazar de Villeta.

Conforme lo razonado en precedencia, tal como lo consideró la *a quo*, el régimen de responsabilidad aplicable debe ser el de falla probada del servicio, con la posibilidad de acudir a la prueba indiciaria para la demostración del **nexo causal** en el evento de ser necesario, teniendo en cuenta que la actuación que es objeto de censura se relaciona con la presunta falla en la que incurrió la entidad demandada, configurada.

4. Acervo probatorio.

Se encuentran los siguientes elementos probatorios relevantes para adoptar la decisión de mérito que corresponde en esta instancia:

4.1. Documentales

-Historia Clínica²⁴ atenciones médicas en la E.S.E Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, de la cual se extrae lo que corresponde a los hechos aquí discutidos, lo siguiente:

Fecha de la atención	Tipo de atención	Motivo de consulta y diagnóstico
28/01/2014 11:55 am	Consulta Externa	Dolor torácico
28/01/2014 15:38	Urgencias	Ingresa paciente de 83 años de edad, caminando por sus propios medios, consciente, orientado en las tres esferas, colaborador, afebril, con buen patrón respiratorio, mucosas orales hidratadas, pte un poco rechazante a quedarse por condiciones familiares que le hacen sentir ansioso y estresado, paciente consulta por cuadro clínico de dos semanas de evolución de dolor torácico opresivo que le dura 1-5 minutos no asociado a esfuerzo, además refiere mareo con cambio de posición, manejando en procedimientos se deja paea manejo (sic) y valoración por medicina interna.
28/01/2014 17:11	Enfermería	Se toma RX de Tórax y coloca tapón venoso
29/01/2014 06:04	Enfermería	Usuario que durmió tranquilo, comunicativo y sin dolor, eliminó, afebril
29/01/2014 10:28 am	Medicina interna	Se considera manejo ambulatorio con orden de realización ambulatoria de ecocardiograma modo m y control por consulta externa de med. Interna. Dejar tto con ASA 100x1, atorvastatina 20x1, isosrbide 5 mg 8 am y 3 pm. Educar en sxs de alarma y reconsulta en caso de confirmarse enf. Coronaria, es posible que solo sea candidato a manejo farmacológico
29/01/2014 11:24 am	Urgencias	Egresa usuario del servicio de urgencias
15/03/2014 12:36	Medicina General	Dolor precordial en estudio, exfumador, fallas adherencia a to, plan ss val m. interna ya tiene autorización, doy formula actualizada como indico M. interna, doy educación en estilos vida saludable, signos de alarma.
08/04/2014 04:37 pm	Medicina interna	Observaciones...: PACIENTE CON SOLO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR LA EDAD. CON DOLOR TORACICO ATIPICO CON ECO TT SIN AFECCION EN FUNCIONALIDAD SIN TRASTORNOS VALVULARES O DE CONTRACTILIDAD POR LO Q A PESAR DE QUE NO SE DESCARTA ENFERMEDAD CORONARIA NO TIENE INDICACION DE ESTRATIFICACION EN EL MOMENTO. AUSENCIA CLARA DE ANGINA Y SIN DETERIORO. PUEDE CONTINUAR CON ASA Y LOVASTATINA. ISOSORBIDE A NECESIDAD. HTA SISTOLICA ACEPTADA POR EDAD DEL PACIENTE. CONTROL MEDICINA INTERNA EN 4 MESES .
08/08/2014 09:27 am	Medicina General	Control
01/03/2015 07:57 pm	Urgencias	Motivo de consulta: no es capaz de orinar bien Diagnostico: R33X-Retención de orina Aclaración diagnostica: se le indica y orienta a su nieto sobre la necesidad de que consulte a consulta externa para continuar estudios y cifras tensionales altas.
01/03/2015 08:25 pm	Urgencias	Salida con fórmula médica y orden para cita por consulta externa
03/03/2015, 04/03/2015	Enfermería	Realización de TA por día Primer día promedio de 151/88

²⁴ Páginas 22 y siguientes del documento N° 1 del expediente digital

05/03/2015		Segundo día promedio de 119/76 Tercer día promedio de 125/78
09/03/2015 08:44 am	Medicina General	Dx Principal: R33X-retención de orina Dx Relacionado 1: N40X-Hiperplasia de la prostata
09/03/2015 10:16 am	Enfermería	Se realiza cambio de sonda vesical N° 14 con la tecnica adecuada y previa asepsia de la zona genital
30/03/2015 08:37 am	Enfermería	Se realiza cambio de sonda vesical N° 14
10/04/2015 11:48 am	Urología	Dx Principal: R33X-retención de orina Plan de manejo en su IPS o ambulatorio: cistoscopia // ecografia vías urinarias
20/04/2015 10:18 am y 13/05/2015 12:31 pm	Enfermería	Se realiza cambio de sonda vesical N° 14
02/06/2015 09:11 am	Enfermería	Se cambia sonda vesical foley N° 14 con retorno, sangra un coagulo, se demora porque tenía vejiga vacia
02/06/2015 11:21 am	Urgencias	Se llama al paciente y no responde al llamado
03/06/2015 06:17 am	Medicina General	Hallazgos: PACIENTE DE 85 AÑOS QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLINICO QUE INICIA EL DIA 02/06/2015 A LAS 14+00 APROXIMADAMENTE CON RETENCION URINARIA, CONSULTA LUEGO DE 8 HORAS DE RETENCION URINARIA, ASISTE CON SONDA VESICAL TAPONADA, CON COAGULOS EN LA MISMA, REFIERE QUE EN LA COLOCACION PREVIA TUVO TRAUMA URETRAL, FUE COLOCADA LA SONDA POR RETENCION URINARIA IGUALMENTE. PACIENTE CON CUADROS A REPETICION DE RETENCION URINARIA PERO NUNCA HA SIDO ESTUDIADO. SE RETIRA SONDA OBSTRUIDA. SE REALIZA NUEVO PASO DE SONDA E IRRIGACION SIN OBTENCION DE RETORNO ESPONTANEO, POR LO CUAL SE REALIZA PUNCION SUPRAPUBICA OBTENIENDO ABUNDANTE CANTIDAD DE ORINA CON HEMATURIA, EL PACIENTE SE RETIRA EL CATETER MANIFESTANDO "ESO SE CAYÓ", SE APLICA ANALGESIA CON ADECUADA RESPUESTA, EL PACIENTE DUERME DURANTE TODA LA NOCHE. SE ENCUENTRA PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, CONCIENTE, ORIENTADO COLABORADOR, AFEBRIL, HIDRATADO, CON SV: TA 130/75, FR 20, FC 87, SAT 94% SIN SOPORTE DE OXIGENO, MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS, ESCLERAS ANICTERICAS, PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ, CUELLO MOVIL SIN MASAS, TORAX SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE SIN TIRAJE SIN RETRACCIONES, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MV LIMPIO. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE CON MASA HIPOGASTRICA DOLOROSA BLANDA RENITENTE COMPATIBLE CON GLOBO VESICAL, GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS, TACTO RECTAL DIFERIDO, EXTREMIDADES SIMETRICAS SIN EDEMAS, NEUROLOGICO SIN DEFICIT APARENTE.PACIENTE CON EPISODIOS REPETITIVOS DE RETENCION URINARIA QUE HAN REQUERIDO SONDA VESICAL. CON PUNCION SUPRAPUBICA RECIENTE CON DRENAJE DE ORINA HEMATURICA, SE DEJA EN OBSERVACION PARA VIGILAR EVOLUCION E INICIO DE TRAMITE DE REMISION A NIVEL DE MAYOR COMPLEJIDAD, SE Solicita ecografia de vías urinarias
03/06/2015 17:07	Enfermería	Se le toma ecografia y queda en camilla
05/06/2015 12:30 pm	Urología	Hallazgos: retención urinaria <u>con sospecha de neoplasia intravesical</u> en ecografía // se contraindica cistostomia // plan remisión III nivel // realizar cistoscopia y dilación uretral.
05/06/2015 17:39 pm	Enfermería	Remisión a III nivel para urología
05/06/2015 20:22 pm	Enfermería	<u>Egresa paciente del servicio de urgencias como urgencia vital</u> <u>Lleva remisión completa reporte de 2 ecografías urinarias y reporte de paraclínicos.</u>
04/04/2016 09:48	Medicina General	Dx Principal: I255-Cardiomiopatía isquémica Remite a programa control del adulto
02/05/2016 04:34 pm	CONTROL	<u>Anamnesis</u> Motivo de la Consulta: CONTROL Enfermedad Actual: 85 AÑOS, INFORMANTE REGULAR. PACIENTE CON HISTORIA DE EPISODIO DE RETENCION URINARIA HACE 9 MESES APROX, SOSPECHOSO DE NEO DE VEJIGA SEGUN HALLAZGO ECOGRAFICO DEL 04/06/2015 (ECOGRAFIA QUE SUGIERE HIDRONEFROSIS GRADO 2 DERECHA CON POSIBLE LESION INFILTRATIVA A VEJIGA ? VS COAGULO). ADEMAS CARDIOPATIA ISQUEMICA?. FUE REMITIDO A CONSULTA DE UROLOGIA, CARDIOLOGIA, CONSULTA PREANESTESICA, RX TORAX Y MONITOREO DE HTA. DEJO VENDGER LAS ORDENES.
19/10/2016 11:29 am	Urgencias	Motivo de la Consulta: NO PUEDE ORINAR Enfermedad Actual: PACIENTE DE 86 AÑOS DE EDAD QUIEN ES TRAIIDO POR SU NIETO EL SR JULIAN TABIJO, QUIEN REFIERE QUE PACIENTE TIENE PENDIENTE REALIZACION DE CIRUGIA DE VEJIGA POR PRESENCIA DE TUMOR, Y MANIFIESTA QUE DESDE ANOCHE NO PUEDE ORINAR. PACIENTE REFIERE QUE EL DIA DE HOY PRESENTO MICCION. TRAEN HISTORIA CLINICA 09/07/2016 DONDE REFIEREN QUE PACIENTE DE 86 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE CA VESICAL DESDE SEP 2015 CON RESECCION ENDOSCOPICA EN HUSJ, ASISTEN A CONTROL SE TOMA CISTOSCOPIA SE ENCUENTRA GRAN TUMOR VESICAL QUE OCUPA EL TECHO Y LA PARED LAERAL DERECHA" DIERON ORDEN DE REALIZAR RADIOTERAPIA, ASI COMO UROTAC Y CONTROL CON PATOLOGIA PARA ENVIAR A RADIOTERAPIA, SIN EMBARGO HASTA LA FECHA NO HA INICIADO RADIOTERAPIA. Hallazgos (Especifique, citando el numeral): NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS PUPILAS ISOCÓRICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL, NO MASAS, NO ADENOPATIAS, TORAX: SIMETRICO, EUTRÓFICO, NO TIRAJES, C/P: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS PULMONARES, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, ABDOMEN, NO DISTENDIDO, BLANDO, PRESENTA DOLOR Y MASA A LA PALPACION A NIVEL DE HIPOGASTRIO, ASI COMO DOLOR EN MESOGASTRIO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES: EUTROFICAS, SIMETRICAS, NO EDEMA, LLENADO CAPILAR < 2SG. PULSOS PERIFERICOS PRESENTES. NEUROLOGICO: SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE. <u>¿Presenta Signos de Embriaguez?</u> <u>¿Presenta Signos de Embriaguez?:</u> No <u>Diagnostico</u> Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA Dx. Principal: C672-TUMOR MALIGNO DE LA PARED LATERAL DE LA VEJIGA Dx. Relacionado 1: R104-OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS Dx. Relacionado 2: R33X-RETENCION DE ORINA Aclaracion Diagnostica: PACIENTE DE 86 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE CA VESICAL DESDE SEP 2015 CON RESECCION ENDOSCOPICA EN HUSJ, QUIEN ES TRAIIDO POR SU NIETO POR PRESENTAR CUADRO DE RETENCION URINARIA, ASOCIADO A DOLOR ABDOMINAL, EN EL MOMENTO PACIENTE CON CIFRAS TENSIONALES ESTABLES EN LIMITE INFERIOR, PRESENTA MASA DOLOROSA EN HIPOGASTRIO, Y DOLOR EN MESOGASTRIO, SE CONSIDERA REALIZAR CATETERISMO VESICAL Y COLOCAR CISTOFLO, ASI COMO SOLICITAR PARACLINICOS PARA DESCARTAR INFECCION. SE REVALORARA CON RESULTADOS.

09/11/2016 08:51 pm	Medicina General	Datos Generales Fecha: 09/11/2016 Nombre: PABLO CLAVER HERNANDEZ MARIN Hallazgos: ASISTE LA HIJA LUZ ESTELA HERNANDEZ CC 42002864 REFIRIENDO MUERTE DEL PACIENTE EN CASA EL DIA DE HOY A LAS 18+55, REFIERE LLEVABA DORMIDO 3 DIAS, NO REACTIVO AL MEDIO, CON ALTERACION EN LAS 3 ESFERAS. PACIENTE CON AP DE CANCER EN VEJIGA MALIGNO CON RESECCION ANTERIOR. HACE 20 DIAS CONSULTO AL HOSPITAL Y FUE REMITIDO AL HUSJ. FAMILIA APORTA HISTORIA CLINICA DONDE DOCUMENTAN DELIRIO HIPOACTIVO CANCER DE VEJIGA RECIDIVANTE CON MASA QUE OCUPA EL 100% DE LA VEJIGA, MASA PELVICA. ENFERMEDAD RENAL CRONICA REAGUIDAZA POR ENFERMADA POSRENAL, CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA Y MICROVASCULAR. HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA. ANEMIA CRONICA, HIDRONEFROSIS GRADO III. HIPERNATREMIA, UROLOGIA SOLICITO CISTOSCOPIA, PERO POR MAL ESTADO CLINICO Y MAL PRONOSTICO DEL PACIENTE SUSPENDEN PROCEDIMIENTO Y DAN SALIDA PARA CUIDADO PALIATIVO. REFIERE FAMILIAR CONTINUO CON IGUAL ESTADO CLINICO EN CASA. SE REvisa CUERPO TRAIDO POR FUNERARIA, SIN SIGNOS DE VIOLENCIA O MALTRATO, CON LIVIDECE POSTERIORES, SIGNOS VITALES AUSENTES. SE CERTIFICA MUERTE CON NRO: 71224835-9, SE LE ENTREGA CERTIFICADO A LA HIJA LUZ ESTELA HERNANDEZ GARCIA Dx. Justifica la Estancia Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA Historia: 1336525 Dx. Principal: D090-CARCINOMA IN SITU DE LA VEJIGA
------------------------	---------------------	---

-Historia Clínica²⁵ atenciones médicas en la E.S.E Hospital Universitario San Jorge de Pereira, se puede extraer:

El 05 de junio de 2015 egresa del Hospital Santa Mónica de Dosquebradas e ingresa el 06 de junio de 2015, al Hospital San Jorge de Pereira

Fecha de la atención	Tipo de atención	Motivo de consulta y diagnóstico
06/06/2015 12:33 am	Urgencias - de Remisión Dosquebradas	Enfermedad Actual: ESTA EN DOSQUEBRADAS HOSPITALIZADO HACE 4 DIAS TIENE RETENCION URINARIA DESDE ANTIER MANEJADA CON PUNSIONES SUPRAPUBICAS. AHORA EN LA NOCHE DECIDEN REMITIRLO POR HEMATURIA Y RETENCION DE ORINA - EN DOSQUEBRADAS UNA ECO REPORTO POSIBLE LESION NEOPLASICA DE VEJIGA LO QUE CONTRAINDICA LA CISTOSTOMIA. LE REMITEN PARA CISTOSCOPIA Y MANEJO DE COLOCARA SONDA DE TRES VIAS PARA IRRIGACIONES. PDTE VALORE UROLOGO DE ESTE HOSPITAL. DIAGNOSTICOS R33X RETENCION DE ORINA N40X HIPERPLASIA DE LA PROSTATA C679 TUMOR MALIGNO DE LA VEJIGA URINARIA, PARTE NO ESPECIFICADA Tipo de indicación: Hospitalización
06/06/2015 01:59	Evolución	PLAN DE MANEJO EQUIPO DRENAJE URINARIO x 2000 ml DIAGNOSTICOS N40X HIPERPLASIA DE LA PROSTATA
06/06/2015 13:31	Interconsulta	SIgNTOMAS URINARIOS DE LARGA DATA OBSTRCTIVOS, REFEIREQ1 UE TIENE SONDA DESDE HACE MAS DE 4 MESES. PREVIAMENTE CON SINTOMAS SEVEROS. SEGUN REMISION LESION ENDOVESICAL. HEMATURIA RECURRENTE. FC 78 FR17 ABD BLANDO SINDOLOR GU ORNA CLARA DX CA VESICAL POR HC PLAN. TAC ABDOMINOPELVICO CON CONTRASTE PSA CREAT CH CISTOSCOPIA
06/06/2015 20:48	Evolución	OBJETIVO: VALORADO POR DR. CARLOS EDUARDO DUQUE URÓLOGO DE TURNO QUIEN EXPRESÓ: "SÍNTOMAS URINARIOS DE LARGA DATA OBSTRUCTIVOS, REFEIRE QUE TIENE SONDA DESDE HACE MAS DE 4 MESES. PREVIAMENTE CON SINTOMAS SEVEROS. SEGUN REMISION LESION ENDOVESICAL. HEMATURIA RECURRENTE. FC 78 FR 17. ABD BLANDO SIN DOLOR. GU ORINA CLARA. DX CA VESICAL POR HC PLAN. TAC ABDOMINOPELVICO CON CONTRASTE, PSA, CREATININA, CH, CISTOSCOPIA." ANALISIS SE ABRE FOLIO PARA DISPOSICIONES DEL ESPECIALISTA. CUADRO CLINICO ANOTADO, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SIRS, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA. NO PRESENTA OTRA ALTERACION. PENDIENTE DE CISTOSCOPIA, PARACLÍNICOS Y TAC ABDOMINOPÉLVICO.

²⁵ Véase archivo N° 4 del expediente digital.

		SE CONTINÚA CON MANEJO ESTABLECIDO, MEDIDAS DE SEGURIDAD INTRAHOSPITALARIA. INDICACIONES DEL ESPECIALISTA, ACOMPAÑANTE DE MANERA PERMANENTE; EVITAR DEAMBULAR; ASISTENCIA EN CAMA. MINIMIZAR RIESGO DE CAIDA. BARANDAS ELEVADAS. MOVILIZACION CON HORARIO PARA EVITAR ESCARAS O ZONAS DE PRESION.
07/06/2015 12:22 am	Exámenes solicitados resultados	EXAMENES SOLICITADOS 903825 - CREATININA NO UTILIZAR Fecha Resultado07/06/2015 12:22:02 a. m. RESULTADOS... CREATININA EN SUERO, ORIN0.9 mg/dl0.81.5 902210 - HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA Fecha Resultado06/06/2015 9:27:02 p. m. RESULTADOS... HEMOGRAMA IV GLOBULOS BLANCOS 6.32 K/uL 4.510 HEMOGRAMA IV NEUTROFILOS 4.41 HEMOGRAMA IV LINFOCITOS 1.28 HEMOGRAMA IV MONOCITOS 0.55 HEMOGRAMA IV EOSINOFILOS 0.07 HEMOGRAMA IV BASOFILOS 0.01 HEMOGRAMA IV NEUTROFILOS % 69.7 % HEMOGRAMA IV LINFOCITOS % 20.3 % HEMOGRAMA IV MONOCITOS % 8.7 % HEMOGRAMA IV EOSINOFILOS % 1.1 % HEMOGRAMA IV BASOFILOS % 0.2 % HEMOGRAMA IV GLOBULOS ROJOS 3.82 HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA M'uL 46 HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA 11.70 g/dL 13.517.5 HEMOGRAMA IV HEMATOCRITO 36.00 % 4252 HEMOGRAMA IV VOLUMEN CORPOSCULAR 94.2 HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA FL 8096 HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA 30.6 pg 2534 HEMOGRAMA IV MCHC 32.5 g/dL 2536 HEMOGRAMA IV RDW-CV 15.7 % 11.615.5 HEMOGRAMA IV PLAQUETAS 196 K/uL HEMOGRAMA IV VOLUMEN MEDIO PLAQUE 9.8 fL 711 HEMOGRAMA IV RDW-SD 54.20 36.950.2 HEMOGRAMA IV OBSERVACIONES DIFERENCIAL CONFIRMA
07/06/2015 07:46 am	Evolución	ANALISIS PACIENTE ESTABLE. SE ESPERA CISTOSCOPIA HOY DIAGNOSTICOS Dx Principal N4oX HIPERPLASIA DE LA PROSTATA
07/06/2015 08:29 am	Evolución	SE ABRE FOLIO PARA ORDEN DE CISTSCOPIA PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS 5732o1 - CISTOSCOPIA TRANSURETRAL
07/06/2015 10:53 am	Exámenes solicitados resultados (urología)	UROANALISIS UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA COLOR AMA.P UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA ASPECTO TURBIO UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA DENSIDAD 1,018 UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA pH 6 UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA LEUCOCITOS 500 L/ul UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA NITRITOS NEGATIVO UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA PROTEINAS 150 mg/dl UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA GLUCOSA NORM mg/dl UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA CETONAS NEGATIVO UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA UROBILINOGENO NORM UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA BILIRRUBINAS NEGATIVO UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA ERITROCITOS 250 eri/ul UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA LEUCOCITOS 840.1 /uL 0,1 15,8UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA HEMATIES 651.3 /uL 0,2 13,2UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA % HEMATIES NORMALES 100 UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA C.E. ALTAS 1.0 UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA C.E. BAJAS 2.3 /uL 0,5 16,2UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA BACTERIAS 1233.5 /uL 0,5 425UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA C. HIALINO 0,64 \U
07/06/2015 16:35 pm	Evolución	TURNO DE DIA - EVOLUCION MEDICA DEL DIA - EN CAMILLA Nro o8- HOY VALORADO POR Dr DUQUE UROLOGO - ATENTOS A LLEVAR A CISTOSCOPIA. ANALISIS PACIENTE DE 85 AÑOS HISTORIA PERSONAL DE SINTOMAS URINARIOS BAJOS; CON RETENCION QUE REQUIRIO PASO DE Sonda VESICAL; SOSPEHCA DE LESION NEOPLASICA DE VEJIGA POR ECO DE REMISION; UROANALISIS HEMATURICO ANEMIA LEVE FUNCION RENAL CONSERVADA

07/06/2015 8:17 pm	Exámenes solicitados – medicina general	EXAMENES SOLICITADOS SODIO 139.0 mmol/L 137 145 POTASIO 3.40 mmol/L 3.6 5 CLORO (CLORURO) 108.0 mmol/L 98 107 CALCIO IONICO 1.18 mmol/L 0,9 1,2 TIEMPO DE PROTOMBINA TIEMPO DE PROTOMBINA 15.0 seg 11,8 15,1 TIEMPO DE PROTOMBINA CONTROL DEL DIA TP 14.5 seg TIEMPO DE PROTOMBINA INR 1.19 TIEMPO PARCIAL DE TROMBO TIEMPO PARCIAL DE T 25.2 seg 24,3 35 TIEMPO PARCIAL DE TROMBO CONTROL DEL DIA PTT 30.0 seg RESULTADOS... GLUCOSA EN SUERO 108 mg/dL 60 110 ANTIGENO ESPECIFICO DE PR 50.70 ng/mL 0,21 6,77 NITROGENO UREICO (BUN) 17 mg/dl 9 21 CREATININA EN SUERO, ORIN 0.8 mg/dl 0,8 1,5
08/06/2015 8:32 am	Procedimiento Quirúrgico – resultados	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL) YTG SE TOMO TAC DE ABDOMEN TOTAL CONTRASTADO.9592935. GABYYTG OS 9592935 12:19:24 Paciente: HERNANDEZ MARIN PABLO CLAVERDocumento : CC - 1336525 - Sexo : M - Edad : 85 AñosEntidad: CAFESALUD SUBSIDIADO Procedimiento: TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL) CONTRASTADO Fecha: 08/06/2015 Nro remisión: 215429 Se realizan cortes axiales tomográficos desde las bases pulmonares hasta la sínfisis púbica luego de la administración de medio de contraste endovenoso de tipo yodado y oral de tipo positivo. La base pulmonar muestra características habituales para la edad del paciente con cambios enfisematosos incipientes. Hígado de forma, contornos y densidad normales sin evidencia de lesiones focales o difusas en su parénquima. La vesícula biliar se aprecia distendida, es de paredes delgadas y no muestra imágenes patológicas en su interior. Vía biliar intra y extrahepática de calibre normal. Páncreas sin alteraciones. Ateromatosis aortica que se extiende a las arterias iliacas. Bazo escenográficamente normal. Músculos psoas y músculos iliacos de apariencia habitual. Glándulas suprarrenales sin alteraciones. Los riñones se encuentran presentes en localización habitual hay dilatación pielocalicial sin aporramiento de calices en el riñón del lado derecho con dilatación ureteral que alcanza hasta 12 mm. El ureter izquierdo es de aspecto habitual. Multiples flebolitos pélvicos que miden entre 5 y 10 mm. Hay una masa lateralizada a la derecha en la vejiga que mide 65 x 39 mm con engrosamiento de paredes vesicales no puedo descartar infiltracion a este nivel. Las paredes alcanzan hasta 15 mm. Balón de sonda de foley al interior de la vejiga. Prostata aumentada en volumen diámetro transverso y Ap de 57 x 57 mm. La pared abdominal blanda no muestra alteración. El medio de contraste oral transita adecuadamente a través de las diferentes porciones del tubo enteral. No hay evidencia de compresiones extrínsecas ni lesiones endoluminales. Multiples adenopatias pélvicas que alcanzan hasta 10 mm. Las estructuras óseas visualizadas muestran cambios espondiloticos que incluyen osteofitos marginales en el aspecto anterior y lateral de los cuerpos vertebrales visualizados. OPINIÓN: CAMBIOS ESPONDILOTICOS DE LA COLUMNA DORSOLUMBAR. DILATACION PIELOCALICIAL Y URETERAL DEL LADO DERECHO SECUNDARIA A MASA QUE SE ENCUENTRA LOCALIZADA EN LA VEJIGA HACIA SU ASPECTO LATERAL DERECHO CON ENGROSAMIENTO DE PAREDES VESICALES NO PUEDO DESCARTAR INFILTRACION A ESTE NIVEL PROBABLE INFILTRACION DE GANGLIOS LINFÁTICOS PÉLVICOS. AUMENTO INESPECIFICO DEL TAMAÑO PROSTATICO. ATEROMATOSIS AORTICA. Atentamente,Dr. JUAN DIAGNOSTICOS: D414 TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA VEJIGA
08/06/2015 14:20 pm	Evolución	ANÁLISIS PACIENTE PENDIENTE DE CISTOSCOPIA. POR EL MOMENTO CON MANEJO ADECUADO. IGUALMENTE SE ESPERA DESCARTAR NEOPLASIA VESICAL. SE SIGUE CON SU PROCESO DE ESTUDIOS Y DE TRATAMIENTO. SE EXPLICA AL PACIENTE Y A LA FAMILIA LA SITUACION CLINICA. SE CONTINÚA CON INDICACIONES DEL ESPECIALISTA, ACOMPAÑANTE DE MANERA

		PERMANENTE; EVITAR DEAMBULAR SIN COMPAÑÍA; ASISTENCIA EN CAMA. MINIMIZAR RIESGO DE CAIDA. BARANDAS ELEVADAS. MOVILIZACION CON HORARIO PARA EVITAR ESCARAS O ZONAS DE PRESION. DIAGNOSTICOS R33X RETENCION DE ORINA N40X HIPERPLASIA DE LA PROSTATA D414 TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA VEJIGA
09/06/2015 09:25 am	Evolución	PACIENTE SIN CAMBIOS
09/06/2015 11:07 am	Evolución	CREATININA 0,8 BUN 17 RESULTADOS... ANTIGENO ESPECIFICO DE PR 50.70 ng/mL 0,21 6,77 TAC ABDOMINAL CONTRASTYADO 08/06/2015 OPINIÓN: CAMBIOS ESPONDILOSICOS DE LA COLUMNA DORSOLUMBAR. DILATACION PIELOCALICIAL Y URETERAL DEL LADO DERECHO SECUNDARIA A MASA QUE SE ENCUENTRA LOCALIZADA EN LA VEJIGA HACIA SU ASPECTO LATERAL DERECHO CON ENGROSAMIENTO DE PAREDES VESICALES NO PUEDO DESCARTAR INFILTRACION A ESTE NIVEL PROBABLE INFILTRACION DE GANGLIOS LINFÁTICOS PÉLVICOS. AUMENTO INESPECIFICO DEL TAMAÑO PROSTATICO. ATEROMATOSIS AORTICA. REVALROADO EN RONDA DE UROLOGIA DR DUQUE QUIEN CONSIDERO, REALIZACION DE CISTOSCOPIA
09/06/2015 12:19	INFORME QUIRÚRGICO – Urología	CISTOSCOPIA + CALIBRACION URETRAL <u>F. DESCRIPCION DE LOS HALLAZGOS OPERATORIOS, PROCEDIMEINTOS Y COMPLICACIONES</u> <u>URETRA DISTAL NORMALURETRA PROSTATICA; TEJIDO DE 2 Y MEDIO CAMPOS DE RESECCION ENDOSCOPICA OBSTRACUTIVA 100%.</u> <u>HIPERTROFIA DE CUELLO VESICAL 70%MEATOS NO VISUALIZADOS POR LESION DEL TRIGONOTRABECULACION: SEVERA DIVERTICULOS:</u> <u>MULTIPLES DVC 5.5 CMLESIONES VEGETANTES / PAPILARES: LESION VEGETANTE A NIVEL DE TRIGONO VESICAL Y CUELLOCISTOSCOPIO 17 FR</u> <u>30 GRADOSSE CALIBRA URETRA HASTA 44 BQCOMPLICACIONES: NO SE DEJA SONDA</u> DIAGNOSTICOS PRINCIPAL D414 TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA VEJIGA
10/06/2015 16:00 pm	Evolución	Análisis cistoscopia masa en trigono vesical no permite ver meatos crecimiento prostático. tac masa vesical pared lateral se explica al paciente y familia presente los hallazgos del tac. se indica manejo quirúrgico con rtu de lesión vesical + rtu prostata. se explica indicación procedimiento riegos PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS 602902 - PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL 602902 - PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL
10/06/2015 17:24 pm	Evolución	PACIENTE TOLERA PROCEDIMIENTO SIN NINGUNA COMPLICACION
11/06/2015 11:29 am	Evolución	PACIENTE D E 85 AÑOS CON DX RETENCION URINARIA , IVU? , HPB PSA 50 , MASA VESICAL POR TAC . CONOCIDO POR EL SERVICIO DE UROLOGIA CON INDICACIONDE REALZIACIONDE RTU VESICAL Y DE PROSTATA . EVOLUCION LCINCIA FAVORABLE, ESTABLE CARDIOPULMONAR .
11/06/2015 21:36 pm	Evolución	VALORACION PRE ANESTESICA PARA RTU DE PROSTATA. AP: PATOLOGICOS NIEGA, QCOS NIEGA, TOXICO ALERGICOS NEIGA, TRASNFUSIONALES NIEGA.CF I, NO ANGINA NI DISNEA, REFIERE HEMATURIA HASTA HACE 1 DIA, FARMACOLOGICOS, OMEPRAZOL, MNITROFURANTOINA PLAN PACIENTE CON ALTERACION EN EKG, CON ANTECEDENTE PROBALBE DE SINDROME ISQUEMICO EN SINC, SE SOLICITA ECO CON STRESS FARMACOLOGICO, NUEVA VALORACION CON RESULTADO
12/06/2015 10:20 am	Exámenes solicitados – Anestesiología	881236 - ECOCARDIOGRAMA DE STRESS CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA (...) CONCLUSIONES: 1. ECOCARDIOGRAMA STRESS CON DOBUTAMINA MAXIMO (90% de la FCME) POSITIVO PARA INDUCCION DE ISQUEMIA MIOCARDICA. 2. ELECTRICAMENTE POSITIVO PARA INDUCCION DE ISQUEMIA. 3. CLINICAMENTE NEGATIVO PARA INDUCCION DE ISQUEMIA. 4. VENTRÍCULO IZQUIERDO DE DIÁMETRO NORMAL, ESPESOR DE SUS PAREDES NORMAL, SIN EVIDENCIA DE TRASTORNOS DE

		CONTRACTILIDAD SEGMENTARIA EN REPOSO, FUNCIÓN SISTÓLICA CONSERVADA. FE: 55%. FUNCIÓN DIASTÓLICA CONSERVADA. VÁLVULA MITRAL DE CON INSUFICIENCIA TRIVIAL. VÁLVULA AÓRTICA CON INSUFICIENCIA LEVE. VÁLVULA TRICÚSPIDE CON INSUFICIENCIA LEVE, VENTRÍCULO DERECHO MODERADAMENTE DILATADO, DILATACIÓN BIAURICULAR CON HIPERTENSIÓN PULMONAR MODERADA. PERICARDIO NORMAL.
12/06/2015 01:04 am	Evolución	PACIENTE VALORADO POR ANESTESIÓLOGO DR. IVÁN VALENCIA QUIEN EXPUSO: "VALORACION PRE ANESTESICA PARA RTU DE PROSTATA.AP: PATOLOGICOS NIEGA, QCOS NIEGA, TOXICO ALERGICOS NEIGA, TRANSFUSIONALES NIEGA.CF I, NO ANGINA NI DISNEA, REFIERE HEMATURIA HASTA HACE 1 DIA, FARMACOLOGICOS, OMEPRAZOL, NITROFURANTOINA.AnálisisCREATININA:0.8, BUN:17, GLICEMIA:108, PTT:25.2/30, PT:15/14.4, INR:1.19,HB:11.7, HTO:36, PLT:196000.EKG VIBRADO, SIN EMBARGO SE APRECIA TRASTORNO DE LA REPOLARIZACION EN CARA INFERIOR. Plan: PACIENTE CON ALTERACION EN EKG, CON ANTECEDENTE PROBABLE DE SINDROME ISQUEMICO EN SINC, SE SOLICITA ECO CON STRESS FARMACOLOGICO, NUEVA VALORACION CON RESULTADO"
12/06/2015 15:30 pm	Evolución urología	– PACIENTE ESTABLE. VALORADO POR ANESTESIA SOLICITA ECOSTRESS
12/06/2015 15:45 pm	Evolución Terapia respiratoria	– PACIENTE TOLERA PROCEDIMIENTO SIN NINGUNA COMPLICACION TERAPIA RESPIRATORIA
13/06/2015 12:23	Evolución Medicina Interna	– ANALISIS PACIENTE QUE SE ENCUENTRA EN PREPARACION PREOPERATORIA POR UROLOGIA, POR DX DE CA VESICAL, EN LA VALORACION PREANESTESICA SE SUGIERE ENFERMEDAD CORONARIA, LA CUAL ES SUGERIDA POR UN ECO STRESS FARMACOLOGICO, DADO LO ANTERIOR SE CONSIDERA QUE LA INTERVENCION QUIRURGICA POR UROLOGIA DEBE SER DIFERIDA POR AHORA. REALIZAR CATETERISMO CARDÍACO, HOSPITALIAR EN MEDICINA INTERNA, REVALORACION EN POSOPERATORIO. PLAN HOSPITALIZAR EN MEDICINA INTERNA2. DIFERIR INTERVENCION QUIRURGICA POR AHORA3. REALIZAR CATETERISMO CARDÍACO4. REVALORACION EN POSOPERATORIO.
13/06/2015 15:12	Evolución	--- PARA SOLICITUD DE CATETERISMO CARDÍACO; DIFERIDO PROCEDIMIENTO TRASLADO A SALAS DE MED INTERNA -- SE LE EXPLICA A SU FAMILIAR LAS DESICIONES DEL ESPECIALISTA Solicitud de exámenes Cateterismo combinado de los lados derecho e izquierdo del corazón Arteriografía coronaria mas cateterismo izquierdo con angiografía
13/06/2015 15:32	Exámenes solicitados	902045 - TIEMPO DE PROTROMBINA PT Fecha Resultado 13/06/2015 5:37:00 p. m. RESULTADOS... TIEMPO DE PROTOMBINA TIEMPO DE PROTOMBINA 14.3 seg 11,8 15,1 TIEMPO DE PROTOMBINA CONTROL DEL DIA TP 14.5 seg TIEMPO DE PROTOMBINA INR 1.13 902049 - TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL PTT Fecha Resultado 13/06/2015 5:37:00 p. m. RESULTADOS... TIEMPO PARCIAL DE TROMBO TIEMPO PARCIAL DE T 25.0 seg 24,3 35 TIEMPO PARCIAL DE TROMBO CONTROL DEL DIA PTT 30.0 seg 903825 - CREATININA NO UTILIZAR Fecha Resultado 13/06/2015 5:42:00 p. m. RESULTADOS... CREATININA EN SUERO, ORIN 0.8 mg/dl 0,8 1,5 902210 - HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA Fecha Resultado 13/06/2015 5:37:00 p. m. RESULTADOS... HEMOGRAMA IV GLOBULOS BLANCOS 4.47 K / uL 4,5 10 HEMOGRAMA IV NEUTROFILOS 2.61 HEMOGRAMA IV LINFOCITOS 1.32 HEMOGRAMA IV MONOCITOS 0.44 HEMOGRAMA IV EOSINOFILOS 0.09 HEMOGRAMA IV BASOFILOS 0.01 HEMOGRAMA IV NEUTROFILOS % 58,5 % HEMOGRAMA IV LINFOCITOS % 29,5 % 25 45 HEMOGRAMA IV MONOCITOS % 9,8 % 3 10 HEMOGRAMA IV EOSINOFILOS % 2 % HEMOGRAMA IV BASOFILOS % 0,2 % 0 2 HEMOGRAMA IV GLOBULOS ROJOS 4.34 M/uL 4 6 HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA 13.40 gr/dL 13,5 17,5 HEMOGRAMA IV HEMATOCRITO 40.70 % 42 52 HEMOGRAMA IV VOLUMEN CORPOSCULAR 93.8 fL 80 96 HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA CORPOSCU 30.9 pg 25 34 HEMOGRAMA IV MCHC 32.9 g/dL 25 36 HEMOGRAMA IV RDW-CV 14.9 % 11,6 15,5 HEMOGRAMA IV PLAQUETAS 342 K/uL HEMOGRAMA IV VOLUMEN MEDIO PLAQUE 9.2 fL 7 11 HEMOGRAMA IV RDW-SD 51.10 36,9 50,2 HEMOGRAMA IV OBSERVACIONES DIFERENCIAL CONFIRMA

14/06/2015 11:57 am	Evolución – Medicina Interna	Subetivo MEDICINA INTERNAPACIENTE QUE SE ENCUENTRA EN PREPARACION PREOPERATORIA POR UROLOGIA, POR DX DE CA VESICAL, EN LA VALORACION PREANESTESICA SE SUGIERE ENFERMEDAD CORONARIA, LA CUAL ES SUGERIDA POR UN ECO STRESS FARMACOLOGICO, DADO LO ANTERIOR SE CONSIDERA QUE LA INTERVENCION QUIRURGICA POR UROLOGIA DEBE SER DIFERIDA POR AHORA. REALIZAR CATETERISMO CARDÍACOEL DIA DE HOY ESTABLE Y ASINTOMATICO (...) Plan 1. HOSPITALIZAR EN MEDICINA INTERNA 2. DIFERIR INTERVENCION QUIRURGICA POR AHORA 3. REALIZAR CATETERISMO CARDÍACO 4. REVALORACION EN POSOPERATORIO. (...) Diagnosticos I255 CARDIOMAPATIA ISQUEMICA
14/06/2015 18:29 pm	Evolución – Terapia respiratoria	PACIENTE TOLERA PROCEDIMIENTO SIN NINGUNA COMPLICACION TERAPIA RESPIRATORIA
16/06/2015 23:43 pm	Evolución	Analisis REPORTE DE CATETERISMO REALIZADO EN CLÍNICA SAN RAFAEL EN LA TARDE DE HOY: 1. ÁRBOL CORONARIO SIN LESIONES ESTENÓTICAS SIGNIFICATIVAS. 2. ENFERMEDAD MICROVASCULAR MODERADA. 3. VOLÚMENES DE V.I. NORMALES, HIPERTRÓFICO, CONTRACTIBILIDAD Y FUNCIÓN NORMAL. FEVI 55%RECOMIENDAN CUIDADOS EN SITIO DE VENOPUNCIÓN, CREATININA CONTROL Y CONTINUAR MANEJO EN ESTE CENTRO ASISTENCIAL.
17/06/2015 07:58 am	Evolución	CON REPORTE DE CATETERISMO SE PONE DE MANIFIESTO QUE EL PACIENTE PUEDE CONTINUAR PROCESO PARA SER LLEVADO A CIRUGIA POR PARTE DE UROLOGIA DEBE ASEGURARSE EL USO DE BETABLOQUEADORES A DOSIS CONVENCIONALES CON EL ANIMO DE EVITAR INFARTO PERIOPERATORIO.EL DIA DE HOY CONDICION ESTABLE PLAN POR CONSULTA EXTERNA SE REALIZARA VALORACION AMBULATORIA CONJUNTA CARDIOLOGIA Y MEDICINA INTERNA SE CIERRA MANEJO MEDICO INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA INTERNA SOLICITAR NUEVA VALORACION EN CASO DE NECESIDAD
17/06/2015 10:59 am	Evolución- urología	PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA FAVORABLE, EN ESPERA DE DEFINIR POR UROLOGIA REALIZA CON DE RTU DE PROSTATA Y VEJIGA TIENE REPORTE DE CATETERISMO CARDÍACO. REPORTE DE CATETERISMO REALIZADO EN CLÍNICA SAN RAFAEL EN LA TARDE DE HOY: 1. ÁRBOL CORONARIO SIN LESIONES ESTENÓTICAS SIGNIFICATIVAS. 2. ENFERMEDAD MICROVASCULAR MODERADA. 3. VOLÚMENES DE V.I. NORMALES, HIPERTRÓFICO, CONTRACTIBILIDAD Y FUNCIÓN NORMAL. FEVI 55% (...) SE SOLICITA UROCULTIVO
18/06/2015 10:44 am	Exámenes solicitados	902045 - TIEMPO DE PROTROMBINA PT Fecha Resultado 18/06/2015 3:27:00 p. m. RESULTADOS... TIEMPO DE PROTOMBINA TIEMPO DE PROTOMBINA 13.9 seg 11,8 15,1 TIEMPO DE PROTOMBINA CONTROL DEL DIA TP 14.5 seg TIEMPO DE PROTOMBINA INR 1.10 902049 - TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL PTT Fecha Resultado 18/06/2015 3:27:00 p. m. RESULTADOS... TIEMPO PARCIAL DE TROMBO TIEMPO PARCIAL DE T 25.0 seg 24,3 35 TIEMPO PARCIAL DE TROMBO CONTROL DEL DIA PTT 30.0 seg 902210 - HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECuento DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA

		Fecha Resultado18/06/2015 3:27:00 p. m. RESULTADOS...<table><tr><td>HEMOGRAMA IV</td><td>GLOBULOS BLANCOS</td><td>4.36</td><td>K / uL</td><td>4,5</td><td>10</td></tr><tr><td>HEMOGRAMA IV</td><td>NEUTROFILOS</td><td>2.43</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>HEMOGRAMA IV</td><td>LINFOCITOS</td><td>1.04</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>HEMOGRAMA IV</td><td>MONOCITOS</td><td>0.74</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>HEMOGRAMA IV</td><td>EOSINOFILOS</td><td>0.14</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>HEMOGRAMA IV</td><td>BASOFILOS</td><td>0.01</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>HEMOGRAMA IV</td><td>NEUTROFILOS %</td><td>55.7</td><td>%</td><td></td><td></td></tr><tr><td>HEMOGRAMA IV</td><td>LINFOCITOS %</td><td>23.9</td><td>%</td><td>25</td><td>45</td></tr><tr><td>HEMOGRAMA IV</td><td>MONOCITOS %</td><td>17.0</td><td>%</td><td>3</td><td>10</td></tr><tr><td>HEMOGRAMA IV</td><td>EOSINOFILOS %</td><td>3.2</td><td>%</td><td></td><td></td></tr><tr><td>HEMOGRAMA IV</td><td>BASOFILOS %</td><td>0.2</td><td>%</td><td>0</td><td>2</td></tr><tr><td>HEMOGRAMA IV</td><td>GLOBULOS ROJOS</td><td>4.26</td><td>M/uL</td><td>4</td><td>6</td></tr><tr><td>HEMOGRAMA IV</td><td>HEMOGLOBINA</td><td>13.20</td><td>gr/dL</td><td>13.5</td><td>17.5</td></tr><tr><td>HEMOGRAMA IV</td><td>HEMATOCRITO</td><td>39.60</td><td>%</td><td>42</td><td>52</td></tr><tr><td>HEMOGRAMA IV</td><td>VOLUMEN CORPOSCULAR</td><td>93.0</td><td>fL</td><td>80</td><td>96</td></tr><tr><td>HEMOGRAMA IV</td><td>HEMOGLOBINA CORPOSCU</td><td>31.0</td><td>pg</td><td>25</td><td>34</td></tr><tr><td>HEMOGRAMA IV</td><td>MCHC</td><td>33.3</td><td>g/dL</td><td>25</td><td>36</td></tr><tr><td>HEMOGRAMA IV</td><td>RDW-CV</td><td>15.4</td><td>%</td><td>11.6</td><td>15.5</td></tr><tr><td>HEMOGRAMA IV</td><td>PLAQUETAS</td><td>330</td><td>K/uL</td><td></td><td></td></tr><tr><td>HEMOGRAMA IV</td><td>VOLUMEN MEDIO PLAQUE</td><td>9.1</td><td>fL</td><td>7</td><td>11</td></tr><tr><td>HEMOGRAMA IV</td><td>RDW-SD</td><td>52.00</td><td></td><td>36.9</td><td>50.2</td></tr><tr><td>HEMOGRAMA IV</td><td>OBSERVACIONES</td><td colspan="4">DIFERENCIAL CONFIRMA</td></tr></table> 895100 - ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD Observaciones: CONTROL Fecha Resultado 871121 - RADIOGRAFIA DE TORAX PA O AP LATERAL Observaciones: PREQUIRURGICO Fecha Resultado18/06/2015 4:18:00 p. m. GPOA SE TOMO RX DE TORAX. Nº9621770 CAM GPOA96217704.18 Paciente:HERNANDEZ MARIN PABLO CLAVER Documento:CC 1336525 Sexo:M - Edad:85 Años Entidad:CAFESALUD SUBSIDIADO Procedimiento:RADIOGRAFIA DE TORAX (PAO APY LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL CON BARIO) Fecha:18/06/2015 Nro remisión:216753 Esqueleto regional radiografiado con disminución de la densidad mineral osea. Adelgazamiento cortical. Silveta cardiomedíastínica de ubicación central. Cambios compatibles con enfermedad pulmonar obstructiva cronica pero sin areas de consolidacion, atelectasia o neumotorax. No hay signos de derrame pleural. Los planos blandos no muestran lesiones.	HEMOGRAMA IV	GLOBULOS BLANCOS	4.36	K / uL	4,5	10	HEMOGRAMA IV	NEUTROFILOS	2.43				HEMOGRAMA IV	LINFOCITOS	1.04				HEMOGRAMA IV	MONOCITOS	0.74				HEMOGRAMA IV	EOSINOFILOS	0.14				HEMOGRAMA IV	BASOFILOS	0.01				HEMOGRAMA IV	NEUTROFILOS %	55.7	%			HEMOGRAMA IV	LINFOCITOS %	23.9	%	25	45	HEMOGRAMA IV	MONOCITOS %	17.0	%	3	10	HEMOGRAMA IV	EOSINOFILOS %	3.2	%			HEMOGRAMA IV	BASOFILOS %	0.2	%	0	2	HEMOGRAMA IV	GLOBULOS ROJOS	4.26	M/uL	4	6	HEMOGRAMA IV	HEMOGLOBINA	13.20	gr/dL	13.5	17.5	HEMOGRAMA IV	HEMATOCRITO	39.60	%	42	52	HEMOGRAMA IV	VOLUMEN CORPOSCULAR	93.0	fL	80	96	HEMOGRAMA IV	HEMOGLOBINA CORPOSCU	31.0	pg	25	34	HEMOGRAMA IV	MCHC	33.3	g/dL	25	36	HEMOGRAMA IV	RDW-CV	15.4	%	11.6	15.5	HEMOGRAMA IV	PLAQUETAS	330	K/uL			HEMOGRAMA IV	VOLUMEN MEDIO PLAQUE	9.1	fL	7	11	HEMOGRAMA IV	RDW-SD	52.00		36.9	50.2	HEMOGRAMA IV	OBSERVACIONES	DIFERENCIAL CONFIRMA			
HEMOGRAMA IV	GLOBULOS BLANCOS	4.36	K / uL	4,5	10																																																																																																																																	
HEMOGRAMA IV	NEUTROFILOS	2.43																																																																																																																																				
HEMOGRAMA IV	LINFOCITOS	1.04																																																																																																																																				
HEMOGRAMA IV	MONOCITOS	0.74																																																																																																																																				
HEMOGRAMA IV	EOSINOFILOS	0.14																																																																																																																																				
HEMOGRAMA IV	BASOFILOS	0.01																																																																																																																																				
HEMOGRAMA IV	NEUTROFILOS %	55.7	%																																																																																																																																			
HEMOGRAMA IV	LINFOCITOS %	23.9	%	25	45																																																																																																																																	
HEMOGRAMA IV	MONOCITOS %	17.0	%	3	10																																																																																																																																	
HEMOGRAMA IV	EOSINOFILOS %	3.2	%																																																																																																																																			
HEMOGRAMA IV	BASOFILOS %	0.2	%	0	2																																																																																																																																	
HEMOGRAMA IV	GLOBULOS ROJOS	4.26	M/uL	4	6																																																																																																																																	
HEMOGRAMA IV	HEMOGLOBINA	13.20	gr/dL	13.5	17.5																																																																																																																																	
HEMOGRAMA IV	HEMATOCRITO	39.60	%	42	52																																																																																																																																	
HEMOGRAMA IV	VOLUMEN CORPOSCULAR	93.0	fL	80	96																																																																																																																																	
HEMOGRAMA IV	HEMOGLOBINA CORPOSCU	31.0	pg	25	34																																																																																																																																	
HEMOGRAMA IV	MCHC	33.3	g/dL	25	36																																																																																																																																	
HEMOGRAMA IV	RDW-CV	15.4	%	11.6	15.5																																																																																																																																	
HEMOGRAMA IV	PLAQUETAS	330	K/uL																																																																																																																																			
HEMOGRAMA IV	VOLUMEN MEDIO PLAQUE	9.1	fL	7	11																																																																																																																																	
HEMOGRAMA IV	RDW-SD	52.00		36.9	50.2																																																																																																																																	
HEMOGRAMA IV	OBSERVACIONES	DIFERENCIAL CONFIRMA																																																																																																																																				
18/06/2015 18:45 pm	Ingreso hospitalización cirugía	PACIENTE QUIEN INGRESA EL 06.06.15 REMITIDO DE UNIDA DLOCAL POR RETENCION URINARIA HEMATURIA PREVIA RECURRENTE.PACIENTE VALORADO POR UROLOGIA QUIEN IDNICA TAC DE ABDOMEN: La base pulmonar muestra características habituales para la edad del paciente con cambios enfisematosos incipientes. Hígado de forma, contornos y densidad normales sin evidencia de lesiones focales o difusas en su parénquima. La vesícula biliar se aprecia distendida, es de paredes delgadas y no muestra imágenes patológicas en su interior. Vía biliar intra y extrahepática de calibre normal. Páncreas sin alteraciones. Ateromatosis aortica que se extiende a las arterias iliacas. Bazo escanográficamente normal. Músculos psoas y musculos iliacos de apariencia habitual. Glándulas suprarrenales sin alteraciones. Los riñones se encuentran presentes en localizacion habitual hay dilatación pielocalicial sin aporramiento de calices en el riñón del lado derecho con dilatación ureteral que alcanza hasta 12 mm. El ureter izquierdo es de aspecto habitual. Multiples flebolitos pélvicos que miden entre 5 y 10 mm. Hay una masa lateralizada a la derecha en la vejiga que mide 65 x 39 mm con engrosamiento de paredes vesicales no puedo descartar infiltracion a este nivel. Las paredes alcanzan hasta 15 mm. Balón de sonda de foley al interior de la vejiga. Prostata aumentada en volumen diámetro transverso y Ap de 57 x 57 mm. La pared abdominal blanda no muestra alteracion. El medio de contraste oral transita adecuadamente a través de las diferentes porciones del tubo enteral. No hay evidencia de compresiones extrínsecas ni lesiones endoluminales. Multiples adenopatias pélvicas que alcanzan hasta 10 mm. Las estructuras óseas visualizadas muestran cambios espondiloticos que incluyen osteofitos marginales en el aspecto anterior y lateral de los cuerpos vertebrales visualizados. OPINIÓN: CAMBIOS ESPONDILOTICOS DE LA COLUMNA DORSOLUMBAR. DILATACION PIELOCALICIAL Y URETERAL DEL LADO DERECHO SECUNDARIA A MASA QUE SE ENCUENTRA LOCALIZADA EN LA VEJIGA HACIA SU ASPECTO LATERAL DERECHO CON ENGROSAMIENTO DE PAREDES VESICALES NO PUEDO DESCARTAR INFILTRACION A ESTE NIVEL PROBABLE INFILTRACION DE GANGLIOS LINFÁTICOS PÉLVICOS. AUMENTO INESPECIFICO DEL TAMAÑO PROSTATICO. ATEROMATOSIS AORTICA. PSOTERIOR A LO CUAL INDICA SER LLEVADO A CISTISCOPIA + CALIBRACION DE URETRA, POSTERIOR A LO CUAL SE INDICA RTU VESICAL + RTU DE PROSTATA. SE SOLCITO MANEJOPOR ANESTESIOLOGIA QUEIN POR COOMORBILIDADES SOLCIITO ECOSTRESS FARMACOLOGICO (12/06/2015) (90% de la FCME) POSITIVO PARA INDUCCION DE ISQUEMIA MIOCARDICA. POR LO CUAL SE IDNICO CATETERISMO CARDÍACOQUE SE REALIZO EL NFERMEDAD MICROVASCULAR MODERADA. ÁRBOL CORONARIO SIN LESIONES ESTENÓTICAS SIGNIFICATIVAS. POR CATETERISMO CARDÍACO DE (16/06/2015), POR LO CUAL MEDICINA INTERNA AVALO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, REVALROACION POR PARTE DE ANESTESIOLOGIA PARA CIRUGIA.																																																																																																																																				

19/06/2015 10:10 am	Interconsulta con cardiología	19 junio 2015PABLO CLAVER HERNANDEZ MARIN 1336525** RESPUESTA INTERCONSULTA CARDIOLOGIA ***HOMBRE DE 85 AÑOS DE EDAD.** DX:1. RETENCIÓN URINARIA . HPB / CANCER VEJIGA ? ** MC:ESTA EN DOSQUEBRADAS HOSPITALIZADO HACE 4 DIAS TIENE RETENCION URINARIA DESDE ANTIER MANEJADA CON PUNSIONES SUPRAPUBICAS AHORA EN LA NOCHE DECIDEN REMITIRLO POR HEMATURIA Y RETENCION DE ORINA - EN DOSQUEBRADAS UNA ECO REPORTO POSIBLE LESION NEOPLASICA DE VEJIGA LO QUE CONTRAINDICA LA CISTOSTOMIA . LE REMITEN PARA CISTOSCOPIA Y MANEJO-SE COLOCARA SONDA DE TRES VIAS PARA IRRIGACIONES . PDTE VALORE UROLOGO DE ESTE HOSPITAL . ** EXAMEN FISICO: TA 147/63 FC: 77 lpm. --- NO ANGINA NO DISNEA CLASE FUNCIONAL I/IV** ECO STRESS DOCUTAMINA 12/06/151. ECOCARDIOGRAMA STRESS CON DOBUTAMINA MAXIMO (90% de la FCME) POSITIVO PARA INDUCCION DE ISQUEMIA MIOCARDICA.2. ELECTRICAMENTE POSITIVO PARA INDUCCION DE ISQUEMIA.3. CLINICAMENTE NEGATIVO PARA INDUCCION DE ISQUEMIA. 4. VENTRÍCULO IZQUIERDO DE DIÁMETRO NORMAL, ESPESOR DE SUS PAREDES NORMAL, SIN EVIDENCIA DE TRASTORNOS DE CONTRACTILIDAD SEGMENTARIA EN REPOSO, FUNCIÓN SISTÓLICA CONSERVADA. FE: 55%. FUNCIÓN DIASTÓLICA CONSERVADA. VÁLVULA MITRAL DE CON INSUFICIENCIA TRIVIAL. VÁLVULA AÓRTICA CON INSUFICIENCIA LEVE. VÁLVULA TRICÚSPIDE CON INSUFICIENCIA LEVE, VENTRÍCULO DERECHO MODERADAMENTE DILATADO, DILATACIÓN BIAURICULAR CON HIPERTENSIÓN PULMONAR MODERADA. PERICARDIO NORMAL.POP DE CTT SIN COMPLICACIONES LOCALES O SISTEMICAS DE PROCEDIMIENTOHEMODINAMIA NO REPORTA LESIONES DE VASOS MAYORES SE CONFIRMA ENFERMEDAD MICROVASCULARESTABL** ANALISIS: VALORACION PREQUIRURGICA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD MICROVASCULAR POR CATETERISMO, SIN ANGINA Y SIN DISNEA CON BUENA CLASE FUNCIONAL, PUEDE SER LLEVADO A PROCEDIMIENTO CON RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO PROPIO DE SU ENFERMEDAD MICROVASCULAR Y DE SU EDAD. * * PLAN: PUEDE SER LLEVADO A PROCEDIMIENTO QUIRURGICO PERO PARA DISMINUIR EL RIESGO DEBE RECIBIR BETA BLOQUEADOR Y ESTATINAS.CARVEDILOL 6.25 MG VO CADA 12 HORAS. ATORVASTATINA 40 MG VO CADA NOCHE. ACETAMINOFEN 500 mg TAB1 TAB C/ 6 HORAS ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0.4 ML SOL INY 1 CA D A DIA OMEPRAZOL 20 MG CAP1 CAP EN LA MAÑANA NITROFURANTOINA 100 MG TAB1 TAB C/ 6 HORAS ACETAMINOFEN 500 mg TAB1 TAB C/ 6 HORAS NUEVA VALORACION EN EL POP. 24 A 48 HORAS DESPUES DE CIRUGIA INICIAR ASPIRINA CON ALMUERZO.
19/06/2015 3:07 pm	Exámenes solicitados	Urocultivo Muestra DE ORINA (0618-236) recibida Reporte preliminar Se están aislando bacilos gram negativos, pendiente reporte del id y antibiograma. Recuento de colonias: Mas de 100.000 ufc/ml. Reportado por Miriam Gomez N. Junio 19-15 No. Ingreso : 0618/0236 Fecha Ingreso : 18/06/2015 - 16:00 Fecha Impresión : 21/06/2015 - 12:48 UROCULTIVO > 100.000 UFC/ml Microorganismo Pseudomonas aeruginosa Antibiograma MIC INTERPRETACION Amikacina >=64 RESISTENTE Ciprofloxacina >=4 RESISTENTE Colistin <=0,5 SENSIBLE Doripenem 4 INTERMEDIO Cefepime 16 INTERMEDIO Gentamicina >=16 RESISTENTE Imipenem 1 RESISTENTE Meropenem 2 SENSIBLE Ceftazidima 16 INTERMEDIO OBSERVACIONES pendiente confirmar carbapenems Junio 23-15. Se testaron Meropenem y Doripenem por Kirby bauer y dieron RESISTENTES. Imipenem diò SENSIBLE (...) INTERCONSULTA CON ANESTESIOLOGIA
19/06/2015 7:04 pm	INFORME QUIRÚRGICO – Urología	PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL + RESECCION DE CUELLO VESICAL + RESCCION TRANSURETRAL DE TUMOR VESICAL (...)

		<u>F. DESCRIPCION DE LOS HALLAZGOS OPERATORIOS, PROCEDIMEINTOS Y COMPLICACIONES</u> PROSTATA DE 1 Y MEDIO CAMPOS DE RESECCION . TUMOR VESICAL QUE COMPROMETE PISO CARA LATERAL DERECHA CUELLO VESICAL LATERAL ALTA IZQUIERDA. MEATOS NO VISUALIZADOS. PACIENTE EN LITOTOMIA. SE PASA RESECTOSCOPIO. RESECCION CUELLO VESICAL. LOBULOS LATERALES PISO Y TECHO. EVACUACION DE FRAGMENTOS. HEMOSTASIA EXHAUSTIVA. RESECCION DE LESION VEGETANTE ENDOVESICAL. EVACUACION DE FRAGMENTOS HEMOSTASIA EXHAUSTIVA. PASA Sonda URETRAL FOLEY 22 FR X 30 ML. NO COMPLIACIONES. SALE CON ORINA HEMATICA CLARA
21/06/2015 23:09 pm	Evolución	Resultado de paraclínicos - Troponinas negativas 0.04 -. ekg no sgs de isquemia - hb 8.0 mg/dl sin cambios respecto a la previa - paciente actualmente sin angor con sintomatología muy inespecífica - se contoimua manejo de sosten. ANALISIS no amerita manejo antisquémico; se interroga cuadro demencial <u>paciente con pobre pronóstico</u> sin inestabilidad hemodinámica sin caídas posteriores de Hb no se indica transfusión en el momento
22/06/2015 15:51 pm	Evolución	PACIENTE EN POP DE RTU DE MASA VESICAL, SIN SIGNOS DE SIRS, SIN DISNEA, NO ANGINA.VALORADO POR DR. DUQUE, URÒLOGO, QUIEN INDICA TRANSFUNDIR 2 UNIDADES DE CONCENTRDO GLOBULAR DEBIDO A ULTIMO REPORTE DE HEMOGLOBINA QUE SE ENCUENTRA EN 8.0 PLAN: TRANSFUNDIR 2 UNIDADES DE CONCENTRADO GLOBULAR.RESTO DE MANEJO MEDICO IGUAL
22/06/2015 15:54 pm	Evolución- urología	PLAN SE INDICA TRASFUNDIR 2 UNID GRE. SE HABLA CON EL HIJO. SE EXPLICAN HALLZGOS QUIRURGICOS Y NECESIDAD DE RADIOTERAPIA ADYUVANTE
24/06/2015 12:31 pm	Evolución- infectología	PACIENTE EN POP DIA 5 DE RESECCION TRANSURETRAL DE PROSTATA, ASINTOMATICO, SIN SINDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, QUIEN TIENE REPORTE DE UROCULTIVO DE HACE 9 DIAS POSITIVO PARA PSEUDOMONAS AERUGINOSA CON PERFIL DE PRODUCCION DE BOMBAS DE EXPULSION+AMPC. DADO QUE EN EL MOMENTO EL PACIENTE NO VA A SER REINTERVENIDO UROLOGICAMENTE Y QUE SE ENCUENTRA ASINTOMATICO SE CONSIDERA NO INICIAR MANEJO ANTIBIOTICO. MANTENER BAJO AISLAMIENTO DE CONTACTO HASTA EL EGRESO. EN CASO DE PRESENTAR SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA SOLICITAR INTERCONSULTA NUEVAMENTE PARA DIRECCIONAR ANTIBIOTICOTERAPIA
25/06/2015 12:36 pm	Evolución	DRA ORDÓÑEZ INFECTOLOGOA AUTORIZA EGRESO POR PARTE DE SU ESPECIALIDAD SIN ANTIBIOTICO SI EL PACIENTE CONTINUA ASINTOMATICO SE ORDENA ABUNDANTES LIQUIDIOSO ROALES , LELV DE BASE SUSPENDER IRRIGACION PAR A VER TOLERANCIA DEL PACIETNE SIN IRRIGACION URINARIA CURVA TERMICA PARA DEFINIR POSIBLE EGRESO MAÑANA.
26/06/2015 09:40 am	Evolución cardiología	26 junio 2015PABLO CLAVER HERNANDEZ MARIN 1336525** RESPUESTA INTERCONSULTA CARDIOLOGIA ***HOMBRE DE 85 AÑOS DE EDAD.** DX:1. RETENCIÓN URINARIA . HPB / CANCER VEJIGA ? * * MC: ESTA EN DOSQUEBRADAS HOSPITALIZADO HACE 4 DIAS TIENE RETENCION URINARIA DESDE ANTIER MANEJADA CON PUNSIONES SUPRAPUBICAS . AHORA EN LA NOCHE DECIDEN REMITIRLO POR HEMATURIA Y RETENCION DE ORINA - EN DOSQUEBRADAS UNA ECO REPORTE POSIBLE LESION NEOPLASICA DE VEJIGA LO QUE CONTRAINDICA LA CISTOSTOMIA. LE REMITEN PARA CISTOSCOPIA Y MANEJO-SE COLOCARA Sonda DE TRES VIAS PARA IRRIGACIONES . PDTE VALORE UROLOGO DE ESTE HOSPITAL . * * EXAMEN FISICO: TA 147/63 FC: 77 lpm. --- NO ANGINA NO DISNEA CLASE FUNCIONAL I/IV. * * ECO STRESS DOCUTAMINA 12/06/151. ECOCARDIOGRAMA STRESS CON DOBUTAMINA MAXIMO (90% de la FCME) POSITIVO PARA INDUCCION DE ISQUEMIA MIOCARDICA.2. ELECTRICAMENTE POSITIVO PARA INDUCCION DE ISQUEMIA.3. CLINICAMENTE NEGATIVO PARA INDUCCION DE ISQUEMIA. 4. VENTRÍCULO IZQUIERDO DE DIÁMETRO NORMAL, ESPESOR DE SUS PAREDES NORMAL, SIN EVIDENCIA DE TRASTORNOS DE CONTRACTILIDAD SEGMENTARIA EN REPOSO, FUNCIÓN SISTÓLICA CONSERVADA. FE: 55%. FUNCIÓN DIASTÓLICA CONSERVADA. VÁLVULA MITRAL DE CON INSUFICIENCIA TRIVIAL. VÁLVULA AÓRTICA CON INSUFICIENCIA LEVE. VÁLVULA TRICÚSPIDE CON INSUFICIENCIA LEVE, VENTRÍCULO DERECHO MODERADAMENTE

		DILATADO, DILATACIÓN BIAURICULAR CON HIPERTENSIÓN PULMONAR MODERADA. PERICARDIO NORMAL.* * POP DE CTT SIN COMPLICACIONES LOCALES O SISTEMICAS DE PROCEDIMIENTOHEMODINAMIA NO REPORTA LESIONES DE VASOS MAYORES SE CONFIRMA ENFERMEDAD MICROVASCULAR. * * ANALISIS: VALORACION POSTQUIRURGICA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD MICROVASCULAR POR CATETERISMO CARDÍACO, SIN ANGINA Y SIN DISNEA CON BUENA CLASE FUNCIONAL, YA LLEVADO A PROCEDIMIENTO PROSTATECTOMIA. * * PLAN: POST QUIRURGICO EXITOSO, ASINTOMATICO CARDIOVASCULAR POR LO CUAL SE DA DE ALTA POR CARDIOLOGIA CON CITA CONTROL EN 2 MESES POR CONSULTA EXTERNA CARDIOLOGIA * * CARVEDILOL 6.25 MG VO CADA 12 HORAS. * * ATORVASTATINA 40 MG VO CADA NOCHE. * * ASPIRINA TAB 100 MG VIA ORAL CON ALMUERZO.
26/06/2015 13:13 pm	Evolución-urología	DR DUQUE UROLOO AUTOPIRIZA EGRESO SE CONTINUA REPOSICIONDE POTASU IO CONTROL DE ELCTROLITOS MAÑANA SE FORMULA PARA A EL 27 06 1 5
28/06/2015 11:44 am	Evolución	SE AUTORIZA EGRESO CON SIGNOS DE ALAMRA ANALGESICOS, POTASIO ORAL COPNTROL POR C EXT DE UROLOGIA EL 7 DE JULIO , CONTROL Y RETIROD LA Sonda EN EN 5 DIAS EN LA UNIDAD LOCAL <u>EGRESO AUTORIZADO POR CARDIOLOGIA</u> CON CONTROL Y MANEJO POR C E XT DE CARDIOLOGIA EN 2 MESES
21/07/2015 10:30 am	Consulta Externa-Urología	se retira sondainica ciprofloxacina por 10 dias control 2 meses con urocultivo
19/08/2015 7:50 am	Consulta Externa-Cardiología	POP DE CTT NO REPORTA LESIONES DE VASOS MAYORES SE CONFIRMA ENFERMEDAD MICROVASCULAR. * * ANALISIS: VALORACION POSTQUIRURGICA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD MICROVASCULAR POR CATETERISMO CARDÍACO, SIN ANGINA Y SIN DISNEA CON BUENA CLASE FUNCIONAL, YA LLEVADO A PROCEDIMIENTO PROSTATECTOMIA. *. 12/06/2015ECOCARDIOGRAMA BASAL: Ventrículo izquierdo de diámetro normal, espesor de sus paredes normal, sin evidencia de trastornos de contractilidad segmentaria en reposo, función sistólica conservada. FE: 55%. Función diastólica conservada. Válvula mitral de con insuficiencia trivial. Válvula aórtica con insuficiencia leve. Válvula tricúspide con insuficiencia leve, Ventrículo derecho moderadamente dilatado, dilatación biauricular con hipertensión pulmonar moderada. Pericardio normal
22/10/2015 12:25 pm	Consulta Externa-Urología	Control
30/11/2015 9:40 am	Consulta Externa-Cardiología	Control + exámenes
19/10/2016 06:08 pm	Ingreso Urgencias remitido del H. Santa Mónica	DE ACUERDO A ACOMPAÑANTES EL PACIENTE PRESENTA MICCIONES ESCASAS. AL MOMENTO DEL INGRESO PACIENT REFIERE SENTIRSE EN BUENAS CONDICIONES. NIEGA DOLOR.
20/10/2016 4:42 pm	Exámenes solicitados	Se realizó ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD RADIOGRAFIA DE TORAX PA O AP LATERAL UROCULTIVO UROANALISIS
20/10/2016 01:06 am	Evolución	TURNO NOCHE, CAMILLA 31. PACIENTE EN EL MOMENTO SIN ACOMPAÑANTE, EN EVIDENTE DELIRIUM, SE TOMAN DATOS DE HISTORIA DE INGRESO- NO HAY HISTORIA CLINICA DE REMISION EN ACORDEON- REFIEREN DESDE HACE 1 SEMANA EPISODIOS DE DESORIENTACION. DESDE ANOCHE CUADRO DE RETENCION URINARIA, AL PARECER HAY MICCION MUY ESCASA. FUE LLEVADO A UNIODAD LOCAL DE SANTA MONICA DONDE INTENTARON REALIZAR CATETERISMO VESICAL EVACUANTE, SIN EXITO. ADEMAS TOMAN LABS QUE REPORTAN HEMOGRAMA CON LEUCOCITOSIS Y NEUTROFILIA (LEUCOS 17.500 – NEUTR 81.3% - LINF 6.7% - HB 2.7 G7DL – HCTO 29% - PQTS 359.000), AZOADOS ELEVADOS, CREATININA EN 2.25 MG/DL CON BUN DE 35 MG/DL (ULTIMO REPORTE QUE APORTAN ES DE SEPT DE 2015 CON CRETAININA EN 1.2 MG/DL). DECIDEN REMITIR COMO URGENCIA VITAL.TIENE ANTECEDENTE DE CARDIOPATIA ISQUEMICA, ULTIMA VALORACION POR CARDIOLOGIA ANOTA ENFERMEDAD MICROVASCULAR, SEGUN REPORTE DE CATETERISMO SIN COMPROMISO DE GRANDES VASOS. HAY ADEMAS ANTECEDNTE DE NEOPLASIA VESICAL MALIGNA, SOMETIDO A RESECCION TRANSURETRAL EN ESTA INSTITUCION EN JUNIO DEL AÑO PASADO, CON REPORTE DE PATOLOGIA DE CARCINOMA TRANSICIONAL PAPILAR GRADO I. HA VENIDO EN SEGUIMIENTO POR UROLOGIA,

			ULTIMO CONTROL EN ESTA INSTITUCION HACE 1 AÑO. REFIERE QUE HA CONTINUADO CONTROLES POR UROLOGIA EN CLINICA SAN RAFAEL. NO TRAEN HISTORIA CLINICA DE UROLOGIA, SIN EMBARGO LA HIJA REFIERE QUE SE ENCONTRO NUEVA LESION EN VEGJIGA, SE ENCUENTRA PENDIENTE NUEVA INTERVENCION QUIRURGICA.
20/10/2016 14:31 pm	Evolución		PACIENTE DE 86 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE CANCER DE VEJIGA (CARCINOMA TRANSICIONAL PAPILAR GRADO I NO INFILTRANTE) YA RESECADO QUIEN CURSA CON UNA RECAIDA TUMORAL CON EXTENSION REGIONAL PELVICA, HPB, DELIRIO, INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, ANEMIA DE ENFERMEDAD CRONICA, HIDRONEFROSIS GRADO III DERECHA Y GRADO I IZQUIERDA, CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA + ENFERMEDAD MICROVASCULAR. ESTABLE CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE, COMENTADO CON UROLOGO DR. DUQUE QUIEN SOLICITA UROTAC, PSA, VALORARA MAÑANA PARA DEFINIR CONDUCTA. SOLICITO ADICIONALMENTE TAC DE CRANEO SIMPLE PARA DESCARTAR EXTENSION A SNC.
21/10/2016 08:53 am	Evolución		FORMULAR SEDACION PARA TOMA DE TAC DE CRANEO SIMPLE Y UROTAC SIMPLE.
21/10/2016 13:32 pm	Evolución		PACIENTE DE 86 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE CANCER DE VEJIGA (CARCINOMA TRANSICIONAL PAPILAR GRADO I NO INFILTRANTE) YA RESECADO QUIEN CURSA CON UNA RECAIDA TUMORAL CON EXTENSION REGIONAL PELVICA, HPB, DELIRIO SUPERPUESTO A DEMENCIA, INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, ANEMIA DE ENFERMEDAD CRONICA, HIDRONEFROSIS GRADO III DERECHA Y GRADO I IZQUIERDA, CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA + ENFERMEDAD MICROVASCULAR. ESTABLE CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE, PENDIENTE DE UROCULTIVOY REVALORACION POR UROLOGIA PARA DEFINIR CONDUCTA. MAL PRONOSTICO SE INFORMA A LA FAMILIA. /// CONTINUAR MEDIDAS DE SEGURIDAD INTRAHOSPITALARIA, ASISTENCIA EN CAMA, CONTENSION FISICA, BARANDAS ELEVADAS, MOVILIZACION CON HORARIO, ACOMPAÑANTE PERMANENTE Y MEDIDAS ANTIDELIRIO.
23/10/2016 13:15 pm	Evolución		PACIENTE DE 86 AÑOS DE EDAD CON IDX: 1. CANCER DE VEJIGA (CARCINOMA TRANSICIONAL PAPILAR GRADO I NO INFILTRANTE) YA RESECADO CON RECAIDA TUMORAL CON EXTENSION REGIONAL PELVICA. 2. HPB. 3. DELIRIO. 4. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA. 5. ANEMIA DE ENFERMEDAD CRONICA. 5. HIDRONEFROSIS GRADO III DERECHA Y GRADO I IZQUIERDA. 8. CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA + ENFERMEDAD MICROVASCULAR. AL MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. QUE PRESENTA MASA EN HIPOGASTRIO DOLOROSA, DEBIDO A RECAIDA DE CA VEJIGA YA RESECADO CON EXTENSION A REGION PELVICA. SE ENCUENTRA PENDIENTE REVALORACION POR UROLOGIA PARA DEFINIR CONDUCTA. <u>MAL PRONOSTICO</u> SE INFORMA A LA FAMILIA
24/10/2016 5:10 pm	Exámenes Solicitados		Resultdos HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA
25/10/2016 08:35 am	Evolución Urología	–	PACIEITE CON ANTECEDENTE DE CA VESICAL CON MANEJO CON RTU HACE 1 AÑO SIN SEGUIMIENTO. PACIENTE ECON MASA PELVICA QUE OCUPA LA VEJIGA CASI EN EL 100% ASOCIADO A OIRC OBSTRUTIVA. SE ESPERA REALIZAR CISTOSCOPIA BAJO ANESTESIA
25/10/2016 11:48 am	Interconsulta con anestesiología		Solicitud de exámenes e información de preparatorios.
26/10/2016 2:20 pm	Exámenes Solicitados		Resultado exámenes Sodio Potasio Cloro Creatinina en suero Nitrogeno ureico HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA
26/10/2016 12:18 pm	Evolución Psiquiatría	–	paciente con sintomatología compatible con delirum mixto. se indica quetiapina 12.5mg cada noche
28/10/2016 09:21 am	Evolución Urología	–	Paciente con ca vesical con masa extensa intravesical. Creatinina en 2,4 sin asceso considerable, cursa con hipernatremia. Hemogtlobina estable. Se espera realizar cistoscopia hoy bajo anestesia.
29/10/2016 10:33 am	Evolución Urología	–	PACIENTE CNO CA VESICAL AVANZADO CON MASA VESICAL EXTENSA. PACIENTE CON IRC OBSTRUTIVA Y DETERIORO PROGRESIVO. SE TENIA PROGRAMADO PARA CISTOSCOPIA PARA EVALUAR TRIGONO Y CARATERISTICAS DE LA MASA. LA FAMILIA INICIALMENTE HABIA AUTORIZADO PROCEDIMIENTO, SIN EMBARGO EL DIA DE HOY NO AUTORIZAN. SE EXPLICA ESTADO

			ACTUAL DEL PACIETNE Y SE PROPONE SALIDA PARA MANEJO PALIATIVO. ELLOS ACEPTAN
02/11/2016 10:57 am	Evolución Urología	–	Paciente con ca vesical extenso sin hematuria. se espera realizacion de cistoscopia. la familia refiere que ahora esta de acuerdo con el procedimiento.
06/11/2016 09:36 am	Evolución Urología	–	Pendiente citoscopia
08/11/2016 10:32 am	Evolución Urología	–	Paciente con ca vesical extenso con historia de rtu sin seguimieto. Paciente con irc obstreutiva con evolucion inadecuada. Paciente en mal estado. Se habla con la familia se descarta indicacion de cistoscopia
08/11/2016 11:14 am			ALTA HOSPITALARIA PARA CONTINUAR MANEJO CON FINES PALIATIVOS EN CASA Y ACOMPAÑAMIENTO FAMILIA EN PROCESO DE MUERTE, SE ENTREGA FORMULA MEDICA, SE DAN RECOMENDACIONES, DADO QUE SE TRATA DE UN PACIENTE POSTRADO EN CAMA QUE NO SE MOVILIZA POR SUS PROPIOS MEDIOS SE SOLICITA TRASLADO EN AMBULANCIA BASICA AL DOMICILIO Y SE GENERA EN FISICO ORDEN DE PROCEDIMIENTO NO POS. PRONOSTICO OMINOSO.

- **Historia Clínica²⁶ atenciones médicas en la Clínica San Rafael, se puede extraer:**

Fecha de la atención	Tipo de atención	Motivo de consulta y diagnóstico
16/06/2015 12:19	Informe quirúrgico	Arteriografía coronaria
03/12/2015 07:13	Informe quirúrgico	CISTOSCOPIA TRANSURETRAL
03/12/2015	Recomendaciones	DX Principal C672 TUMOR MALIGNO DE LA PARED LATERAL: DE LA VEJIGA SS PT, PTT, HEMOGRAMA, GLICEMIA, CREATININA SS EKG, SS RADIOGRAFIA DE TORAX SS RTU DE PROSTATA (TUMOR INVASIVO) SS RTU DE TUMOR VESICAL SS VALORACION PREANESTESICA SS CONTROL CON REPORTES POR UROLOGIA
29/05/2016 11:28	Valoración por cardiología	PACIENTE CON AP DE CA DE TUMOR DE VEJIGA RECIBIO MANEJO QUIRURGICO EN SEP DE 2015, VIENE EN COMPANIA DEL NIETO, NO TRAEN HISTORIA CLINICA Y NO SABEN EL MOTIVO DE LA REMISIÓN. OBSERVACIONES: PACIENTE AL PARECER CON HISTORIA DE CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA, SIN HISTORIA CLINICA, SINTOMAS URINARIOS, SE SOLICITAN ESTUDIOS Y CONTROL CON RESULTADOS, SS HISTORIA CLINICA RECOMENDACIONES: CONTROL CON RESULTADOS E HISTORIA CLINICA LLEVAR PARCIAL DE ORINA AL UROLOGO SS ECOCARDIOGRAMA TT.
29/05/2016	Recomendaciones	DX Principal I255 CARDIOMIOPATIA: ISQUEMICA CONTROL CON RESULTADOS E HISTORIA CLINICA LLEVAR PARCIAL DE ORINA AL UROLOGO SS ECOCARDIOGRAMA TT.
04/06/2016 09:42	Valoración por urología	Motivo de Consulta: PACIENTE DE 86 AÑOS EN SEPTIEMBRE 2015 SE ENCONTRO TUMOR VESICAL DE GRAN VOLUMEN FUE INTERVENIDO EN SAN JORGE, NO TRAE PATOLOGIA, REFIRE HACE 15 DIAS ESTUVO SANGRADO, NO CONOCEMOS EVOLUCION POSTERIOR NO TIENE HISTORIA POSTQX, REFIER DA NAPROXENO. (...) OBSERVACIONES: PACIENTE DE 86 AÑOS EN SEPTIEMBRE 2015 SE ENCONTRO TUMOR VESICAL DE GRAN VOLUMEN FUE INTERVENIDO EN SAN JORGE, NO TRAE PATOLOGIA, REFIRE HACE 15 DIAS ESTUVO SANGRADO, NO CONOCEMOS EVOLUCION POSTERIOR NO TIENE HISTORIA POSTQX, REFIER DA NAPROXENO. RECOMENDACIONES: SS CREATININA

²⁶ Véase páginas 162 y siguientes del documento N° 3 del expediente digital y archivo N° 5 del expediente digital

			SS TOMOGRAFIA ABDOMINOPELVICA SIMPLE Y CONTRASTADA. SS CISTOSCOPIA(CONTROL CA VESICAL, RTU TUMOR VESICAL H SAN JORGE) CLINICA SAN RAFAEL, CITA POR UROLOGIA CON REPORTES,
15/06/2016 09:16	Valoración urología	por	Motivo de Consulta: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE RTU DE TUMOR D EVEJIGA Enfermedad Actual: PACIENTE ASISITE EL DIA DE HOY SIN CISTOSCOPIA NI TAC DE ABDOMEN (...) OBSERVACIONES: SE RENUEVAN ÓRDENES DE CISTOSCOPIA Y TAC DE ABDOMEN Y PELVOIS CONTRASTADO PARA PODER DEFINIR MANEJO. SE LE EXPLICA AL FAMILIAR QUE LOS PARACLINICOS SON IMPORTANTES PARA PODER DEFINIR LA CONDUCTA A FUTURO RECOMENDACIONES: 1. BUN - CREATININA 2. UROCULTIVO 3. CISTOSCOPIA 4. TAC DE ABDOMINO PELVICO CONTRASTADO 5. CITA CONTROL PRIORITARIA CON UROLOGIA CON RESULTADOS DE EXAMENES.
30/06/2016 08:47	Informe quirúrgico		CISTOSCOPIA TRANSURETRAL (...) HALLAZGOS, URETRA NORMAL PRÓSTATA, BILOBULAR OBSTRUCTIVA PARA DOS CAMPOS ENDOSCÓPICOS TUMOR DE PARED VESICAL DERECHA QUE OCUPA TODO EL TECHO Y CUELLO VESICOPROSTATICO VEJIGA TRABECULADA GRADO II CAPACIDAD VESICAL 500CC, TR PRÓSTATA PARA 30 GRAMOS OBSERVACIÓN, SE RECOMIENDA DEFINIR MANEJO QUIRURGICO VS RADIOTERAPIA SEGUN COOMORBILIDAD. SE DEJA ANTIBIOTICO PROFILACTICO CITA POR UROLOGÍA CON REPORTES
09/06/2016 08:52	Valoración urología	por	Motivo de Consulta: PACIETNE DE 86 AÑOS CON ANTECEDEEN DE CA VESICAL DESDE SEP DEL 2015 CON RESECCION ENDOSCOPICA EN HOSPITAL SAN JORGE EN SEP, ASISTEN A CONTROL <u>SE TOMA CISTOSCOPIA SE ENCUENTRA GRAN TUMOR VESICAL QUE OCUPA EL TECHO Y PARED LATERAL DERECHA, NO TRAEN PATOLOGIA SE REQUEIRE PARA ENVIAR A RADIOTERAPIA,</u> NO HA PRESENTADO SANGRADO SANGRADO COMPROMETE URETER DERECHO, SE ORDENO TOMOGRAFAI SIMPLE Y CONTRASTADA SU CREATININA DA EN 4 NO LO TOMAS, SE ORDENA UROTAC Y CONTROL CON PATOLOGIA PARA ENVIAR A RADIOTERAPIA, SI NO HAY PATOLOGIA SE DEBERA REALIZAR NUEVA RESCCION ENDOCOPICA, NO CANDIDATO QX A CISTOTROSTATECTOMIA POR COOMORBILIDAD. (...) OBSERVACIONES: PACIENTE DE 86 AÑOS CON ANTECEDEEN DE CA VESICAL DESDE SEP DEL 2015 CON RESECCION ENDOSCOPICA EN HOSPITAL SANJORGE EN SEP, ASISTEN A CONTROL SE TOMA CISTOSCOPIA SE ENCUENTRA GRAN TUMR VESICAL QUE OCUPA EL TECHO Y PARED LATERAL DERECHA, NO TRAEN PATOLOGIA SE REQUEIRE PARA ENVIAR A RADIOTERAPIA, NO HA PRESENTADO SANGRADO COMPROMETE URETER DERECHO, SE ORDENO TOMOGRAFAI SIMPLE Y CONTRASTADA SU CREATININA DA EN 4 NO LO TOMAS, SE ORDENA UROTAC Y CONTROL CON PATOLOGIA PARA ENVIAR A RADIOTERAPIA, SI NO HAY PATOLOGIA SE DEBERA REALIZAR NUEVA RESCCION ENDOCOPICA, NO CANDIDATO QX A CISTOTROSTATECTOMIA POR COOMORBILIDAD. SS PREQX. RECOMENDACIONES: SS PT, PTT HEMOGRAMA, GLICEMIA, CREATININA EKG. RX TORAX. SS UROTAC TRER PATOLOGIA DE RTU TUMOR VESICAL PREVIA. CITA POR UROLOGIA CON REPORTES
13/06/2016 09:30	Valoración urología	por	HAY NUEVO CRECIMIENTO QUE COMPROMETRE MEATO DERECHO UROTAC HIDRONEFROSIS DERECHA SEVERA - SE CONSIDERA LLEVAR A NUEVA RTUV PROFUNDA Y SEGUN PATOLGIA VALORAR RT. SE INFORMA FAMILIARES Y PACIENTRE ACEPTAN RTUV. INFORMADO RIESGOS COMO SANGRADO SEPSIS RETENCION URINARIA PERFORACION VESICAL RECIBEN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LECTURA Y FIRMAS.

28/09/2016 10:08	Valoración preanestésica	PACIENTE CON SINDR ANEMICO. SE INDICA CONTINUAR SULFATO FERROSO. PENDIENTE REVALORAR CON EKG, SI ES NORMAL SE PUEDE PROGRAMAR RECOMENDACIONES: PROGRAMAR CIRUGÍA. SE EXPLICAN RIESGOS ANESTESICOS. INDICACION DE AYUNO 8 HORAS PREOPERATORIO. PROFILAXIS ANTIBIOTICA. RESERVA DE 2 U CG.
---------------------	--------------------------	--

4.2. Testimoniales

4.2.1. Celebración de audiencia de pruebas el 16 de febrero de 2021²⁷:

- Testimonios decretados a instancia de la parte demandante y la demandada, ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira:

Médico General David Ocampo Arenas:

“... Yo soy médico general de la Universidad de Caldas.... Soy médico asistente de unidad de cuidados intensivos en Pereira y en la ciudad de Tuluá. En Pereira, en la clínica pinares médica, en la UCI de dummián Medical y en Tuluá la clínica Mariángel... **PREGUNTA:** ¿Doctor, usted ha elaborado en alguna de las instituciones que se encuentra hoy demandadas, es decir, Hospital Universitario San Jorge o el Hospital Santa Mónica y Socimedicos **RESPONDE:** Sí, señor, yo trabajé en el Hospital Universitario, desde el 2013 al 2017... **PREGUNTA:** usted ha sido llamado como testigo para que rinda su declaración en un proceso que cursa en este juzgado con motivo de la demanda presentada por la señora Luz Stela Hernández García y otros en contra del Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, la EPS Cafésalud, ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, la ESE Hospital San Jorge de Pereira y Socimédicos SAS por la presunta falla en la atención brindada al señor Pablo Claver Hernández. Sírvase hacer un relato de lo que le conste al respecto de los hechos a los que acabo de hacer alusión. **RESPONDE:** Pues lo que me consta es lo que está consignado en la historia clínica. Se trata de un paciente de 85 años de edad, anciano, quien tiene un primer ingreso al servicio de urgencias del Hospital Universitario San Jorge por hematuria, es decir, por sangrado por la vía Urinaria, se le diagnostica una masa a nivel de la vejiga, quien en una primera tomografía se demuestra que tiene, al parecer, un tumor maligno de la vejiga que compromete no solamente dicho órgano, sino que también tiene compromiso de otros órganos a nivel pélvico y de los ganglios linfáticos a nivel pélvico, por lo que es valorado por el urólogo de la institución, quien inicialmente lo hospitaliza, se le da tratamiento antibiótico porque además tenía una infección urinaria asociada, se le realiza posteriormente una cistoscopia, donde se identifica el tumor, se le toma biopsia a ese tumor y se reseca la masa, el paciente pues duró un tiempo hospitalizad, posteriormente, es dado de alta con indicación de continuar radioterapia, de acuerdo pues a los resultados de la biopsia; el paciente después de varios meses reingresa a los servicios de urgencias del Hospital Universitario San Jorge, donde lo atendí, reingresa igualmente por hematuria, es decir, por sangrado vesical, **se nota, pues, que el paciente no siguió las recomendaciones de asistir a los, a las consultas de control con los resultados de las biopsias para seguir haciendo pues el tratamiento y el seguimiento necesario, no había asistido, pues a las sesiones de radioterapia que se le habían indicado, ni al seguimiento oncológico necesario, pues en este caso.** Y reingresa al Hospital San Jorge nuevamente por hematuria y se documenta que ha aparecido nuevamente el tumor en la vejiga, con el compromiso, de órganos adyacentes y de los ganglios linfáticos adyacentes, nuevamente es valorado por el Urólogo, quien indica pues que es una masa,

²⁷ Documentos 43, 44 y 45 expediente digital SAMAI

un tumor maligno, pues por la forma en la que se comporta de reaparecer y de comprometer otros órganos, el pronóstico es muy malo, además por la edad del paciente y porque no tiene una reserva funcional adecuada. El urólogo determina inicialmente realizar nuevamente una cistoscopia, porque además el paciente tenía asociado ya una falla de los riñones, una falla que nosotros consideramos es postrenal, eso quiere decir que la masa está obstruyendo la salida de la orina desde los riñones, el fin de la segunda cistoscopia era probablemente corroborar el diagnóstico, en caso pues de ser posible, nuevamente resecar la masa para liberar esa obstrucción que estaban sufriendo los uréteres y los riñones que le estaban produciendo la falla renal. **Inicialmente, la familia no acepta que al paciente se le haga una nueva intervención**, de todas formas, era una intervención más con fines de tipo paliativo, es decir, no era ninguno de estos tratamientos iba a lograr curar la enfermedad como tal, sino que, al contrario, pues lo que se buscaba era mejorar la calidad de vida y prolongar un poco la cantidad de vida que iba a tener el señor. **La familia inicialmente no acepta, posteriormente ellos definen en un segundo tiempo aceptar la intervención, pero el paciente es revalorado por el Urólogo, por el especialista, quien indica que, por la edad avanzada del paciente, por el mal pronóstico, porque el paciente tiene una sobrevida muy, muy escasa no se beneficia como tal de esa intervención de esa cistoscopia y entonces se decide derivar al paciente a cuidados paliativos, con el fin de que el paciente tenga, pues no tenga dolor, no tenga sangrado, no tenga asfixia, ya digamos en su etapa final de vida, sí, porque como tal ya se consideraba que no había un tratamiento curativo como tal para el paciente.** **PREGUNTA:** sírvase explicarle al despacho en qué consiste el procedimiento de cistoscopia. **RESPONDE:** OK, pues yo no soy urólogo, yo soy médico general, pero pues obviamente pues tengo conocimientos en el procedimiento, la cistoscopia es un procedimiento que, como su nombre lo dice, es endoscópico, en el cual, se introduce una cámara por el meato uretral, es decir, pues en este caso por el pene hacia la vejiga, con el fin de hacer un examen interno de la vejiga, visualizar internamente la vejiga, en búsqueda de lesiones y si es posible realizar toma de biopsias o resecar tumores o masas que estén dentro de la vejiga. **PREGUNTA:** ese procedimiento fue realizado de manera oportuna o hubo alguna demora **RESPONDE:** **El primer procedimiento en mi concepto es realizado de manera oportuna, en el primer procedimiento es donde se le hace el diagnóstico al paciente del cáncer vesical, el cáncer de la vejiga y ahí se le toma la biopsia;** sin embargo, pues ya corresponde, pues digamos, una vez hecho este procedimiento ya corresponde pues al paciente y a los familiares del paciente seguir haciendo las consultas de control con los resultados de las biopsias para definir las conductas adicionales, la quimioterapia, radioterapia o cirugía, pero pues como se anotan la historia clínica, **el paciente no tuvo ese seguimiento adecuado porque pues realmente no, no tengo seguridad de cuáles fueron las razones pero si no tuvo un seguimiento adecuado, no asistió a esas citas de control con los resultados de las biopsias para determinar, pues, tratamientos adicionales, pero considero que esa primer cistoscopia fue realizada de manera oportuna,** sí, de todas formas, pues al principio, también como está anotado en la historia clínica, el paciente tiene además una infección de vías urinarias lo que digamos puede retrasar un poco la realización de la primer cistoscopia, porque no es prudente hacer una cistoscopia a un paciente que tiene la vía urinaria infectada, es necesario primero tratar la infección con antibióticos, lograr erradicar esas bacterias y que la vía urinaria esté estéril, es decir, sin presencia de bacterias, para poder realizar la cistoscopia, dado que si se realiza una cistoscopia en un paciente que tiene una infección urinaria activa, esto podría desencadenar un síndrome que nosotros llamamos Bacteriemia, básicamente es una respuesta inflamatoria sistémica donde se produce inmediatamente escalofrío, fiebre, taquicardia, hipotensión y que inclusive puede comprometer la vida del paciente, lo puede inestabilizar hasta el punto de comprometerle su vida. Por eso, como se anota en la historia clínica, es necesario, primero se toma, se tomaron unos cultivos, se documentó una infección urinaria y se le dio manejo antibiótico al paciente antes de poderle realizar la cistoscopia. **PREGUNTA:** ¿Doctor, usted indica que el paciente

no asistió a los controles, eso implica que no tuvo adherencia al tratamiento prescrito? **RESPONDE:** Es correcto, pues no se anota, no se ve en la historia clínica que el paciente o pues los familiares lo hayan llevado a los controles con urología o con oncología, con los resultados de las biopsias para precisamente para definir que otro tipo de tratamiento se le podría brindar, como podría ser el caso de quimioterapia o radioterapia, o inclusive, pues una cirugía, solamente el paciente, pues según lo que se anota en la historia, de la historia que yo pude revisar, qué fue la historia de del Hospital San Jorge, solamente el paciente reconsulta es por una complicación, es porque nuevamente presenta hematuria y dolor, no porque haya sido algo encontrado alguna alteración durante una consulta programada. **PREGUNTA:** ¿Doctor, usted nos puede indicar cuánto tiempo transcurrió entre la cistoscopia y la reconsulta a la que se le hace alusión? **RESPONDE:** Sí, señor, **pues el primer ingreso del paciente se da en la fecha 05 de junio del 2015 a las once de la noche, que es cuando es el primer ingreso cuando es remitido de Dosquebradas hacia el Hospital Universitario San Jorge, el paciente, pues, tiene una hospitalización prolongada, y pues que es donde se hace el primer procedimiento endoscópico y se hace y se toma la biopsia y posteriormente se le da egreso, y el paciente reingresa**, si me permite un momento porque tengo que revisar la historia clínica, no tengo la fecha como tal presente, sí, **OK el segundo ingreso está anotado el 19 de octubre del 2016**, eso son cuatro meses después. **PREGUNTA:** Doctor, conforme a su experiencia y sus conocimientos, el control al que debía haber asistido en cuánto tiempo más o menos se debía haber programado o solicitado **RESPONDE:** Claro que sí, un resultado de una biopsia, en promedio en con todos los problemas que existen en el sistema de salud, pero en promedio no debe demorarse más de 15 días el resultado de la de la patología del primer tumor vesical, eso quiere decir que el paciente en 3 semanas, máximo un mes, debería tener el primer control llevar el resultado de la patología de la biopsia al urólogo o al oncólogo, o al especialista que lo esté tratando para definir esas conductas adicionales. **PREGUNTA:** ¿Y quién sería el responsable de hacer ese trámite, de solicitar la cita, de llevar esos esos resultados? **RESPONDE:** El mismo paciente, pues en este caso pues uno entiende como es una persona anciana, los acudientes, los familiares deberían ser quienes deban ir al laboratorio de patología a reclamar el resultado de la biopsia y, una vez lo tengan con los exámenes de control, pedir la cita y asistir a la cita con el especialista para llevar esos resultados y definir esas conductas adicionales.

Inicia interrogatorio la apoderada de la parte demandante

PREGUNTA: Usted nos informa que tiene la historia clínica del Hospital San Jorge a mano ¿Sí?, de acuerdo con eso, doctor, y debido a que hizo una lectura detallada de la historia clínica, sírvanse informarle al despacho, sí de acuerdo a la historia clínica, ¿cuándo fue el egreso del señor Pablo en el año 2015, cuando le dieron salida después del primer procedimiento?

RESPONDE: Claro que sí, deme un segundo por favor, **el egreso está registrado el 28 de junio de 2015, de egreso de la primera hospitalización**

PREGUNTA: De acuerdo a esa historia clínica que usted tiene a su campo de visión ¿Cuáles fueron las recomendaciones dadas por el especialista en urología?

RESPONDE: Se autoriza egreso con signos de alarma, se le dan manejo analgésico, le indican potasio oral, control por consulta externa de Urología el 07 de julio, control y retiro de sonda en 5 días en la unidad local. Egreso también autorizado por cardiología con control y manejo por consulta externa por cardiología en dos meses, se le formula acetaminofén, ácido acetyl salicílico, la atorvastatina, espirolactona y gluconato de potasio.

PREGUNTA: ¿con qué diagnóstico fue egresado el señor Pablo?

RESPONDE: Pues tenía varios diagnósticos, un postoperatorio de una restricción transuretral de próstata con una recepción de una masa vesical, también tenía una hipocalemia, pues que es un nivel de potasio bajo en sangre, entiendo que al paciente también se le había encontrado también una cardiopatía isquémica, pues un problema cardíaco asociado, esos son a grandes rasgos los diagnósticos

PREGUNTA: hay una nota del 21 de julio de 2015 posterior al egreso, que atención fue la recibida ese día

RESPONDE: Una atención por consulta externa por urología donde se le indica retirar la sonda vesical y se le indica control antibiótico, manejo antibiótico, toma de urocultivo y control en dos

meses con el resultado de ese urocultivo un control por urología. **PREGUNTA:** ¿usted me puede informar que dice ahí en enfermedad general? **RESPONDE:** Pop, restricción transuretral de tumor de vejiga paciente con fiebre, patología de próstata, sin atipia, vejiga, carcinoma. **PREGUNTA:** Doctor, ¿qué significa la palabra carcinoma? **RESPONDE:** Quiere decir tumor maligno, oma es un es un sufijo que quiere decir maligno, cáncer maligno. **PREGUNTA:** de acuerdo con eso, entonces, para esa fecha el señor ya había llevado la patología o el resultado de la patología. **RESPONDE:** Según esto, pues ese sería el resultado de la patología. Realmente, pues esa es la atención que le brinda el urólogo por la consulta externa, yo no soy el urólogo. Pero según esto, ese sería el resultado de la patología y el paciente, pues adicional continúa con signos de infección, por lo que se le indica tratamiento antibiótico. **PREGUNTA:** de acuerdo a esa historia clínica que usted tiene ahí porque es historia clínica, yo entiendo que no es un urólogo, las otras preguntas serán para el doctor Duque, ¿hay alguna remisión a otro especialista en esa atención? **RESPONDE:** En esa inicial, en esas es una remisión a él mismo, lo que pasa es que como encuentra infección, le da antibiótico y le pide control nuevamente con él con un urocultivo, o sea, con un nuevo cultivo de orina, por lo que se entiende que si el paciente está infectado, pues no se le pueden hacer nuevamente procedimientos, yo ya lo había explicado, por ese riesgo de complicaciones, entonces por eso se le indica antibiótico y control nuevamente con un logo cultivo, la idea es cuando el urocultivo esté negativo, o sea el urocultivo muestre que no hay bacterias, que la orina está estéril, sería prudente entonces programarlo para un nuevo procedimiento, pero mientras el paciente esté con fiebre esté con signos de infección, no es prudente realizar procedimientos y obviamente, mucho menos, una quimioterapia, una radioterapia, porque son procedimientos que debilitan al paciente, entonces, podría esa infección empeorar mucho más. **PREGUNTA:** Entendido doctor, pero de acuerdo entonces a lo usted revisado por la historia clínica, es decir, lo que se escribió al egreso del paciente, que generalmente se dice, pues los medicamentos a tomar, cuál es el las indicaciones que debe tener el paciente y demás, y más la nota que acaba usted de leer. ¿En algún momento se le envió al paciente o se le se le informó al paciente que tenía que tomar radioterapia, quimioterapia o pedir cita con oncología? **RESPONDE:** Hasta ese momento, no, es posteriormente cuando el paciente tiene una segunda hospitalización que se envía a cuidados paliativos. Dentro de los cuidados paliativos hay mucho, pues digamos, es un es otro campo grande de la medicina que también incluye, inclusive quimioterapia paliativa, radioterapia paliativa, analgesia, o sea, digamos, los cuadros paliativos incluyen muchas cosas que podrían incluir radioterapia **PREGUNTA:** Listo, doctor, de acuerdo a esa misma historia clínica que usted tiene visualizada, por favor, puede mirar la atención del 22 de octubre del 2015 **RESPONDE:** Claro que sí, pero permítame un momento, por favor. **PREGUNTA:** ¿Me puede informar qué tipo de atención fue esa? **RESPONDE:** Consulta externa. **PREGUNTA:** ¿Con quién? **RESPONDE:** Urología, Carlos Eduardo Duque. **PREGUNTA:** O sea, el señor fue a un segundo control y que se encontró en ese segundo control, de acuerdo a la historia clínica doctor **RESPONDE:** es un paciente que está en un postoperatorio de una recepción transuretral de un tumor vesical con una patología que muestra un CA. En este momento el paciente no tiene hematuria, tiene un chorro adecuado y está con nicturia. El urólogo le indica manejo farmacológico para la nicturia eso quiere decir, pues como para que el paciente no oriné tanto en la noche y le indica una cistoscopia de control y le pide una cita de control, al parecer con urología también. **PREGUNTA:** Listo, doctor entonces, aun teniendo confirmado el tema el cáncer no hay remisión a oncología. **RESPONDE:** De acuerdo a esa nota médica, realmente ahí tendría que, pues digamos en la historia de San Jorge había que ir a otra parte de la historia que no aparece registrada acá, que es la que dice a qué especialista se le remitió, pero pues según lo que aparece en ese folio, dice consulta de control por urología.

Interroga nuevamente el Juez

PREGUNTA: Doctor David, yo tengo una inquietud, usted en algún momento decía que los familiares no aceptaron o no autorizaban un examen, eso creo que fue ya en la segunda consulta en la reconsulta ¿ese examen cuál era? ¿la cistoscopia también? **RESPONDE:** Sí, la segunda

cistoscopia que le programa al urólogo, inicialmente ellos firman un desistimiento indicando que no aceptan que se le haga al paciente la cistoscopia. **PREGUNTA:** ¿Y ese desistimiento inicial causó alguna demora que pudiera afectar al paciente o ya fue o ya era una etapa irrelevante? **RESPONDE:** Pues digamos que desde la primera cistoscopia donde se hace el primer diagnóstico, de que el paciente tiene un tumor maligno de la vejiga y la primera tomografía que muestra que el paciente no solamente tiene compromiso de la vejiga, sino que hay compromiso de otros órganos, de la pelvis y de los ganglios linfáticos, y, además, la evolución del paciente, o sea, el paciente en la primera hospitalización, el urólogo le reseca la masa, y le sigue haciendo seguimiento por consulta externa, pero en cuatro meses el paciente reingresa nuevamente con una gran masa vesical y nuevamente con lesiones en los ganglios linfáticos. Eso habla de la malignidad, o sea de la malignidad del tumor, y de su agresividad, entonces, un paciente con una edad avanzada, con un tumor maligno que cuando se diagnostica ya está en un estadio muy avanzado, eso habla que el pronóstico no es bueno, **que el tumor pues crece muy rápido, es muy invasivo, y que realmente pues reseca la masa no va a ayudar mucho y que el paciente probablemente necesite, sobre todo, pues radioterapia más con fines paliativos, como con el fin de disminuir la velocidad de invasión de ese tumor, pero realmente no con fines curativos, realmente ya un tumor que cuando se diagnostica ya está tan avanzado, lastimosamente, la medicina en este momento no está en capacidad de curarle, está en capacidad de tratarle de disminuir la progresión de la enfermedad**, digamos ralentizarla, para que no avance tan rápido, pero no hay nada que la medicina le pueda ofrecer al paciente que vaya a generar remisión o curación completa de la enfermedad. La segunda cistoscopia era para nuevamente, pues verificar el estado de la vejiga, probablemente quitar un poco ese tumor para liberar la presión de los uréteres y permitir que la función renal del paciente mejorara un poco, pero pues la familia inicialmente no la acepta, eso pues digamos, retrasó unos días el manejo del paciente, cuando la familia la acepta, ya digamos el urólogo reevalúa el caso, reevalúa al paciente y se define, pues definitivamente no se beneficia de nuevas intervenciones quirúrgicas, sino que se beneficia, es de un manejo con fines paliativos. Por eso se remite a cuidados paliativos de su EPS.

Repregunta la apoderada de la parte demandante

PREGUNTA: doctor David, usted recuerda cuanto tiempo transcurrió entre la fecha de la reconsulta y la fecha en que se presentó el desistimiento de realizar la cistoscopia **RESPONDE:** Bueno, realmente yo no recuerdo, tendría que comparar las fechas en la historia clínica.

Continúa interrogando el Juez

PREGUNTA: ¿Recuerda usted las razones? **RESPONDE:** Realmente no lo tengo claro, al parecer, lo que recuerdo es que precisamente como el paciente pues no tenía buen pronóstico, la familia no quería, pues digamos, someter al paciente a procedimientos que podrían ser dolorosos si estos procedimientos no llevaban a una curación de la enfermedad.

PREGUNTA: esos límites temporales se encuentran en la historia clínica

RESPONDE: Correcto, están en la historia clínica, pues cada folio de la historia clínica tiene una fecha, y ahí se podría ver cuando el paciente ingresó, en qué fecha se hace la anotación de que el urólogo pide la segunda cistoscopia y cuando está la anotación en la historia de que la familia no autoriza a que al paciente se le haga la segunda cistoscopia.

PREGUNTA: Doctor y las razones del desistimiento constan en la historia clínica.

RESPONDE: Pues señor Juez me remitiría al folio, a la historia clínica para leerle textualmente.

PREGUNTA: ¿Usted conoce esos formatos, se les diligencia estableciendo las razones? **RESPONDE:** Pues digamos, los formatos de desistimiento tienen un espacio en blanco para que la familia consigne si quiere o no o de que el paciente consigne si quiere o no, por qué desiste del procedimiento, pero digamos eso no lo tienen que diligenciar obligatoriamente, simplemente que con que aparezca la identificación, el nombre del procedimiento y la firma donde dice que el paciente o la el familiar no acepta que se le haga el procedimiento ya con eso es suficiente para que ese documento sea válido, no tiene que llevar explícitamente la razón del desistimiento...”

Médico Urólogo Carlos Eduardo Duque Montealegre:

“... Médico urólogo de la Clínica los Rosales...trabaje en el Hospital San Jorge hasta hace un mes más o menos... **PREGUNTA:** usted ha sido llamado como testigo para que rinda su declaración en un proceso que cursa en este juzgado con motivo de la demanda presentada por la señora Luz Stela Hernández García y otros en contra del Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, la EPS Cafésalud, ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, la ESE Hospital San Jorge de Pereira y Socimédicos SAS por la presunta falla en la atención brindada al señor Pablo Claver Hernández. Sírvase hacer un relato de lo que le conste al respecto de los hechos a los que acabo de hacer alusión. **RESPONDE:** es un paciente de 85 años al momento de la atención, es un paciente que consultó, según la historia clínica, al Hospital Santa Mónica, por una hematuria y documentan una masa por ecografía, al paciente lo remiten al Hospital San Jorge, en el Hospital San Jorge se le hace la atención de urgencias, con una interconsulta, lo atendí yo, se le pidió inmediatamente una tomografía de abdomen y pelvis con contraste, en esta tomografía se documentó una masa a nivel de la vejiga con compromisos de ganglios linfáticos paravesicales, o sea, alrededor de la vejiga; este paciente cuando se le documenta una masa en la vejiga, este paciente se le da la indicación de hacer una biopsia, o en este caso, se procedió a hacer una recesión transuretral por el tamaño de la masa y por el sangrado urinario que estaba presentando en ese momento, el paciente se valora por medicina interna, lo valora cardiología, era un paciente de alto riesgo de enfermedad coronaria con antecedente de un evento cardiovascular previo, según tengo entendido, el paciente lo valoran, autorizan procedimiento quirúrgico, se realiza el procedimiento quirúrgico, se realiza una resección completa de la masa a nivel de vejiga, el postoperatorio del paciente fue adecuado, tuvo una evolución adecuada, en el postoperatorio se encontró que no tenía hematuria, se siguieron controles del paciente, en los controles se documentó que tenía la patología compatible con un CA vesical y se le indicó a los familiares que el paciente debía seguir en ese momento en controles, hubo una atención en octubre que el paciente consulta y la familia refiere que el paciente estaba asintomático, sin nuevos episodios de hematuria, eso fue en octubre y se solicitó una cistoscopia de control. **El tumor de vejiga después de que se opera cuando el paciente esta asintomático, así tenga el diagnostico positivo, el paciente se continua en observación y se deben hacer cistoscopias periódicas, cada tres meses, al paciente se le indicó cistoscopia en octubre** y hasta ahí tengo la última atención por el Hospital San Jorge de ese paciente **PREGUNTA:** usted indica que se hicieron controles al paciente, cuales controles **RESPONDE:** él estuvo en consulta de urología en octubre, en la consulta el paciente refería que estaba sin sangrado, o sea, sin hematuria, por lo cual se solicitó la cistoscopia de control, ahí ya habían pasado cuatro meses del postoperatorio, la idea es que siempre al tercer o cuarto mes se hace cistoscopia para evaluar en que condición se encuentra el tumor y si hay recidiva. El tumor de vejiga es un tumor que tiene una alta tasa de recidiva intravesical, que puede ser en el mismo sitio donde se operó o puede ser en otros lugares dentro de la misma vejiga, por eso es importante el seguimiento con cistoscopia, al paciente se le indicó su cistoscopia al tercer o cuarto mes de operado y hasta ahí supe. **PREGUNTA:** después de la cirugía usted dice que transcurrieron 3 o 4 meses de la cita, durante ese tiempo tenía que hacerse algún tipo de control **RESPONDE:** no señor, solamente control y cistoscopia como lo estoy refiriendo nuevamente, cistoscopia cada tres meses y en esa cistoscopia uno evidencia si hay recidiva tumoral, si vuelve haber recidiva del tumor, ya sea local en el mismo punto donde se operó o en alguna parte de la vejiga, el paciente ya entra en un plan de nueva resección o de radioterapia según los hallazgos de la cistoscopia de control **PREGUNTA:** el primer procedimiento que usted le realizó fue la extirpación del tumor **RESPONDE:** exacto, se hizo una resección transuretral de una lesión que se encontró en la pared lateral de la vejiga **PREGUNTA:** tratándose de tumor o carcinoma, el especialista en la materia en este caso es el urólogo o debe remitirse a un oncólogo **RESPONDE:** no, el tumor de vejiga es un tumor que según la infiltración que tenga así mismo va a ser el manejo del paciente, este paciente obviamente tenía un tumor

incompatible con un carcinoma escamo celular o un carcinoma urotelial, o sea era un tumor típico de la vejiga, esos tumores inicialmente los maneja el urólogo, PREGUNTA: ¿Cuándo se envía el paciente al oncólogo? **CONTESTA:** Cuando el tumor se reseca, se hace la resección intravesical se saca del espécimen, lo ve el patólogo, el patólogo dice “listo es un tumor compatible” el paciente debe hacerse un seguimiento como le digo nuevamente por urología específicamente con cistoscopia, primero, la cistoscopia les va a mostrar si hay recidiva o no del tumor, si no hay recidiva se sigue cada 3 meses con cistoscopia, lo que está recomendado en las guías americanas de oncología urológica es hasta los dos primeros años se puede hacer cistoscopia cada 3 meses, para evaluar si el tumor tiene o no tiene recidiva local; que otros puntos nos dan el plan de manejo con el paciente, si el paciente viene presentando hematuria, entonces la cistoscopia no puede esperarse 3 meses, entonces toca hacerla inmediatamente por que hay una recidiva que está ocasionando un sangrado. **Sí encuentra la recidiva toca hacer una resección transuretral en ese caso, o, se puede mandar al oncólogo para que indiquen radioterapia. ¿Cuándo le hacen la radioterapia?** Cuando, primero, es un tumor que tiene recidiva, segundo, cuando es un tumor que infiltra la pared o el musculo de la vejiga y tercero, un paciente que es mayor de 73 años, entonces, en el caso de él, pero ojo, si tiene recidiva tumoral, si no tiene recidiva no hay necesidad de hacerle ningún tipo de procedimiento ni quimioterapia ni radioterapia, solamente seguimiento con cistoscopia **PREGUNTA:** doctor en este caso se hizo el procedimiento de cistoscopia para el seguimiento **RESPONDE:** yo la ordene en octubre, esta una orden mía que dice “se solicita cistoscopia”, y de ahí yo no supe que más paso con el paciente, según tengo entendido, él después ya consultó directamente con la clínica San Rafael, pero es el reporte que tengo yo como urólogo de San Jorge, solamente la última atención que tuve fue esa consulta en la cual se le pidió la cistoscopia. **PREGUNTA:** ¿de quién dependía la realización de esa cistoscopia?, ¿quién debía gestionarla o tramitarla? **RESPONDE:** El familiar, el familiar, debería llevar sus documentos a la EPS y la EPS, le tendría que asignar el lugar en el cual le iban a hacer su cistoscopia y ya el urólogo que la realizara, el enviaría al paciente a consulta nuevamente con el resultado de la cistoscopia y ya en esa nosotros tendríamos que tomar ya la decisión, según los hallazgos de la cistoscopia de control. **PREGUNTA:** Doctor en este caso, se ordenaron cuidados paliativos por parte del San Jorge. **RESPONDE:** En ese momento, no, nos estamos refiriéndonos al postoperatorio inmediato temprano del 2015, en ese momento, pues el paciente no tendría indicación de cuidado paliativo porque apenas se tenía un caso de un tumor vesical que estaba apenas en seguimiento y podría revisarse la primera cistoscopia postquirúrgica. **PREGUNTA:** y posteriormente se ordenó cuidado paliativo. **RESPONDE:** después de eso, o sea, yo paro en ese punto, el paciente reconsultó a urgencias en el 2016 por una hematuria, según tengo entendido, el paciente ya había estado siendo manejado por urología en San Rafael, cuando el paciente regresó al Hospital San Jorge, en ese momento, el paciente tenía, llegó con hematuria, estaba con la insuficiencia renal y una masa que se describía que ocupaba casi el 90% de la luz intravesical. Ese paciente, como le digo, desconozco si le hicieron cistoscopia o no se hizo cistoscopia, ese paciente ya llega después del año del postoperatorio, como le digo, no sé exactamente si fue o no fue a la cistoscopia en algún momento la otra institución, ese paciente ya el panorama es muy diferente, aunque es un paciente igualmente añoso, un paciente con insuficiencia renal con una masa bastante grande, como anoté previamente el tumor de vejiga es un tumor que hace recidiva, sea persona joven, sea persona vieja, sea que se haya operado completamente o parcialmente, como algunos tumores, ese tumor es un tumor que hace recidiva, eso es lo importante del seguimiento del paciente. **En ese momento ya era un paciente con otras condiciones muy diferentes. Un paciente con hidronefrosis bilateral ya tenía insuficiencia renal.** La idea en algún momento se le pidió la cistoscopia ya cuando estuvo en urgencias, en la atención previa a fallecer, se le había pedido una cistoscopia para valorar en ese momento cómo estaba el tumor y segundo para, obviamente, determinar, cómo estaba

el triángulo y si había alguna posibilidad de pronto de exploración y colocar unos catéteres para mejorar la insuficiencia renal. **PREGUNTA:** Doctor, el tumor extraído inicialmente debió ser remitido a patología **RESPONDE:** Claro, todo espécimen quirúrgico se envía patología. **PREGUNTA:** ¿Y estos resultados daban pie a qué, a algún control con urología o qué debía hacerse? **RESPONDE:** Exacto, el control siempre, o sea, el paciente debería o debió seguir obviamente un control postquirúrgico como se le realizó, como le anoto nuevamente, el paciente toca hacer un seguimiento siempre, lo más importante es interrogar la presencia de sangrado en la orina y ya con eso se define si es candidato a algún procedimiento en ese momento de urgencia o simplemente hacer los controles con las cistoscopias cada 3 meses. **PREGUNTA:** Doctor, es decir, que el paciente acudió al control, creo que es del mes de octubre que usted indicaba con los resultados de patología. **RESPONDE:** Exactamente y se indicó la cistoscopia de control.

Inicia interrogatorio la apoderada de la parte demandante

PREGUNTA: Sírvanos explicar en qué consiste una hiperplasia de la próstata. **RESPONDE:** hiperplasia prostática, es un crecimiento del tejido prostático que se da por las hormonas masculinas, en este caso la testosterona, y hace un crecimiento progresivo a lo largo de los años, en cualquier hombre, o sea, cualquier hombre va a desarrollar hiperplasia prostática a través de los años y la hiperplasia es un crecimiento prostático **PREGUNTA:** cuáles son los síntomas de esa patología **RESPONDE:** Chorro débil, le toca pujar orinar, frecuencia urinaria en la noche, que orinan y quedan deseos de volver a orinar nuevamente, goteo post miccional. **PREGUNTA:** Y para esa hiperplasia se hace punción suprapúbica o es diferente. **RESPONDE:** No, no, la punción suprapúbica es un procedimiento que se hace en urgencias cuando el paciente está en retención urinaria y no es posible alojar una sonda por vía uretral. Entonces, como mecanismo de urgencia, se realiza la función para poder evacuar la vejiga simplemente, mientras que ya es manejado por el urólogo para colocar la sonda de la uretra o una cistostomía que es colocar una sonda ya de mayor calibre suprapúbica para poder derivar la vejiga para poder lograr que el paciente evacue. **PREGUNTA:** en qué consiste un carcinoma transicional papilar grado 1 **RESPONDE:** es igual a un tumor de vejiga. El tumor papilar o el tumor urotelial es el tumor típico de la vía urinaria, tanto en la parte de la Pelvis, Uréteres y de la mucosa de la vejiga. El 90% de los tumores a nivel de vejiga corresponden a ese tipo de cáncer, el que sea de bajo grado no indica que no sea la posibilidad de recurrencia, pero también indica que la posibilidad de ser infiltrante es mucho más baja. Sin embargo, eso ya depende de otros factores. **PREGUNTA:** para revisar el tema estricto de don Pablo Claver, sírvase señalar cuáles fueron los hallazgos, ¿qué fue lo que encontró en la primera cirugía que usted le hizo del 2015? **RESPONDE:** La cirugía se encontró un tumor de aspecto vegetante, vegetante equivale a una lesión de un aspecto típico, tumor vesical que estaba alojado hacia la pared lateral y el piso de la vejiga. **PREGUNTA:** usted tiene la historia clínica ahí a mano **RESPONDE:** no, no la tengo en este momento a la mano **PREGUNTA:** me permito leer, lo referente a lo que aparece en el folio número 60, fecha del 22 de junio del 2015, que se encuentra en la historia clínica entregada por el Hospital San Jorge, dice: “paciente sintomático, dice plan, se indica transfundir dos unidades, se habla con el hijo, se explica hallazgos quirúrgicos y necesidad de radioterapia adyuvante” Dr. Carlos, esa es una nota suya de esa fecha ¿Qué es una radioterapia adyuvante? **RESPONDE:** la radioterapia, como lo mencionaba previamente, los tumores de vejiga, dependiendo la edad del paciente, dependiendo del compromiso tumoral, se infiltra o no infiltra la vejiga o dependiendo del volumen del tumor, es un procedimiento adicional a la cirugía, me refiero adicional, no como punto que tenga que hacerse siempre o no siempre, eso depende de cómo lo explicaba previamente de otros factores, ese paciente, básicamente, hablando de él, todo también dependía de la patología, primero que todo, y de los síntomas progresivos, igualmente, muchas veces uno le explica al paciente cuál es el plan de manejo, sin embargo, los planes de manejo van variando dependiendo de la evolución del paciente. En el caso de él, específicamente, no se

procedió por la radioterapia porque el paciente continuó con la evolución adecuada. Como está la última atención de consulta mía, el paciente estaba sin hematuria y venía con una evolución favorable. Por esa razón no se indicó posiblemente la radioterapia y se decidió hacer cistoscopia de control para mirar las características de recidiva o no intravesical. PREGUNTA: cuál fue el resultado de la anatomía patológica de esa resección que usted hizo, **RESPUESTA:** La que usted me describió hace ratito un tumor urotelial de bajo grado. **PREGUNTA:** usted dice que lo vio en el mes de octubre, pero antes de eso usted también lo vio el 21 de julio, con la complacencia del señor Juez, me permito leer el motivo de consulta señalada a folio 79 fecha 21 de julio del 2015 doctor dice: “postoperatorio RTU + RTU tumor vesical, me disculpa porque las siglas no las conozco, paciente dice ahí no fiebre. patología prostática sin atipia, vejiga carcinoma” entonces cuando decimos vejiga carcinoma es porque hay una vejiga con cáncer. **RESPONDE:** No, se resecó tejido prostático primero y segundo se resecó el tejido de la lesión vegetante que es del cáncer. En la cirugía como se hizo resección del tejido prostático nos dice que no tiene atípica, no atipia quiere decir que no tiene cáncer la próstata, es simplemente un crecimiento prostático, la vejiga como lo está consignado, la lesión que se le hizo a la resección es compatible con un cáncer de vejiga, o sea un CA urotelial vesical. **PREGUNTA:** y teniendo en cuenta ese diagnóstico, cuál era el paso a seguir con el paciente **RESPONDE:** Qué plan tienen en ese folio, al finalizar qué dice **PREGUNTA:** Doctor Duque, hay alguna otra variación respecto al plan de manejo del paciente **RESPONDE:** Si fuera un paciente menor de 73 años, ese paciente posiblemente hubiera tenido un manejo igual al que se le hizo o sea igual, el hecho que el paciente tenga 73, 50, 80 años no nos va a indicar que debe serse un manejo adicional, a no ser que las cistoscopias de seguimiento muestren recidivas del tumor, por eso, lo importante de ese paciente es siempre su evaluación con cistoscopias si el paciente viene estando asintomático y el paciente venía asintomático en ese momento. **PREGUNTA:** de acuerdo a la historia clínica, el día 28 de octubre se le iba a realizar la cistoscopia al señor Pablo, sí, pero ahí se señala que la familia se niega al procedimiento el mismo día que se va a hacer la cirugía. ¿Usted tuvo contacto con la familia en ese momento y qué fue lo que se le manifestó médicamente y qué fue lo que manifestó la familia, lo recuerda? **RESPONDE:** Como hablamos, o sea, nos basamos directamente en la historia clínica. Ese paciente en contexto ya es un contexto muy diferente al de un año anterior, ya es un paciente con un cáncer ya avanzado que comprometía mucho la vejiga, como le digo, yo desconozco qué pasó en todo ese año, yo no sé qué pasó con el paciente, si se hicieron más cistoscopias y fue indicada la radioterapia, como le digo yo desconozco, basados en ese día, en esa atención el paciente se indicó hacer una cistoscopia por lo que presentaba hematuria y la idea era explorar la vejiga a ver en qué condiciones estaba, en ese momento la vejiga, la cistoscopia no es un procedimiento que nos va a mejorar, ni sobrevida, ni nos va a dar ninguna información, sino solamente es una observación intravesical para mirar en cuanto a qué estábamos enfrentados en ese preciso momento. La cistoscopia no nos va a aportar, no nos va a dar mejoría, no lo va a curar la cistoscopia es un procedimiento simplemente de diagnóstico simplemente, y posiblemente en ese momento los familiares, como está anotando en la historia clínica, dijeron que no autorizaban. Posteriormente autorizaron, según dice en la historia clínica y ya en ese momento el paciente no estaba en condiciones, posiblemente, de ser llevado a una cistoscopia porque igual pues se pensó que lo que se iba a lograr al realizarla pues no nos iba a dar mucha mejoría en cuanto a su desenlace final. **PREGUNTA:** ese tipo de pacientes qué tanto se pueden debilitar en un período de 12 horas. **RESPONDE:** ¿Debilitar en qué sentido, a qué se refiere con debilitar? **PREGUNTA:** Para no ingresarlo a cirugía después de que las familiares aceptaron el procedimiento. **RESPONDE:** Nuevamente, como le digo, no tenía cirugía, primero que todo, no se iba a hacer ningún tipo de procedimiento quirúrgico, era un examen de diagnóstico llamado cistoscopia, cistoscopia es cistos=vejiga escopos=mirar es una observación intravesical, simplemente, como le explico nuevamente no mejora ni la calidad de vida, ni tampoco el

desenlace, ni tampoco es curativo, era un procedimiento simplemente de observación intravesical para ver en cuanto a qué estaba internamente esa vejiga y si presentaba la persistencia del sangrado cuando ya se ve la necesidad o no de hacer algún tipo de coagulación o algo, sin embargo, como le digo, se presenta directamente diagnóstico, no es quirúrgico como tal.

Inicia interrogatorio la apoderada de la parte demandada, Socimedicos S.A.S.

PREGUNTA: usted en alguna oportunidad ha estado vinculado a la clínica San Rafael **RESPONDE:** no señora **PREGUNTA:** durante esas atenciones que ustedes le brindaron en el San Jorge al paciente Pablo Claver, durante el año 2015 y 2016, en alguna oportunidad se le realizó el procedimiento denominado prostatectomía **RESPONDE:** Se hizo una cuando se hizo la resección transuretral. Habitualmente se reseca el tejido

prostático para tener espécimen de patologías simplemente, para poder definir de una vez si hay algún tipo de compromiso a nivel de la próstata o no. **PREGUNTA:** O sea que esa prostatectomía es lo mismo que una resección transuretral **RESPONDE:** exactamente para definir si hay algún compromiso a nivel de la próstata o no **PREGUNTA:** usted, durante el interrogatorio que le formuló el señor juez habló del término sobrevida.

Usted nos puede clarificar que significa ese término, por favor **RESPONDE:** Sobrevida es un término oncológico que se asocia directamente con el tipo, o sea, tiene varias variables que dependen de las sobrevidas, la sobrevida tumoral, está directamente ligada con la edad del paciente en el momento del diagnóstico, segundo, el tipo de cáncer, hay tumores que son de menor posibilidad de infiltración o de progresión con el tiempo, entonces, si es un paciente joven, obviamente que es mucho más fácil que el paciente tenga sobrevida. Sin embargo, como le digo, todo depende de la patología del paciente. Hay pacientes ancianos con patologías favorables, no tan agresivas, pero, sin embargo, la progresión puede darse de una forma, pues muy variable, o sea, no todo el mundo tiene una sobrevida igual; la sobrevida que se hace en los pacientes más que todo lo busca uno en pacientes que tienen y que se les puede hacer un manejo según las guías ONCOLÓGICAS a nivel mundial. **Paciente menor de 73 años es un paciente que se pueden hacer procedimientos quirúrgicos, obviamente bastante agresivos, en el caso de la vejiga cistoprostatectomía radical, o sea, retirar lo que es vejiga y próstata completa, y hacer una derivación con catéter, ojo menor de 73 años.** Hay pacientes que se puede indicar, como digo, la radioterapia, son pacientes que tienen ya recidiva local con nueva aparición del tumor con hematuria, igual también dependiendo de la edad del paciente, que pueden ayudar a llevar un poco más de alargamiento de la vida sin que el cáncer, obviamente, haga su desenlace final. Entonces, la sobrevida depende de muchos factores en el caso de este paciente, pues un paciente bastante añoso, un paciente con deficiente de enfermedad coronaria, es un paciente que pues se le hizo su resección inicialmente y con la resección la gran mayoría es de los países no requieren ningún otro tipo de procedimiento, a no ser que se haga un seguimiento estricto y se identifique algún otro tipo de lesión o recidiva local a nivel de vejiga, en este caso el paciente no hubiera cambiado muy posiblemente su evolución de haber hecho obviamente una cistoprostatectomía tampoco estaba indicada por edad del paciente, **la radioterapia tampoco estaba indicada, ni tampoco en ese momento iba a aumentar la sobrevida porque pues desconocíamos si iba a tener o no una recidiva local.**

PREGUNTA: Efectivamente, usted pierde conocimiento de que ocurre con el paciente después de que se le ordena esa cistoscopia transuretral en el mes de octubre del año 2015, porque el paciente tiene controles en otra entidad y el únicamente regresa hasta el año inmediatamente siguiente, esto es, en el año 2016. **RESPONDE:** Con otro escenario completamente diferente, exacto. **PREGUNTA:** para que el médico que lo recibe allá en San Jorge pueda tener conocimiento de lo que al paciente se le se le realizó en otra institución, él debe aportar algún documento, debe llevar consigo historia clínica. No sé pues cómo funciona. Quisiera que usted nos indicara si efectivamente él debe llevar la historia clínica o informar al médico respecto de los procedimientos que ha recibido en otras instituciones. **RESPONDE:** Exacto, el paciente, además, que es un paciente ya

obviamente con una historia de con una lesión reseada quirúrgicamente, el paciente que ingresa a urgencias debe llevar siempre su historia clínica, debe llevar los controles que se le han realizado, procedimientos que se le han realizado, pues para poder tener una guía por parte del personal médico de urgencias.

PREGUNTA: respecto a las últimas atenciones que recibió el paciente Pablo en el Hospital San Jorge, esto es, durante el mes de octubre y noviembre del año 2016. Usted de alguna manera, lo valoró en esas últimas intervenciones y que digamos que quería preguntarle respecto a los otros diagnósticos que tenía el paciente, si estaban presentes otros diagnósticos durante los últimos días de la estancia hospitalaria durante el mes de octubre y noviembre del año 2016 **RESPONDE:** No tengo, no tengo presente esa información...”

- Testimonios decretado a instancia **de la parte demandante y la demandada Socimedicos S.A.S.**

Médico Urólogo **Hernán Guillermo Guerrero Molina:**

“...Yo soy médico urólogo... tengo un contrato de prestación de servicios con la Clínica San Rafael... **PREGUNTA:** usted ha sido llamado como testigo para que rinda su declaración en un proceso que cursa en este juzgado con motivo de la demanda presentada por la señora Luz Stela Hernández García y otros en contra del Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, la EPS Cafésalud, ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, la ESE Hospital San Jorge de Pereira y Socimédicos SAS por la presunta falla en la atención brindada al señor Pablo Claver Hernández. Sírvase hacer un relato de lo que le conste al respecto de los hechos a los que acabo de hacer alusión **RESPONDE:** la primera atención que nosotros hacemos al paciente, es un examen diagnóstico, al paciente lo envían el 3 de diciembre de 2015, con una orden ambulatoria para un examen diagnóstico que se llama una cistoscopia, un examen diagnóstico es para hacer ejemplo o una alusión es por ejemplo ir a tomar una radiografía, una ecografía, donde tu vas, te hacen un examen, te entregan un reporte y ese reporte debes llevarlo al médico tratante. **Entonces el 3 de diciembre de 2015, lo envían con una orden que dice realizar cistoscopia, en esa orden no hay historia ni hay nada porque es un examen diagnóstico por lo cual el paciente no lleva absolutamente nada de la historia ni nada de sus antecedentes, porque simplemente va a un examen, en ese examen nosotros le hacemos el estudio y le encontramos un tumor vesical de gran volumen que ocupaba el 40% de la capacidad de la vejiga y que ya era invasivo porque estaba comprometiendo otro órgano, no solo comprometía la vejiga, sino que estaba invadiendo la pared lateral de la próstata,** entonces nosotros le dimos una recomendación, siempre en todos los estudios se hace una recomendación como para el médico tratante y la recomendación nuestra fue realizar una resección transuretral de próstata una RTUP y una RTU de resección vesical que es una resección transuretral de lesión vesical, ¿para que se hace eso? Eso es un procedimiento diagnóstico para poder obtener una patología y que determinen un método o un tratamiento mucho más definitivo dependiendo de lo que el reporte, entonces nosotros lo valoramos ese día, de una vez le dimos la recomendación y le cargamos unos prequirúrgicos para que fuera ganando tiempo y ya llegara donde su médico con los prequirúrgicos para poder ser intervenido, esa fue la primera visita el 3 de diciembre de 2015. **Después ya lo volvemos a ver casi a los 6 meses, el 29 de mayo de 2016, lo ve es el cardiólogo, el cardiólogo indaga sobre sus antecedentes, como se entera que tuvo un problema de cáncer de vejiga lo remite a nosotros, nosotros lo vimos el 04 de junio de 2016, o sea 6 meses después de la cistoscopia, en esa consulta que lo envió el cardiólogo, el paciente no trae nada, no trae historia antigua, no lleva historia de San Jorge, llegó sin patología sin historia, absolutamente nada, lo único que dice es que aparentemente le hicieron una cirugía de tumor de vejiga, pero**

como nosotros lo vimos en diciembre, o sea, 6 meses antes, pues suponemos que fue operado, entonces como no teníamos la patología pues le dijimos que por favor nos traiga la patología y le pedimos unos exámenes que son una tomografía abdominopélvica simple contrastada para el seguimiento, a todos los tumores se les debe hacer seguimiento, entonces nosotros asumimos que él ya había sido operado, le pedimos los estudios de la tomografía y le dimos la orden nuevamente de un control cistoscópico, para saber si ya le habían hecho la cirugía y mirar como iba eso, si ya estaba controlado, si no estaba controlado o como iba, eso fue el 04 de julio; a los 10 días, el 15 de julio, él vuelve con su familiar pero no trae nada, no lleva exámenes, no trae la cistoscopia, no trae la tomografía y no trae la patología, por lo cual se le explica claramente que es una cosa importante, que debe traer los exámenes y debe traer la historia anterior y que requerimos la patología para poder derivar el proceso que sigue, porque sin patología nadie no lo va a recibir, ni un radiólogo, ni un radioterapeuta, ni un oncólogo, nadie no lo va a recibir sin reporte de patología. El día 30 del mismo mes, el paciente autoriza llevar su cistoscopia, nosotros le hacemos la cistoscopia, con el hallazgo de que el tumor estaba ahí, tenía el tumor en la misma zona, en el lado derecho, pero en este caso ya no solo comprometía el lado derecho, sino que también comprometía ya el techo de la vejiga, de cierto modo se había diseminado más, ya no comprometía la próstata y el lado derecho, sino que también comprometía el techo. Entonces se le explica al paciente y se le dice dentro de las recomendaciones que se debe definir un manejo quirúrgico que es en este caso diagnóstico para poder obtener la patología y dependiendo de eso se le recomienda o se le informa que se le puede diferir según de lo que salga, a radioterapia o pues si hay posibilidad también a oncología porque dependiendo de la patología uno define donde lo manda, si a radiología y oncología o solo a radiología. **En este caso es un paciente de una edad muy avanzada donde la comorbilidad del paciente haga que no tolere una quimioterapia oncológica pero una radioterapia la hubiera podido tolerar. Entonces el paciente toma esa cistoscopia el 30 y a los 09 días está ya con nosotros en el control de la consulta que es el 09 de julio, las consultas fueron muy seguidas, prácticamente la atención fue muy rápida y ese día el paciente lleva la cistoscopia dice que no pudieron llevar la patología nuevamente y vuelve asistir sin su patología y se le recomienda entonces que se debe de tomar unos prequirúrgicos para poder tomar muestra de ese tumor, saber que tipo de tumor es, que invasión tiene, que tipo y que características tiene este tumor para poder definir si se le da radioterapia o ya oncología o que se hará con él y se le solicita un urotac por que la creatinina previa, ellos no pudieron tomar la tomografía porque la creatinina se subió un poco, como el tumor obstruía el uréter derecho, la creatinina se elevó un poco y no le podía tomar el tac. El paciente vuelve el 13 de agosto, o sea, a los 12 días, que esa ya es una atención que la hizo el doctor Gaviria y siguiendo en el orden de ideas como se le había propuesto, el doctor le da la orden de la cirugía de la resección transuretral para tomar la muestra y obtener la patología y vuelve y le explica que según la patología se definirá si se hace radioterapia o que se hará con él. Ahí valorando las historias de Clínica San Rafael, el 28 de septiembre lo ve el anestesiólogo y le da el visto bueno para la cirugía, y prácticamente hasta ahí lo volvimos a ver nosotros. Esas fueron las atenciones de la clínica por parte nuestra. **PREGUNTA:** quien remitió al paciente. Porque lo conoció la Clínica San Rafael **RESPONDE:** **A nosotros prácticamente, o sea, inicialmente, él va a un examen diagnóstico, cierto, que se hace el examen diagnóstico, que lo solicitó el urólogo tratante, el doctor Duque del Hospital San Jorge, él le pidió esa cistoscopia control porque seguramente el necesitaba el control postoperatorio, saber que había pasado, obviamente cuando llega con la orden, la orden no dice que es un control postoperatorio, o sea, nosotros no tenemos ni idea de eso, simplemente entramos a hacer un examen y en el examen encontramos un tumor muy grande, entonces hacemos la recomendación de la resección y se contra remite con exámenes quirúrgicos a su médico tratante, esa fue la primera valoración que fue de diciembre y ya hasta junio, o sea, a los 6 meses, la que no lo envía a nosotros a consulta****

es el cardiólogo de San Rafael, porque el cardiólogo de San Rafael le hizo una valoración el 29 de mayo y dentro de los antecedentes le reportaron que había tenido una cirugía de cáncer de vejiga y le dijo “hombre esto es una cosa importante, porque no ha tenido controles de urología, se me va ya para allá” y a los 4 días le dieron la consulta con nosotros, ese fue el primer acercamiento de una consulta con el paciente, el 4 de junio de 2016

PREGUNTA: conoce usted si posterior a la cirugía a la que usted ha hecho alusión el paciente estuvo sometido a los controles requeridos para vigilar la evolución **RESPONDE:** yo revise la historia del Hospital San Jorge y efectivamente tiene unas citas de atención del doctor Duque, quien le hizo

controles y dice acá el 06 de julio de 2015, él lo revisa y después el 22 de octubre de 2015 le hace otro control, yo supongo que el 22 de octubre del 2015, fue cuando el generó la orden de la cistoscopia, o sea no tengo más, supondría yo que ese día le dio la orden de la cistoscopia porque llegó a nosotros al mes y unos días para la cistoscopia, pero se nota que si le hizo controles postoperatorios **PREGUNTA:** usted indicó que el paciente

acudía sin historia clínica y sin los resultados de patología, que consecuencias trae esto para los efectos de la practica del examen y quien es el responsable de llevar esos documentos **RESPONDE:** para el examen

como tal si el paciente no lleva los exámenes o algo, pues de pronto no tiene mayor injerencia porque se supone que va a volver donde su urólogo

tratante, pero ya si va una consulta nueva, con un especialista nuevo, que es el caso cuando llega donde nosotros, el paciente lo remiten para una

valoración y el paciente no lleva nada, pues yo arranco de cero, no tengo ni idea de cuando lo operaron, de cuál fue su patología, entonces tengo que

devolverme a arrancar prácticamente un proceso, no hago un empalme, si yo llevo una historia puedo hacer un empalme de lo que le han hecho y que

puedo seguir, pero si no tengo una historia, estoy netamente ciego, arrancando de cero y partiendo de que el paciente o la familia ahí es mal

informante, no dan una razón clara a las preguntas que uno hace, sobre fechas, sobre reportes, entonces es muy difícil; ahora si uno quiere enviar

al paciente a un manejo conmigo o con un radioterapeuta o un oncológico, se necesita obligatoriamente un reporte patológico para poder hacer un

manejo, ningún especialista u oncológico me va a recibir un paciente que no tenga un reporte oncológico donde le pueda hacer una clasificación al

paciente **PREGUNTA:** en este caso en cuestión, ¿esta situación afectó la salud del paciente? **RESPONDE:** eso hizo que de pronto demorara

un poco los trámites, los trámites en sentido de que si yo me doy cuenta que esa patología era superficial y que en este momento

el tumor había avanzado, es que hubo 07 meses en que ellos prácticamente no tuvieron un control urológico, no se cual haya

sido la causa, pero veo que si tuvieron en ese espacio controles de cardiología, es decir, fueron a sus controles de cardiología pero

no fueron a sus controles de urología, ¿Por qué? No tengo idea, pero hay un lapso de 07 meses en los que ellos no fueron a

urología, pero si fueron a cardiología. Entonces si tenían la atención, ahí se da cuenta uno que, si tenían la atención por la

EPS que, si los estaban atendiendo pero que finalmente solo fueron a la parte cardiológica, es como si ellos hubieran pensado

“no pues si ya lo operaron, ya esto quedó listo”, cuando a eso se le debe hacer un seguimiento, una cosa importante en un proceso

oncológico **PREGUNTA: esta situación pudo afectar o conminar en el desenlace de la muerte del paciente **RESPONDE:** no, definitivamente no,**

cuando uno revisa la historia del paciente, el paciente cuando ingresa en la ultima oportunidad en el Hospital San Jorge, el paciente ingresa con un

deterioro cognitivo, el paciente tuvo un episodio sincopal, donde el paciente tiene un deterioro de conciencia y ese deterioro de conciencia se ve que el

paciente lo empieza a generar como desde que tenia los 80 años de edad, yo al revisar la historia encontré que el tuvo un ingreso en el 2011, al Hospital

Santa Mónica neurológico e incluso, cuando lo operó el dr. Duque en la valoración que hacen del 06 de julio de 2015, hay una nota muy clara que

dice “se indica transfundir 2 unidades de glóbulos rojos, se interroga cuadro demencial del paciente con un pobre pronostico, sin estabilidad

hemodinámica”, quiere decir que el paciente ya tenía un deterioro neurológico desde ese entonces cuando tuvo su primera cirugía, entonces

esta vez que ingresa, ingresa si uno revisa la historia, el entró porque tuvo un sangrado, el tuvo un sangrado y eso era inherente al tumor, entonces lo

operaron le hicieron su resección para tener la patología y controlar el síntoma que era el sangrado, pero después de eso cuando llegó de su episodio de pérdida de conciencia, en esta última oportunidad que ingresa al San Jorge él ni siquiera le ponen sonda porque no presentaba sangrado, sino que tuvo la pérdida de conciencia, aparentemente tuvo un episodio de tensión donde no podía orinar, pero cuando llegó a San Jorge podía orinar normal, ya estaba orinando, tanto así que hay una valoración que el urólogo lo alcanzó a ver el dr. Montes del Hospital San Jorge, hay una nota que él dice “no le cerramos la interconsulta por urología porque es netamente una patología neurológica, él esta orinando, no está sangrando”. **Entonces el ingresó por una patología neurológica y su deterioro fue neurológico, obviamente cuando el paciente tiene un tumor, el tumor hace parte de sus patologías asociadas, este era un paciente que tenía un problema coronario, que tenía un problema de contracción de sus arterias coronarias, que a pesar de que le hicieron el cateterismo no necesito stent pero se lo hicieron porque presentaba dolor precordial y le dejaron ese servir que es un tratamiento para una alteración de la contractura de los vasos coronarios, tenía su problema neurológico y además de eso tenía un problema de un tumor que había ido creciendo en la vejiga,** porque uno aclara que el tumor no tuvo compromiso neurológico, porque cuando el ingresó a San Jorge, a él le tomaron una tomografía de cráneo y la tomografía de cráneo le dice, es más la tengo por acá, la voy a leer, el reporte, dice, esto fue una tomografía que la tomaron el 21 de octubre de 2016, dice “llama la atención la importante prominencia del sistema ventricular lateral, tercero y cuarto ventrículo”, dice que “no es acorde con la pérdida del volumen del parénquima cerebral que obliga a descartar una hidrocefalia”, entonces el médico después lo ve y ellos dicen o hacen la conjetura que es una atrofia cerebral severa, con ventriculomegalia no obstructiva compensadora, quiere decir que el sistema gris que es lo que da el desarrollo cognitivo, ya estaba tan perdido que los ventrículos que son donde tiene líquido, se aumentaron de tamaño, o sea, ya el paciente tenía un deterioro neurológico muy avanzado y eso no lo hicieron ni siquiera para ver por el neurocirujano por que ya es algo inherente a la edad, es un paciente de 86 años, entonces todo eso hace parte del deceso del paciente, pero en este caso, **es un deterioro neurológico asociado a las otras cosas, pero no hay metástasis, se descarta una metástasis cerebral del tumor de vejiga y él muere por una causa netamente neurológica, no por su tumor de vejiga; su tumor de vejiga a pesar de que era extenso no le produjo sangrado y no le produjo obstrucción porque cuando ingresa a San Jorge no ingresa por ninguna de estas razones, ingresó por una pérdida de su estado cognitivo.**

Inicia interrogatorio la apoderada de la parte demandante

PREGUNTA: usted nos habla que el señor entró, de acuerdo a la historia clínica, por un tema ya neuronal, pero hágame un favor, explíquenos que es una hiperplasia de próstata, cuáles son los síntomas **RESPONDE:** bueno de pronto aquí hay un enredo, la obstrucción, bueno voy a explicarle lo que usted me preguntó, **una hiperplasia de próstata es un crecimiento de un adenoma que es una glándula que tenemos los hombres que se llama la próstata que esa glándula crece a medida que van pasando los años, esa glándula, en algunos pacientes, se supone que algunos pacientes a los 90 años, tenemos el riesgo de tener cáncer de próstata, pero favorablemente a este paciente no tenía cáncer de próstata, él tenía era cáncer de vejiga y la obstrucción que inicialmente presentó por el sangrado, no fue por el crecimiento de su próstata, fue por coágulo, la primera vez que ingresó al San Jorge fue por coágulos, los coágulos se desprenden del tumor de vejiga y sangra y esos coágulos son los que obstruyen y hacen que el paciente sufra, entonces por eso fue que lo operaron, no por la próstata, por el tumor de vejiga** **PREGUNTA:** usted hace referencia a la primera intervención del año 2015 **RESPONDE:** si **PREGUNTA:** estoy hablando del concepto diagnóstico utilizado por Santa Mónica al momento de volverlo a enviar en el 2016. De acuerdo a las atenciones por usted realizadas, pues usted ya le explicaba al despacho que la primera vez que vio al paciente fue con relación a que fue remitido por la

EPS para que allí le realizaran el examen diagnóstico por usted ya referido y posteriormente tuvo otras intervenciones con el paciente. Doctor me llama la atención que en la historia clínica y usted mismo lo mencionaba en su relato, es que tuvo que renovar autorizaciones, de acuerdo a su experiencia, cuando un paciente solicita la renovación de autorizaciones a que se debe *se replantea la pregunta por objeción* **porque razón hace renovaciones de actualizaciones, o de solicitud de procedimientos RESPONDE: yo le voy a explicar en el caso de este paciente específicamente, yo lo vi el 04 de julio de 2016, cuando le doy la orden de la cistoscopia y le digo “en 10 días nos vemos con el reporte”, el paciente llega a los 10 días sin la historia, sin la cistoscopia, sin la tomografía y sin la patología, entonces le tengo que volver a generar la orden y le digo “tómesela” porque es importante que me traiga eso, entonces resulta que el paciente cuando vino a este control la tuve que generar porque no sé qué pasaba dentro de ellos que no llevaban absolutamente nada, vino a un control después de explicarle que hay una patología tumoral, no llevó la patología, no llevó la tomografía, no tomo la cistoscopia, tuve que volver a ordenar los exámenes PREGUNTA: volviendo a nuestro procedimiento del 3 de diciembre, cuando usted le hace el examen diagnóstico, la resección o el elemento que se saca para patología es entregado a los familiares o directamente la Clínica lo envía al laboratorio patológico RESPONDE: no mi doctora, en la cistoscopia que se toma el 03 de diciembre, era un examen diagnóstico y el examen diagnóstico lo único que le informa es que hay un tumor que hay que resecarlo para tomar una muestra adecuada, en esa cistoscopia no se toma muestra de patología porque la patología sería muy superficial y le diría es un tumor de vejiga epitelial, pero no le va informar si es invasivo, si es de compromiso linfo-vascular o si es extenso muscular, se necesita hacer la resección transuretral para poder tener una muestra patológica adecuada que le sirva al oncólogo o al urólogo, entonces por eso se le da la orden de: se le recomienda resección transuretral del tumor de vejiga y de la zona donde invade la próstata y se le dan los prequirúrgicos para que sea tomado ese procedimiento PREGUNTA: o sea que la misma situación paso con el examen realizado el 30 de junio RESPONDE: el 30 de junio se tuvo que repetir la cistoscopia porque el paciente cuando llegó a nosotros habían pasado 6 meses, nosotros no sabíamos, el paciente nunca nos llevó una historia, no sabíamos si lo operaron en esos 6 meses o no, no sabíamos que había pasado, nosotros estábamos ciegos, si el paciente nos hubiera traído una historia y yo me hubiera dado cuenta que él no fue operado, yo de una vez le hubiera generado las órdenes del procedimiento y no le hubiera generado una nueva cistoscopia, pero este paciente no me trajo nada.**

Inicia interrogatorio la apoderada de Socimedicos S.A.S.

PREGUNTA: usted le ha hecho al despacho un recorrido de todas las atenciones al paciente en la Clínica San Rafael, tengo una inquietud, esa patología que se le solicitaba al paciente de que era **RESPONDE:** era la patología que tomaron en el Hospital San Jorge, para avanzar o si definitivamente nos tenían que devolver, si uno hace recuento hacía atrás, la patología que le tomaron y el reporte de la cirugía y esa patología que reportó en la primera cirugía que hicieron en el Hospital San Jorge, reportó que era aparentemente un tumor superficial, o sea, obligatoriamente hubiéramos tenido que tomar una segunda patología porque en esos 07 meses un tumor cambia de estadio, no es lo mismo un tumor que yo diagnóstico hoy a un tumor que yo diagnóstico dentro de 07 meses, ese tumor va a variar y va a ser más agresivo y va a ser más infiltrante, entonces esa patología inicial, en este caos y echando hacia atrás, de pronto no hubiera sido definitiva para tomar una respuesta pero se necesitaba porque si si hubiera sido definitiva hubiera sido mejor para el paciente porque se le hubieran podido adelantar cosas **PREGUNTA:** de esa cistoscopia transuretral, la primera que usted le hace el 03 de diciembre del año 2015, usted le podría indicar al despacho cuales fueron los hallazgos en ese momento de esa cistoscopia **RESPONDE:** por supuesto, tumor vesical que invade la próstata en la cara lateral derecha y además toda la pared lateral derecha de la vejiga y ocupa aproximadamente el 40% de la capacidad vesical, ¿que indica eso?, que es un tumor invasivo que ya no solo está en el órgano de la vejiga, sino que se extendió y ya esta

comprometiendo además la próstata **PREGUNTA:** y en esa consulta usted le da alguna orden al paciente después de esa cistoscopia, usted ya nos ha hablado del tema de la patología, pero ¿hay algo más? **RESPONDE:** pero claro, por supuesto yo le doy la orden de los prequirúrgicos es algo que normalmente no se hace en un examen diagnóstico pero ante un diagnóstico y un hallazgo de un tumor, lo menos que uno puede hacer es generarle una orden de unos exámenes para que pueda adelantar y ganar tiempo, entonces nosotros le generamos todos los prequirúrgicos, le pedimos radiografía de tórax, electrocardiograma, cuadro hemático, todos los prequirúrgicos para que solo sea llegar al médico tratante y entregar y decir “me mandaron con este reporte y aquí tengo todo listo para que me operen” **PREGUNTA:** respecto de ese comentario que usted nos hace de “para que le lleve a su médico tratante” quiero que nos informe, las historias clínicas regularmente tienen un campo de antecedentes, ese campo de antecedentes como se llena, es decir, lo hace directamente el médico tratante o le hace preguntas al paciente para llenar ese campo o como lo hace **RESPONDE:** si efectivamente el médico pregunta sobre los antecedentes al paciente y llena la historia, la historia tiene unos campos para llenar antecedentes personales **PREGUNTA:** pero el paciente es quien debe informar al médico cuáles son sus antecedentes quirúrgicos **RESPONDE:** claro por supuesto o debe llevar una historia **PREGUNTA:** en la consulta de valoración de urología que se realizó el 9 de julio, no se si la tiene por ahí presente (si, aquí la tengo), yo quisiera pedirle en lo posible si el despacho no lo concede, que usted nos de lectura detallada del motivo de consulta de ese paciente en esa ocasión **RESPONDE:** **paciente de 86 años con antecedente de cáncer vesical desde septiembre de 2015 con resección endoscópica en el Hospital San Jorge en septiembre, asiste a control, se toma cistoscopia en la que encuentra gran tumor vesical que ocupa el techo, la pared lateral derecha, no trae patología, se requiere para enviar a radioterapia la patología, no ha presentado sangrado, dice que compromete el uréter derecho y se ordenó una tomografía simple contrastada pero por su creatinina de 4 no la logran tomar, se ordena urotac y nuevo control con patología para poder enviar a radioterapia y si no hay patología se le debe realizar una nueva resección, una nota muy clara y es muy importante esta nota, dice que no es candidato a una cistoprostatectomía radical por comorbilidad, que es una cistoprostatectomía, una cistoprostatectomía radical es un examen curativo para un paciente con tumor de vejiga, ese examen curativo que es quirúrgico, solo se ofrece a pacientes de edad intermedia, un paciente de 86 años, jamás aguantaría una cirugía de ese calibre, es una cirugía que no se ofrece a un paciente de esta edad y a este paciente se le deben hacer manejos paliativos, pero esa cirugía es una cirugía que no la aguantaría, sería someterlo a que prácticamente no salga de su cirugía, por lo cual se explica de una vez a la familia que se le va a hacer manejo paliativo pero que no es candidato a manejo curativo** **PREGUNTA:** allí en esa nota, precisamente al final, donde usted nos dice lo de la cistoprostatectomía, allí hablan de la palabra comorbilidad, usted le podría indicar al despacho que significa esa palabra y cuales eran las comorbilidades que tenía el paciente **RESPONDE:** en este caso este paciente, es un paciente de edad avanzada de 86 años, que ya ha tenido un deterioro neurológico desde los 80 años, que ya había tenido accidentes cerebrovasculares previos y en la cirugía previa ya había tenido episodios de demencia con un deterioro neurológico severo, tenía además un tratamiento para una isquemia coronaria donde le daban un medicamento que se llama insordim que solo es para pacientes específicos porque hace una contracción y eso le pueden dar infartos en cualquier momento y además de eso tiene la edad en contra, la edad de él no le ayuda para cirugías grandes...”

Médico Cirujano **Germán Gaviria Rincón:**

“... soy médico especialista cirujano urólogo... soy docente de medicina de la facultad del Quindío y trabajo con la Clínica San Rafael en megacentro

de alta complejidad... hasta enero de este año en la ciudad de Pereira y ahora a través de la contratación que ellos hacen aquí en la ciudad de Armenia... **PREGUNTA:** usted ha sido llamado como testigo para que rinda su declaración en un proceso que cursa en este juzgado con motivo de la demanda presentada por la señora Luz Stela Hernández García y otros en contra del Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, la EPS Cafésalud, ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, la ESE Hospital San Jorge de Pereira y Socimédicos SAS por la presunta falla en la atención brindada al señor Pablo Claver Hernández. Sírvase hacer un relato de lo que le conste al respecto de los hechos a los que acabo de hacer alusión **RESPONDE:** tengo conocimiento del paciente, revisada la historia clínica que se me hizo llegar por parte de los abogados de la clínica, hemos revisado de una manera cuidadosa la historia, básicamente en lo que compete a mí como especialista como urólogo de la clínica, un registro de la atención en la cual yo revise al paciente y le hice una cistoscopia, la cistoscopia es básicamente un procedimiento diagnóstico, por el cual bajo anestesia sedativa o local, revisamos la vejiga para establecer muchas causas de orígenes de sangrados u obstrucciones urinarias como era el caso del paciente, en esa cistoscopia como consta en la historia clínica, para el año 2016, como agosto, en esa cistoscopia que yo hice encuentro un paciente con sangrado urinario y con la presencia de una tumoración de aspecto invasor que invadía el piso de la vejiga hacia el lado derecho de la próstata y comprometía las vías urinarias del lado derecho. Bajo esa situación se hizo la atención de un lavado, se le quito el dolor al paciente, se le atendió y se procedió a valorarle, previa valoración del anestesiólogo, la posibilidad de hacerle una limpieza a esa tumoración para tener un reporte real y de patología que permita confirmar la naturaleza maligna del tumor y ser enviado ese paciente a radioterapia. La decisión se toma porque este es un paciente de un grupo de edad muy alto y de un alto riesgo quirúrgico por su edad y sus antecedentes para una cirugía radical **PREGUNTA:** con qué fin se hizo la valoración por parte del anestesiólogo, cual es el objetivo que busca **RESPONDE:** yo en la revisión que hice apreciamos una tumoración muy grande en toda la vejiga invasora, ya no era un tumor localizado sino un tumor invasor y la decisión era tratar de hacerle al paciente mejorando sus condiciones y previa evaluación de anestesiología por el riesgo del paciente quirúrgico, poder hacerle ya dormido, anestesiado, una buena limpieza de esa tumoración, que si bien no lo va a curar, si nos permitía quitarle riesgos de mayores sangrados y poder tener el resultado final de la patología de esas muestras de biopsia para así determinar el tipo de tumor de vejiga que tenía, su real profundidad y el manejo ideal a seguir que para nosotros en ese momento consideramos era una radioterapia, que si bien la radioterapia en el paciente no iba a ser curativa, si podría ofrecerle en cierto momento una mejor calidad de vida y evitar la progresión tan rápida de la enfermedad **PREGUNTA:** usted recuerda la fecha aproximada de cuando se hizo esta valoración **RESPONDE:** agosto de 2016 **PREGUNTA:** es decir, esta fue posterior a la cirugía que ya se había realizado al paciente **RESPONDE:** si señor Juez, nosotros tenemos conocimiento después porque yo realmente no conocí del paciente sino eso, esa valoración mía, yo conocí del paciente ya revisando la historia clínica, que el paciente había sido operado en el Hospital San Jorge por otro de nuestros subcolegas urólogos, había sido intervenido hace un año, año y medio casi, en el año 2015 por una tumoración en la vejiga que para esa época pues la tumoración fue limpiada fue resecada y se continuaron controles con él, pero en ese momento cuando yo lo atendí no contábamos con el resultado total de patología ni nada y fue casi un año y medio después **PREGUNTA:** este tipo de enfermedad debía o podía ser tratada directamente por el urólogo inicialmente o necesitaba ser remitida a otro tipo de especialista **RESPONDE:** nosotros somos cirujanos urólogos y también hacemos cáncer, nosotros tratamos cáncer de próstata, de vejiga, yo llevo muchos años y todos nosotros operando cánceres de vejiga, lo que pasa es que hay un momento en la atención médica del paciente en la cual ya se requiere una valoración oncológica específicamente en el sentido de que los pacientes requieren quimioterapias o radioterapias que eso si no lo hacemos nosotros porque nosotros no somos oncólogos de radioterapia o quimioterapia, nosotros como cirujanos urólogos

lo que hacemos es quitar el tumor, limpiarle lo que más se pueda y ya con estudios de extensión, con la biopsia y con todo, tomamos la conducta decisiva para que el paciente sea valorado por los oncólogos o uro-oncología para que este el urólogo oncólogo para que se tome la decisión con este paciente de agregarle una quimioterapia o una radioterapia. Quiero recordarles de nuevo que la condición y los antecedentes clínicos de este paciente era un paciente de un grupo de edad de más de 70 años, con muchos antecedentes clínicos, con unas malas condiciones de salud, un paciente con muchas comorbilidades, lo que lo hacía un paciente de alto riesgo para una cirugía grande o lo hacía un paciente de un gran riesgo para una quimioterapia por su grupo de edad, de tal manera que la decisión era poderle hacer esa limpieza, profundizar en el estudio del tumor y ya finalmente tomar una decisión para poderlo llevar a oncología para radioterapia **PREGUNTA:** considera usted que hubo algún tipo de demora en la atención del paciente **RESPONDE:** Señor Juez, en lo que corresponde a la Clínica San Rafael y en lo que corresponde a mi colega Hernán, quien fue quien lo vio primero en ambas ocasiones y en lo que corresponde a mi atención, creo que nosotros cumplimos con nuestro compromiso, nosotros y la Institución de prestar con oportunidad, eficacia y eficiencia los servicios a este paciente, cuando lo requirió de estar obstruido, cuando llegó remitido porque sangraba y cumplimos con estabilizar y mejorar las situaciones clínicas del paciente. En el caso propio, la única atención que yo le hice, tomé la decisión de solicitar la valoración del anestesiólogo para que el opinara la posibilidad de yo hacerle a ese paciente ya anestesiado una limpieza del tumor que nos permitiera tener una mejor estadificación y características de la malignidad y de que tipo de tumor y con eso nos permitiera a nosotros tomar la mejor decisión para valorarlo junto con oncología. Bajo esa situación este paciente que es un paciente de riesgo, pero yo no volví a saber nada del paciente, nunca llegó para el procedimiento quirúrgico, entiendo que el paciente tuvo su riesgo quirúrgico para una serie de exámenes que se le solicitaban prequirúrgicos porque también había que llevarlo en buenas condiciones y hasta ahí sé y conocí yo del paciente. Pero considero que, revisada la historia clínica de San Rafael, los dos urólogos que lo atendimos hemos cumplido con nuestro compromiso de atenderlo con oportunidad y eficiencia como es nuestra responsabilidad señor Juez.

Inicia interrogatorio la apoderada de la parte demandante

PREGUNTA: usted tiene acceso a la historia clínica en este momento

RESPONDE: en este momento acá no la tengo, pero me puede preguntar

PREGUNTA: con la venia del despacho me permito leer parte de la historia clínica de la atención que hizo el doctor Germán Gaviria. Dice: enfermedad actual: RTUV (Resección transuretral de tumor de vejiga) hace un año. CA vesical superficial sin compromiso muscular. Bajo grado EHPV en la patología. Me puede explicar eso por favor **RESPONDE:** eso corresponde básicamente a la información que pude obtener ese día de que el paciente había sido operado en el Hospital Universitario San Jorge y ese era el resultado que el paciente tenía de una tumoración de vejiga de tipo superficial como diagnóstico de cáncer de vejiga en estadio no infiltrante, un año atrás. Esa era la información que yo transcribí en la historia clínica **PREGUNTA:** es decir, para el momento de su cita usted tuvo en sus manos o tuvo acceso a la patología, al resultado de patología del Hospital San Jorge **RESPONDE:** de un año largo atrás, no de ese momento **PREGUNTA:** de acuerdo a eso, los familiares aceptan el procedimiento que usted propone, envían los exámenes prequirúrgicos y la valoración preanestésica. Una pregunta, en estos eventos usted hace unas recomendaciones de riesgos e informa unos riesgos, sangrado, sepsis, retención urinaria, perforación vesical. Teniendo en cuenta esos riesgos si el paciente posteriormente a la cita que tiene con usted presenta retención urinaria, cual es la conducta que se debe llevar a cabo con el paciente **RESPONDE:** esos son los riesgos informados al paciente y a la familia que pueden ocurrir tras una cirugía transuretral, quiero reiterarle y quiero que me comprenda y lo he dicho ya varias veces doctora, que en ese paciente lo que buscamos era en ese momento, tener un diagnóstico, quitarle el dolor, limpiar su vejiga y buscábamos ya llevarlo a un procedimiento quirúrgico anestesiado, valorado previamente, en el cual pudiéramos, ese tumor que

había crecido que se había agrandado tenía una historia de ya haber sido operado hace un año, **ese tumor que yo encontré ya no tenía un aspecto superficial, tenía un aspecto muy profundo invasor, de ahí sangraba y hacía por épocas sangrado, entonces la idea era quitar hasta donde más se pudiera vía transuretral endoscópica, limpiar ese tumor y obtener una patología de ese momento, no de un año y medio atrás, sino de ese momento** para obtener un mejor resultado y tomar una decisión de cual sería el plan ideal para seguir con ese paciente, teniendo en cuenta que es un paciente de un grupo de edad muy alto con alto riesgo para una cirugía mayor **PREGUNTA:** en que consiste un carcinoma transicional papilar grado 1 **RESPONDE:** un carcinoma transicional papilar grado 1, significa un cáncer maligno de vejiga, ese es el reporte que se tiene y aparece la historia de la cirugía que le realizaron en el Hospital San Jorge, nosotros no tenemos reporte, cuando yo lo atendí, porque ese paciente ya venía con una recurrencia tumoral sobre la pared lateral de la vejiga, con una posibilidad de un cáncer ya maligno e invasor de muy mal pronóstico **PREGUNTA:** como usted señala que es relativo al tema de la cirugía en el Hospital San Jorge, es decir, que eso es sinónimo de lo que usted escribió en la historia clínica bajo grado EHPV en la patología **RESPONDE:** si doctora, ese es el resultado de la patología de la cirugía que le practicaron al paciente en el Hospital San Jorge el urólogo cuando le hizo el diagnostico de un cáncer de vejiga...”

4.2.1. Celebración de audiencia de pruebas el 17 de febrero de 2021²⁸:

- Testimonios decretados a instancia **de la parte demandada Socimedicos S.A.S. y la llamada en garantía La Previsora S.A.:**

Médico General **Francisco Alejandro Arias Sánchez:**

“... Actualmente soy el Director Médico de la Clínica San Rafael -sede Megacentro de Socimedicos... **PREGUNTA:** ...sírvasse hacer un relato de lo que le conste al respecto **RESPONDE:** Conozco la historia clínica que he leído y los apartes de las atenciones de la clínica San Rafael y los momentos en que se dio la atención del usuario. Conozco que el señor de 89 años en su momento, en el año 2015, accedió al servicio de hemodinámica para el manejo de una condición cardíaca que debían descartar según solicitud de quien remitía que era el Hospital San Jorge en su momento, desconozco las causas específicas por las cuales la solicitaron porque le solicitaron fue un cateterismo y ecografía coronaria que es lo mismo y es un examen que se realiza para descartar afecciones cardíacas puntualmente del árbol coronario o es decir, que tenga problemas en su corazón, digamos en términos generales; posteriormente, el paciente consulta en unas oportunidades con el servicio de urología en cabeza del doctor Hernán Guerrero y el doctor Gaviria, en el cual, según lo que identifique en la historia clínica, siempre se solicitaba que el paciente acudiera con los resultados que favorecieran al especialista para dar una atención integral y completa y poderle resolver su situación. También consultó con la doctora Johanna Valencia para una valoración por cardiología, lo que resaltó de cada una de las anotaciones que hace en cada uno de los especialistas, es que hay necesidad de unos paraclínicos solicitados en dichas intervenciones para darle continuidad a la intervención y que son esenciales para poderle garantizar tanto al paciente como al mismo especialista la facilidad de brindar un proceso de atención dirigido a la patología y condición de usuario **PREGUNTA:** usted hace alusión a que el paciente no aportó unos paraclínicos, qué consecuencias tiene esto **RESPONDE:** pues cuando un paciente nos llega a cualquiera, bien sea médico general o especialista, en el manejo de una patología o una condición especial, máxime cuando se tratan de lesiones oncológicas, nosotros tenemos que tener unos exámenes que son específicos y otros que se llaman de extensión o de apoyo, me

²⁸ Documentos 43, 44 y 45 expediente digital SAMAI

explico, el examen específico en este caso, según lo que entendí de la historia clínica se estaba solicitando una biopsia, que es un resultado que inclusive desde el punto de vista de las redes de continuidad de la atención para los pacientes es absolutamente indispensable, porque es el que define si el paciente tiene, allí se define el pronóstico, el tipo de tratamiento, porque absolutamente ningún médico especialista por más certeza de que tenga de sus imágenes o de sus hallazgos clínicos, sino tiene esos paraclínicos que soporten la identidad del cáncer, la familia, el origen del cáncer, lo cual se provee con la patología, en unos términos coloquiales, quedamos con las manos atadas porque no podemos ponernos a pensar tan siquiera en desatar un plan de manejo para ayudar al paciente o iniciar un manejo coadyuvante, por eso era tan indispensable según entiendo en la historia clínica que se insistiere en allegar toda la historia clínica con todo lo que se pedía al usuario, según las notas que pone el Dr. Guerrero allí, en la que la pide en varias ocasiones y le solicita los paraclínicos pues para orientar la atención de usuario; están todos los otros exámenes que son de extensión que son parcial de orina, electrocardiograma y todo eso que son exámenes que se llaman de apoyo porque es con lo que usted en una condición del contexto clínico del paciente, puede llevar al paciente a un proceso médico más acertado y con una línea de atención más definida, de lo contrario no se podría abrir un proceso de atención claro para el paciente, simplemente se manejarían los síntomas y navegando a ciegas, en un paciente oncológico donde las indicaciones, si yo me atrevería a decir “no es que tenía cáncer”, era delicado porque yo no podría hacer una aseveración de estas sin esos exámenes y si no lo tenía, también el manejo era totalmente diferente, no se si me hice entender **PREGUNTA:** puede precisar en cuantas ocasiones se reiteró esa solicitud de exámenes que el paciente acudiera con los exámenes a los que usted ha hecho alusión **RESPONDE:** **si me permite señor Juez voy a mirar acá en el resumen que hice de la historia clínica, según lo que me llegó, tengo: en el 2015 cuando vino para la parte del cateterismo y en el 2015 también le piden una cistoscopia, prostatectomía, una RT transuretral, que no tengo la historia clínica del San Jorge para saber si se la hicieron, pero al parecer sí. El 17 de junio de 2015, lo remiten del desde el San Jorge donde ingresó el 16 de junio hospitalizado 28 días para realizar el cateterismo que ya había comentado, el 3 de diciembre de 2015, por una consulta ambulatoria allí le sospechan un tumor invasivo, un tumor vesical y le piden unos paraclínicos, esto sería la primera urología; la segunda fue el 29 de mayo de 2016 por valoración de urología, por la doctora Johanna quien también pide un parcial de orina y una valoración por urología y regresa el 04 de junio de 2016, con el doctor Guerrero, sin la patología y también hace una solicitud de procedimientos y paraclínicos y reportes que no aporta el paciente, luego el 15 de junio de 2016, sin reportes también de lo solicitado, hacen la anotación allí y la otra es el 30 de junio de 2016, donde ponen que tiene una próstata obstructiva, un tumor en vejiga, a definir manejo quirúrgico o radioterapia. El 09 de julio de 2016, tampoco aporta paraclínicos, sin reportes y el 13 de agosto de 2016, el doctor Gaviria también pide el reporte del urotac, ahí si llevó el urotac, tengo entendido que hace un reporte en la historia clínica, al parecer describe los hallazgos que eran consecuentes también con lo que habían encontrado en las cistoscopias, según esto y si de pronto se me fugo en una de las lecturas señor Juez, son entre 3 y 4 consultas por urología, donde no aporta los exámenes y una de cardiología donde pide valoración por el urólogo ante un hallazgo por lo que le manifiesta el paciente.**

Inicia interrogatorio la apoderada de la parte demandada, Socimedicos S.A.S

PREGUNTA: Podría recordarle al despacho cual es la especialización que usted tiene **RESPONDE:** en Gerencia hospitalaria y auditoria de la calidad **PREGUNTA:** hace más o menos cuánto tiempo usted trabaja de Director Médico de la Clínica **RESPONDE:** Como director médico yo inicie en el 2012 y ya voy a cumplir 09 años como director médico **PREGUNTA:** de acuerdo a ese conocimiento que usted tiene, usted nos podría indicar esos deberes que tiene el paciente en el sistema de atención integral o de salud

RESPONDE: a groso modo las responsabilidades que tiene el usuario es que debe aportar toda la información necesaria a quien lo está tratando para facilitar su proceso de atención, debe ser información que sea real y veras, porque no tenemos más que la palabra de usuario, cuando uno se enfrenta con un paciente, uno asume que lo que él está diciendo la verdad absoluta de acuerdo a su contexto clínico; en asistir puntualmente a las citas médicas que se le propongan y uno muy importante, es que debe estar siempre presto a los llamados de los servicios de salud, o sea, esos son los más fundamentales y como obligaciones pues como tal, y que necesitamos que el paciente este al lado de nosotros para ayudarlo, porque sin esa parte no tendríamos como completar su proceso terapéutico, digamos

PREGUNTA: usted en esa prestación de servicios médicos que hace Socimedicos al paciente Pablo Claver evidencia alguna demora en la programación de los servicios, si usted de pronto pudo hacer un cálculo de cada cuánto se le hicieron las valoraciones que él solicitaba o si le puede indicar al despacho incluso la periodicidad que usted identifica en esas historias clínicas **RESPONDE:** pues al parecer según el tiempo, o sea, determinarlo puntualmente cual es la secuencia que debe tener, porque hay unos intervalos de tiempo que dependen del usuario, me explico, en el momento en que yo como médico le genero una orden al paciente, el paciente queda con una orden de servicios en su mano, de allí depende que el paciente radique esa orden a la EPS y de allí se genere una autorización de servicios bien sea para procedimientos quirúrgicos o para paraclínicos o para una consulta externa, ese intervalo del tiempo es dependiente del usuario, en lo que conozco no sabría yo decirle las autorizaciones que intervalo tenía en su momento Cafesalud de manejo de respuesta, no tendría como certificar el tiempo, pero hay otro espacio de tiempo que tampoco es cuantificable o determinable porque es usuario dependiente, es el momento cuando el usuario tiene la autorización hasta que va al prestador y solicita los servicios, esos intervalos de tiempo desaparecen para la EPS y para el prestador y en este momento yo no tendría como darle respuesta a su pregunta específicamente en el sentido de que yo no tendría como decir cuál es el intervalo, simplemente unas consultas que se le brindaron al paciente sin determinar, porque se puede decir el paciente tenía la autorización guardada 3 meses, las autorizaciones por ejemplo, por EPS, según la EPS, tienen vencimiento, unas ponen a 60 días, otras a 90 días, de acuerdo al servicio que se solicite, entonces ese intervalo de tiempo fijarlo es difícil porque es usuario dependiente.

Inicia interrogatorio el apoderado de La Previsora S.A.

PREGUNTA: le mencionó al despacho en su declaración que el paciente ingresó a la clínica en varias ocasiones y que fue atendido por varias especialidades, dígame al despacho de acuerdo al conocimiento que usted tiene de la historia clínica, cual fue el diagnostico que tuvo en aquellas ocasiones **RESPONDE:** la primera vez que fue una remisión, es decir el paciente está hospitalizado en el San Jorge y lo remitieron para la valoración por cateterismo coronario, el resultado puntual no tengo el resultado del cateterismo, pero sé que se le realizó, pero si quiere puedo revisar la historia clínica, allí estaría el diagnostico no sabría si requieren que lo leamos, allí fue la primera interconsulta, es decir, el paciente está hospitalizado en San Jorge, le pide a San Rafael cuando en ese momento, en el 2015, solo teníamos la sede de cuba y le realizaron el cateterismo que es un procedimiento diagnostico para mirar si hay patologías de cáncer, seguramente se hace o lo solicitaron al parecer por una necesidad de darle claridad a la condición cardiaca del paciente para ser sometido a un procedimiento quirúrgico, mucha veces se hace para complementar las comorbilidades del paciente, el otro procedimiento es una consulta por cardiología, donde la doctora Johanna hace unas observaciones, le pide un parcial de orina que al parecer no es claro en la historia clínica, ella le pide un parcial de orina para complementar la sintomatología que el paciente manifiesta; las siguientes consultas son procedimientos diagnósticos que hace urología donde se insiste en una cistoscopia, que es un procedimiento que se hace vía directa a través de la uretra, según lo que ve el especialista, allí aclara que hay una lesión en la vejiga, invasiva, infiltrante, es la palabra que usa allí el especialista para decir que hay un tumor de vejiga, por la imagen se puede dilucidar o aclarar el tamaño o la magnitud del tumor según lo que directamente allí, y esas son las que se siguen suscitando a través de la evolución y valoraciones por el urólogo, tumor infiltran de

vejiga que comprende hasta la próstata, que si fuéramos muy retrospectivamente pues fueron las causas que lo llevaron a la hospitalización en el Hospital San Jorge, el desenlace final pues no conozco la historia clínica del San Jorge de que falleció el paciente, pero tengo entendido que lo que nosotros hicimos fue relacionado con la parte de patología oncológica **PREGUNTA:** quiere decir que las veces que ingreso a la Clínica San Rafael fue con ocasión a interconsultas por diferentes especialidades derivado de diferentes patologías que presentaba el paciente en urología y cardiología **RESPONDE:** al parecer sí señor, al tener cateterismo asumo que tenía una condición cardíaca, obviamente con la doctora Johanna Valencia como cardióloga y luego las que se suscitaron después del doctor Gaviria y del doctor Guerrero que fueron relacionadas con patología urológica.

Inicia interrogatorio la apoderada de la parte demandante

PREGUNTA: sírvase señalarle al despacho para el año 2016 ustedes como clínica San Rafael o Socimedicos SAS proveían a Cafesalud de servicio de laboratorio **RESPONDE:** no lo recuerdo, porque la parte contractual no la manejo yo, yo soy más de la parte operativa asistencial, la parte contractual no sabría yo específicamente si detalla laboratorios, porque desacuerdo a las EPS ellas pueden abrir red con otro prestador y varias cosas al mismo tiempo, pero no tengo la información en este momento para aclarar la pregunta, no sabría puntualmente. **PREGUNTA:** teniendo en cuenta que en el relato de la historia clínica, usted manifiesta que el paciente era mal informante, sírvase señalar en su experiencia médica que debe de hacer o que está consagrado hacer el médico cuando tiene un paciente mal informante **RESPONDE:** pues lo digo desde el punto de vista mío, en la práctica médica uno solicita que en la próxima consulta venga con alguien o solicita al paciente y le dice “venga en la próxima consulta venga con alguien que lo conozca más o me pueda brindar más información” porque no conocería el contexto, digamos cognitivo del paciente en su momento, o de su formación que pudiera defenderse o dar respuesta puntual a sus dolencias, o que me pudieran brindar una información, uno que trata de hacer, indagar e indagar varias veces con el paciente o el acompañante que está allí, tengo entendido que, según si recuerdo bien, las historias clínicas decían que con acompañante, no sabría quien fue y si tenía la información suficiente para darle acompañamiento al usuario, generalmente y aunque no está tácito o no conozco digamos una norma que diga que los adultos mayores deben asistir acompañados, generalmente uno los ve acompañados por la persona que los cuida que puede ser la persona que puede brindar más información, generalmente lo que uno hace es eso, uno le decía “cuando tenga más información me busca por un ladito y me la brinda”, es lo que a veces hacía uno en su momento, pero la responsabilidad vuelvo y recalco es el paciente debe garantizar tener la información y lo que suscita allí en la historia clínica es que le pedían información de paraclínicos y exámenes que se debía haber hecho y que debía soportar el informe de dichos exámenes, no sabría yo que más uno idearse para que lo acompañara alguien que tenga información, no conozco el mecanismo, no sabría que más hacer **PREGUNTA:** teniendo en cuenta ello y las circunstancias del interrogatorio que debe de hacerse a un paciente, sírvase señalarle al despacho, si en la historia clínica debería quedar establecidas circunstancias ajenas en el desarrollo de exámenes, autorizaciones, de lo que manifiesta el paciente de sus problemas para llevar a cabo los exámenes requeridos, si el médico debería realizar alguna anotación al respecto **RESPONDE:** la Resolución 1995 es la resolución que legisla la historia clínica, uno en la historia clínica tiene las libertades de poner lo que a consideración sirva para soportar la atención del usuario desde su condición clínica, de hecho la parte administrativa, muchos de los especialistas la ponen si ven en riesgo la vida del paciente o se solicita algo puntual a la EPS o a la aseguradora que se yo, pero en la historia clínica se consagra lo que respecta a la atención del usuario, por decir algo en el caso puntual poner “el paciente debe asistir con acompañante” eso es más puntual o alguien que conozca más información, eso es más puntual de lo que uno si podría poner, pero se volvería, pienso yo, eso ya es un concepto personal, que no tendría validez ponerse uno a poner todo porque el paciente le puede a uno informar a su amaño, entonces uno creería en poner verdades que lo meterían a uno en problemas, me explico, uno podría algo que dijera el paciente “es que a mí no me quisieron dar la autorización”

porque lo vemos diariamente, el paciente a veces ni siquiera ha llamado a pedir la cita y entonces ya dicen que es que nadie lo quiso atender, entonces yo creo que ahí se vería involucrado uno en faltar a la verdad por una información que quizás no sea real o por el contrario, puede que si sea, entonces esa parte que genera duda, yo por ejemplo como médico no me atrevería a ponerla pues me puedo poner en riesgo en decir lo que no es, afirmando con base solamente la parte administrativa que me manifieste el paciente **PREGUNTA:** la Clínica San Rafael cuenta con trabajadora social **RESPONDE:** el trabajo social no es una subsecuente, subcontratación u obligación contractual de acuerdo al contrato que se realice con la EPS, los trabajadores sociales son más de acompañamiento dentro de la parte hospitalaria, dentro de lo que yo conozco en mi contexto, de lo que llevo ya casi 16 años en la parte de instituciones de salud, no tengo información que recuerde en este momento que nos exija o obligue a las instituciones tener trabajadores sociales contratados para tal fin, conozco en la parte hospitalaria que se vuelven un factor coadyuvante en los pacientes que requieren acompañamiento de abandono social, que no tiene condiciones económicas.

Médico Anestesiólogo **Alejandro Agudelo Quintana:**

“...yo soy médico especialista en anestesiología de la universidad del Valle , soy médico anestesiólogo en la Clínica San Rafael y en la liga contra el cáncer... **PREGUNTA:** ...sírvasse hacer un relato de lo que le conste al respecto **RESPONDE:** me consta que yo hice una valoración preanestésica al paciente cuando requería al parecer una segunda intervención o una intervención de su patología de cáncer de vejiga , una segunda intervención y yo lo recibo a él en consulta preanestésica el 29 de septiembre de 2016 cuando yo lo tengo que valorar, según lo que refiere en la valoración mía, que encuentro que el paciente tiene de pronto un poquito de limitación para la marcha, lo que yo pongo en el examen físico, y me dan como antecedentes digamos de una forma incompleta por así decirlo en ese momento, por lo cual yo le solicito un electrocardiograma para ver cómo está la parte cardíaca, básica o base de él, y ya después para llevarlo a la intervención, básicamente ese es el contacto que yo tengo con el paciente **PREGUNTA:** usted indica que se le brindó información incompleta, esto implicó demora en la valoración, afectó el desarrollo de la atención **RESPONDE:** básicamente lo que representa es que uno tenga que pedirle exámenes, si ellos traen los exámenes pues no me toca perderlos y entonces digamos que no queda supeditado a una segunda valoración o a una revaloración **PREGUNTA:** usted lo valoró nuevamente **RESPONDE:** no, fue valorado por anestesia donde le dan curso a que siga con su intervención, muchas veces uno pide exámenes para que sean revalorados en el momento de la cirugía con el anestesiólogo que le corresponda o a uno le llegan pacientes que vienen con una valoración pendiente revalorar con exámenes complementarios para que al anestesiólogo en el momento de la intervención que requiera tenga más completa información, básicamente es por eso. La valoración preanestésica lo que busca es revisar que tipo de paciente tenemos, optimizarlo en algún sentido y si requiere ajustar alguna medicación y revisar como está el estado de acuerdo o en base a exámenes complementarios. Cuando los pacientes tienen todo completo pues uno en ese momento ya puede definir, listo, sigue para la intervención, si no tiene todo completo pues uno lo solicita, si requiere una segunda valoración uno la solicita o que se presente con esos exámenes precisamente para no interferir o no demorar más un proceso de tratamiento básicamente , en este caso se pidió un electrocardiograma para complementar la valoración y continuar con el proceso **PREGUNTA:** en este caso se pidieron estos exámenes y estos fueron valorados por quien y en qué etapa, ¿fueron valorados por otro anestesiólogo en el momento de cirugía? **RESPONDE:** sí señor, revisando la historia o el proceso, porque yo no vuelvo a tener contacto con el paciente, ahí es donde se ve que se continúa valorando y dándole curso a que se continúe con su intervención.

Inicia interrogatorio la apoderada de la parte demandada Socimedicos S.A.S.

PREGUNTA: usted le podría explicar al despacho, que tipo de paciente el señor Pablo Claver en ese momento que usted le hace esa valoración

preanestésica, la edad, cuáles eran las comorbilidades, de acuerdo al examen de preanestesia como encontró usted a ese paciente **RESPONDE:** voy a revisar la historia. Según la historia que yo le realizó y el momento en el que yo conozco al paciente, se trata de un paciente de 86 años de edad con un antecedente de una resección de un tumor de vejiga en septiembre de 2015, yo lo veo a él en el 2016, en septiembre de 2016, en los antecedentes que me refieren, me refieren artritis como tal y yo encuentro al paciente con una clase funcional disminuida por lo que yo encuentro que el paciente tiene una limitación para la marcha básicamente, aparte de eso lo encuentro anémico o con anemia en los exámenes que allí presentan, en los exámenes físicos o en la parte pues cardíaca o cardiovascular encuentro al paciente con unos signos vitales normales, estables, a pesar de que tenga su condición de anemia y básicamente que este cursando con este tumor, esos son los antecedentes que me mencionan allí, eso es lo que yo conozco de este paciente en ese momento **PREGUNTA:** dentro de la historia clínica hay una partecita, como un anexo, donde dice observaciones SS EKG usted podría decirle al despacho que significa esa sigla **RESPONDE:** se solicita electrocardiograma, ese es el examen que se solicita para mirar cómo está la parte cardíaca **PREGUNTA:** cuáles son las razones que soportan enviar al paciente o solicitar al paciente traer un electrocardiograma, eso es algo que se hace con todos los pacientes que van a consulta preanestésica o por las condiciones particulares del paciente **RESPONDE:** es un examen de rutina que se le solicita no a todos los pacientes, pero sí a la gran mayoría de pacientes de acuerdo a su edad, de acuerdo a la cirugía que se va a realizar, si la cirugía puede presentar por decir, riesgo de compromiso a nivel hemodinámico, o sea, de su parte circulatoria, es decir que haya pérdida sanguínea o pérdida de sangre, entonces hay que revisar como está el paciente de la parte base de su funcionamiento cardíaco para ver que si presenta alguna eventualidad durante la cirugía o después poder con otro examen o el mismo, ver si presentó cambios o no, de acuerdo a la parte cardíaca, si se deriva de la misma intervención o si se deriva de su patología previa o su estado previo, básicamente es para mirar, tener una base tanto para hacer el manejo como para hacer manejos posteriores en caso de cualquier complicación, ese un examen básico prácticamente en pacientes mayores de 75 años que uno envía cuando uno no conoce o para estudiar su estado cardíaco si tiene alguna patología previa cardíaca o si no la tiene también **PREGUNTA:** ese electrocardiograma tenía que ser actual o él podría haber llevado uno anterior, como funciona eso, o cada que le hagan la valoración de anestesia tienen que tomarle un electrocardiograma **RESPONDE:** no, eso es variable, eso depende y se ajusta a cada paciente en particular, entonces básicamente es así, el paciente puede presentar electrocardiogramas previos, que si los tiene no importa que sea de un mes, dos meses o de un año, no importa, si es normal, no importa y si el paciente se siente bien en ese estado, en la parte cardíaca, no importa, si es normal y el paciente ha tenido alteraciones o se encuentra con arritmias o con alguna cosa adicional hay que solicitar uno nuevo o resiente, si el que tiene es muy antiguo o si ya ha presentado o que el refiera cambios. En el presente caso el paciente no mencionaba nada de su condición previa que revisando la historia si tiene condición cardíaca previa pero no me presenta ningún electro ni ningún reporte de cateterismo ni nada de eso, en ese momento puede ayudarme a definir como esta su estado y darle contén unidad a su manejo o terminar la valoración preanestésica en esa sola vez.

Inicia interrogatorio el apoderado de La Previsora S.A.

PREGUNTA: dígame al despacho o aclaremos en que consistió, que usted indica que el paciente de acuerdo a su información médica no informaba nada, a que se refiere usted con esa manifestación **RESPONDE:** no informaba nada es que cuando uno les pregunta a los pacientes en la valoración preanestésica enfermedades previas que tenga, medicamentos que tome, me informó solamente de artritis, no me informó nada más en cuanto a medicamentos que tomara o procesos que le hayan realizado o que le realizaron un cateterismo o cosas así, no me informaba nada adicional a lo que presentó según yo revisando la historia de todos estos sucesos de otros controles que le realizaron cateterismo hace más o menos un año y no

presentó ningún reporte de esto, desde el momento en que yo le reviso la historia.

- Testimonios decretados a instancia **de la parte demandante:**

Julián Andrés Arcila Hernández:

“... **PREGUNTA:** usted ha sido llamado como testigo para que rinda su declaración en un proceso que cursa en este juzgado con motivo de la demanda presentada por la señora Luz Stela Hernández García y otros en contra del Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, la EPS Cafésalud, ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, la ESE Hospital San Jorge de Pereira y Socimédicos SAS por la presunta falla en la atención brindada al señor Pablo Claver Hernández. Sírvase hacer un relato de lo que le conste al respecto **RESPONDE:** **A don Pablo le hicieron la operación de la próstata , él estuvo bien un tiempo pero luego se puso mal a lo último, no le hicieron las radioterapias y lo mandaron para la casa** **PREGUNTA:** usted hace cuanto conoce a los demandantes **RESPONDE:** desde el año 2000 **PREGUNTA:** a quien conoce, me puede indicar **RESPONDE:** a Stella, al finado don Pablo, también a la esposa de don Pablo, doña Beiva y a doña Dora **PREGUNTA:** usted me indica que no le hicieron Radioterapias al señor Pablo, conoce usted si esas estaban ordenadas por un médico tratante **RESPONDE:** si, él estuvo un año esperando la radioterapia **PREGUNTA:** conoce usted si ese procedimiento o ese tratamiento había sido prescrito, si estaba ordenado por un médico **RESPONDE:** creo que estaba ordenado pero no lo habían llamado para ello **PREGUNTA:** pero usted está seguro o no de ese tratamiento **RESPONDE:** no pues yo no vi ningún papel ni nada pero sé que estaba esperando ese tratamiento **PREGUNTA:** indíquele al despacho porque le consta lo que acaba de afirmar **RESPONDE:** porque cuando los visitaba en la casa, él decía que estaba esperando ese tratamiento de las radioterapias **PREGUNTA:** cada cuanto usted lo visitaba **RESPONDE:** por ahí cada mes esos últimos meses.

Inicia interrogatorio la apoderada de la parte demandante

PREGUNTA: sírvase decirle al despacho si usted conoce al señor Julián Tamiba **RESPONDE:** si lo conozco **PREGUNTA:** sírvase señalar al despacho porque conoce al señor Julián **RESPONDE:** porque cuando visitaba a don Pablo él estaba cuidándolo, por eso lo distingo **PREGUNTA:** como era la relación del señor Julián con el resto de la familia del señor Pablo **RESPONDE:** era como de la familia, él estaba pendiente de don Pablo, la medicina, de las citas médicas y atendiéndolo a él **PREGUNTA:** sírvase señalar si conoce como era la relación entre Pablo y sus hijas **RESPONDE:** era una relación muy buena, Dora la de España trabajaba para enviarle lo del sustento, para las medicinas, taxis, para todo lo de la casa y Stella pendiente de don Pablo con todo lo de la casa, atendiéndolo con sus medicinas, llevándolo donde el médico y todo eso, por eso no podía trabajar **PREGUNTA:** cuéntenos si usted sabe o conoce en qué estado anímico quedó la señora Stella, el señor Julián y la señora Doralba y sus hijas respecto a la muerte de su abuelo **RESPONDE:** quedaron muy mal por la muerte de don Pablo y porque no recibieron una pensión a tiempo **PREGUNTA:** Sírvase señalar si conoce después de la muerte de don Pablo usted siguió visitando la casa familiar **RESPONDE:** si, por supuesto que si **PREGUNTA:** sírvase señalar como era el ambiente después de la muerte de don Pablo **RESPONDE:** pues soledad, porque Stella se encerró triste y sola allá en la casa, no salía de la casa, muy poco, solo por urgencias.

Inicia interrogatorio el apoderado de la demanda ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas

PREGUNTA: por favor explíqueme o detálleme a la audiencia lo siguiente, usted dijo que el paciente estuvo un año esperando radioterapia en el testimonio que acaba de rendir, por favor entonces indíquele al despacho si lo sabe, en que fechas y de que fecha a fecha fue esta espera **RESPONDE:** **aproximadamente desde el 2015, entre enero y febrero** **PREGUNTA:** por favor indíquele al despacho, exactamente quien le dijo a usted que el paciente estaba esperando el tratamiento, usted manifestó que

lo había escuchado decir en una de sus visitas **RESPONDE:** si cuando yo visite a don Pablo él me comentó que llevaba esperando las radioterapias **PREGUNTA:** por favor indíqueme al despacho o precísele, usted dijo que con una periodicidad de una vez al mes visitaba a don Pablo, usted puede indicarle al despacho cual era la dirección de don Pablo, donde hacia usted las visitas **RESPONDE:** la dirección exacta no, en el barrio Guadalupe...”

Lucero Gómez de Agudelo:

“... **PREGUNTA:** usted ha sido llamado como testigo para que rinda su declaración en un proceso que cursa en este juzgado con motivo de la demanda presentada por la señora Luz Stela Hernández García y otros en contra del Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, la EPS Cafésalud, ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, la ESE Hospital San Jorge de Pereira y Socimédicos SAS por la presunta falla en la atención brindada al señor Pablo Claver Hernández. Sírvese hacer un relato de lo que le conste al respecto **RESPONDE:** yo lo que me di cuenta es que él tenía cáncer de próstata y le hicieron una operación y nunca le hicieron quimios, él tenía que hacerse creo que una cirugía y nunca se la hicieron, le mandaban siempre los mismos exámenes hasta que se murió, eso es lo que yo puedo decir, lo que yo se **PREGUNTA:** porque le constan estos hechos **RESPONDE:** porque Stella nos contaba, vea que al papá no le hacían quimios, porque nosotros estábamos pendientes e íbamos a verlo, decía que nada que le hacían las quimios que le tenían que hacer otra cirugía ahí y nunca se la hicieron, siempre le mandaban los mismos exámenes hasta que nos dimos cuenta que se murió **PREGUNTA:** desde hace cuánto conoce usted a los demandantes **RESPONDE:** hace 20 años que somos vecinas de ellos **PREGUNTA:** puede describir a quien hace alusión **RESPONDE:** conocíamos a don Pablito, a Stella y la hermana de ella que vive en España cuando venía doña Dora, son las personas que conozco **PREGUNTA:** Dora era familiar de quien **RESPONDE:** era hermana de Stella **PREGUNTA:** y del señor Pablo que es **RESPONDE:** es hija de don Pablito y es hermana de Stella, ella vive en España y trabaja allá para ver por Stella y por el papá, porque Stella no podía trabajar por estar al pie del papá cuidándolo **PREGUNTA:** quien tenía bajo su cuidado al señor Pablo **RESPONDE:** Stella era la que lo cuidaba y un muchacho Julián que le colaboraba a ella, se quedaba con el cuándo Stella salía a hacer vueltas o se quedaba con don Pablo para ella hacer las vueltas **PREGUNTA:** y el señor Julián quien es **RESPONDE:** Julián es un amigo de Stella **PREGUNTA:** y él laboraba ahí cuidándolo **RESPONDE:** si ese muchacho a lo último estuvo ahí 8 meses ayudándole a cuidar al papá **PREGUNTA:** Cada cuanto visitaba usted a esta familia **RESPONDE:** yo de vez en cuando, cuando eso yo trabajaba y arrimaba a ver a don Pablito ya luego cuando lo hospitalizaron ya no pude ir al hospital porque siempre le dan prioridad a la familia **PREGUNTA:** pero cuantas veces iba usted a la casa, cuantas veces lo visitaba **RESPONDE:** yo pasaba por las noches y de vez en cuando arrimaba cuando pasaba del trabajo a verlo.

Inicia interrogatorio la apoderada de la parte demandante.

PREGUNTA: por favor sírvase señalar al despacho como era la relación familiar entre doña Stella, Doralba y don Pablo, como se llevaban ellos **RESPONDE:** bien, cuando ella venía de España, la relación yo veía que era muy bien, ella muy buena hermana y muy buena hija con el señor **PREGUNTA:** teniendo en cuenta que usted le manifestó al despacho que conoce al señor Julián, sírvase señalar como era la relación de don Julián con los demás miembros de la familia **RESPONDE:** pues según lo que yo tengo entendido doña Dora vivía muy agradecida porque le colaboraba a Stella con este señor **PREGUNTA:** sírvase señalar si conoce como era la relación de don Pablo con sus nietas las hijas de Doralba **RESPONDE:** bien, cuando ellas venían y vivían ahí con Stella él las quería mucho **PREGUNTA:** teniendo en cuenta que usted manifestó que es vecina de doña Stella. Sírvese señalar al despacho en qué condiciones quedó la señora Stella después de la muerte de su señor padre **RESPONDE:** Stella quedó muy sola pero su hermana es la que está al pendiente de ella, yo me he dado cuenta que la hermana es la que ve por ella porque está allá en España y

Stella no trabaja **PREGUNTA:** sírvase decirle al despacho si conoce si la señora Stella tuvo que ser sometida a algún tratamiento psiquiátrico o psicológico por la pérdida del papá **RESPONDE:** pues yo si me di cuenta que Stella cuando murió el papá ella si estuvo muy enferma, como con muchos nervios y todo, ella si quedó mal cuando se murió el papá.

Inicia interrogatorio la apoderada de la parte demandada ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira

PREGUNTA: quien acompañaba al señor Pablo a las citas médicas

RESPONDE: Stella siempre estaba con él y ya con este muchacho Julián cuando él estaba ahí en la casa el permanecía ahí ayudándole con él e iba y le hacia las vueltas, se queda con don Pablo cuando ella iba a salir

PREGUNTA: quien era el encargado de hacer las vueltas que usted señala y a que vueltas se refiere **RESPONDE:** vueltas de ir a llevar papeles, sacar citas, vueltas que ella necesitaba hacer el muchacho le colaboraba o él se quedaba con don Pablo para ella salir...”

Marina Hernández de Arcila:

“...**PREGUNTA:** usted ha sido llamado como testigo para que rinda su declaración en un proceso que cursa en este juzgado con motivo de la demanda presentada por la señora Luz Stela Hernández García y otros en contra del Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, la EPS Cafésalud, ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, la ESE Hospital San Jorge de Pereira y Socimédicos SAS por la presunta falla en la atención brindada al señor Pablo Claver Hernández. Sírvase hacer un relato de lo que le conste al respecto **RESPONDE:** del señor que murió pablo Claver Hernández, estuvo hospitalizado esperando una cirugía y se llegó el año y se murió esperando la cirugía, lo mandaron de San Jorge para la casa de él y allá murió en la casa esperando que lo llamaran para la cirugía y nada **PREGUNTA:** que cirugía estaba esperando **RESPONDE:** una cirugía de la próstata, que lo habían operado y tenían que hacerle otra cirugía que la necesitaba indispensablemente **PREGUNTA:** porque conoce usted eso **RESPONDE:** porque hace muchos años somos conocidos y los visitábamos, mi esposo y yo lo visitábamos a él, en el hospital y en la casa, entonces supe de la enfermedad de él **PREGUNTA:** conoce usted si se hicieron solicitudes de la cirugía a la que usted ha hecho mención **RESPONDE:** si por medio de la hija Stella, hacían muchas solicitudes, yo me di cuenta porque los visitaba muy de seguido y nada de nada **PREGUNTA:** y cuando usted lo visitaba como se enteraba usted de estos trámites **RESPONDE:** por medio de Stella de la hija que decía que vea que pesar **PREGUNTA:** hace cuando los conoce **RESPONDE:** hace varios años, muchos años, aproximadamente más de 15 años que los conocemos. **PREGUNTA:** quien conforma esa familia **RESPONDE:** Doralba, Luz Stella, las nietas Madelein y Madilin, las dos hijas y las dos nietas **PREGUNTA:** quien cuidaba al señor Pablo **RESPONDE:** Luz Stella estuvo ahí con ellos hasta que murió y Doralba mandaba para el sostenimiento.

Inicia interrogatorio la apoderada de la parte demandante.

PREGUNTA: sírvase señalar al despacho si en las visitas que hacía a doña Stella para visitar a don Pablo, conoció o se dio cuenta que labor realizaba el señor Julián **RESPONDE:** él vivió allá en la casa de ellos 08 meses, pero le pagaban para que estuviera al pie de Pablito para el aseo, para darle los medicamentos y lo mismo cuando estuvo en San Jorge también allá estuvo ahí viviendo con ellos **PREGUNTA:** el señor Julián vivía en la casa de don Pablo **RESPONDE:** exactamente, si **PREGUNTA:** sírvase señalar como era el trato de don Pablo con don Julián **RESPONDE:** lo trataba como un hijo porque él era muy cariñoso con el viejito, con Pablito, lo trataba como un hijo y él también como el papá. En los ratos que yo estaba ahí de visita lo fiscalizaba como era, el viejito le tenía cariño y lo mismo Julián a él, muy cariñoso para darle medicamentos y hacerle el aseo **PREGUNTA:** sírvase señalar al despacho si conoce cuales fueron las condiciones anímicas de Doña Stella y doña Doralba si las conoce **RESPONDE:** muy buenas hijas muy pendientes tanto Doralba para mandar el dinero, muy buenas hijas, ellas quedaron muy tristes, horrible, vivieron muy tristes, ya después de morir tienen que tener paciencia.

Inicia interrogatorio la apoderada de la parte demandada ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira

PREGUNTA: por favor aclárenos si la señora Luz Stella Hernández está viva **RESPONDE:** si claro está viva.

Interroga nuevamente el Juez

PREGUNTA: indica usted que el señor Julián trabajaba cuidando al señor Pablo **RESPONDE:** le pagaban para estar pendiente de Pablito allá en la casa **PREGUNTA:** a partir de cuándo lo conoció **RESPONDE:** hace por

ahí unos 4 o 5 años que lo distinguí allá en la casa...”

5. Análisis jurídico.

5.1. El daño.

Respecto a la existencia del daño como elemento primario para desarrollar el análisis de los elementos constitutivos de la responsabilidad del Estado, de conformidad con el material probatorio obrante en el dosier, le es dable a esta Sala afirmar, que sí existió un daño que se revela en la muerte del señor Pablo Claver Hernández Marín, ocurrida el día 09 de noviembre de 2016, tal como consta en la anotación registrada en la historia clínica seguida en la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas²⁹ de ese mismo día:

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla: 11U714-F01
Fecha Historia: 09/11/2016 08:51 p.m.
Lugar y Fecha: DOS QUEBRADAS, RISARALDA 09/11/2016 08:51 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1336525 PABLO CLAVER HERNANDEZ MARIN
Administradora: CAFESALUD EPS Convenio: CalCap1erNivel Tipo de Usuario: SUBSIDIADO ESTRATO 2
No Historia: 1336525 Cons. Historia: 6327058
Atención: Urgencias



Datos Generales
Fecha: 09/11/2016
Nombre: PABLO CLAVER HERNANDEZ MARIN
Hallazgos: ASISTE LA HIJA LUZ ESTELA HERNANDEZ CC 42002864 REFIRIENDO MUERTE DEL PACIENTE EN CASA EL DIA DE HOY A LAS 18+55, REFIERE LLEVABA DORMIDO 3 DIAS, NO REACTIVO AL MEDIO, CON ALTERACION EN LAS 3 ESFERAS. PACIENTE CON AP DE CANCER EN VEJIGA MALIGNO CON RESECCION ANTERIOR. HACE 20 DIAS CONSULTO AL HOSPITAL Y FUE REMITIDO AL HUSJ. FAMILIA APORTA HISTORIA CLINICA DONDE DOCUMENTAN DELIRIO HIPOACTIVO CANCER DE VEJIGA RECIDIVANTE CON MASA QUE OCUPA EL 100% DE LA VEJIGA, MASA PELVICA. ENFERMEDAD RENAL CRONICA REAGUIDAZA POR ENFERMEDAD POSRENAL, CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA Y MICROVASCULAR, HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA, ANEMIA CRONICA, HIDRONEFROSIS GRADO III. HIPERNATREMIA, UROLOGIA SOLICITO CISTOSCOPIA, PERO POR MAL ESTADO CLINICO Y MAL PRONOSTICO DEL PACIENTE SUSPENDEN PROCEDIMIENTO Y DAN SALIDA PARA CUIDADO PALIATIVO. REFIERE FAMILIAR CONTINUO CON IGUAL ESTADO CLINICO EN CASA. SE REvisa CUERPO TRAI DO POR FUNERARIA, SIN SIGNOS DE VIOLENCIA O MALTRATO, CON LIVIDECS POSTERIORES, SIGNOS VITALES AUSENTES. SE CERTIFICA MUERTE CON NRO: 71224835-8, SE LE ENTREGA CERTIFICADO A LA HIJA LUZ ESTELA HERNANDEZ GARCIA

Dx. Justifica la Estancia
Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA Dx. Principal: D090-CARCINOMA IN SITU DE LA VEJIGA

En igual sentido, dentro del plenario reposa Registro Civil de Defunción³⁰ en el cual consta que el adulto mayor falleció el día 09 de noviembre de 2016, a la edad de 86 años.

Ahora bien, establecida la existencia del daño, aspecto que no es discutido por las partes, abordará la Sala el análisis de la imputación con el fin de determinar, bajo los argumentos expuestos en el recurso de apelación, **si en el caso concreto el daño deviene atribuible o endilgable por acción u omisión (I) a la EPS Cafesalud y (II) a la Superintendencia de Salud** y, por lo tanto, si éstas se encuentran en el deber jurídico de resarcir los perjuicios que de dicho daño se

²⁹ Página 127 del archivo N° 001 del expediente digital.
³⁰ Página 11 del archivo N° 001 del expediente digital

derivan o si, por el contrario, como lo concluyó el *a quo* en el *sub lite* no confluyen los elementos para endilgar responsabilidad a las acusadas.

5.2 La imputación del daño.

5.2.1. Corresponde al Tribunal establecer en esta instancia, a la luz del artículo 90 de la Constitución Política y de conformidad con las pruebas legal y oportunamente arrimadas al plenario, si el daño causado es atribuible a Cafesalud EPS y la Superintendencia de Salud; en este caso particular, ante la muerte del señor Pablo Claver Hernández Marín, pues según lo afirmado en el escrito de la demanda y en los aspectos cuestionados por la parte demandante en la sustentación del recurso de alzada, dicho daño es atribuible a las mencionadas entidades al configurarse una falla en la prestación del servicio médico.

En primera medida, es menester referir que la Ley 100 de 1993³¹, dispone que el sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten (art. 1) precisando en su artículo 153³², entre otros, como principios del sistema general de seguridad social en salud, el de la **universalidad** (cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida), **igualdad** (se garantiza a las personas residentes en el territorio colombiano sin discriminación, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños), **prevalencia de derechos** (es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral) y **calidad** (los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada).

Teniendo en cuenta lo anterior, pasará la Sala a resolver las oposiciones planteadas en el recurso de apelación y que se sintetizan en **i)** demora en las autorizaciones por parte de Cafesalud EPS, **ii)** no se tuvo en cuenta la condición especial de protección que tenía el paciente por ser un adulto mayor, **iii)** el tratamiento inicial fue en el HUSJ pero el cambio de prestador generó traumatismo en el tratamiento y por lo cual le correspondió iniciar de nuevo **y, iv)** la entidad EPS CAFESALUD que se encontraba bajo vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud estaba obligada

³¹ Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

³² Modificado por el artículo 3 de la Ley 1438 de 2011

a suministrar protección al paciente y más cuando existía un diagnóstico de cáncer de próstata, en donde las autorizaciones debían de ser atendidas con más celeridad y con el acompañamiento debido al núcleo familiar.

Para dilucidar dichos aspectos esta Sala abordará lo concerniente a la responsabilidad que según la parte actora le asiste a la Superintendencia Nacional de Salud y a Cafesalud EPS y, de la siguiente manera:

5.2.2. De la responsabilidad por parte de la Superintendencia Nacional de Salud:

Aduce la recurrente que dicha Superintendencia tenía la obligación de vigilar a la EPS Cafesalud en lo que tiene que ver con el cumplimiento de la protección especial de la cual gozaba el señor Pedro Claver Hernández, por ser un adulto mayor.

Al respecto, considera la Sala que, debe tenerse en cuenta las funciones para las cuales fueron creadas las superintendencias y a partir de allí determinar si existió una alguna omisión por parte de la Superintendencia de Salud dentro del presente asunto.

5.2.2.1. La responsabilidad del Estado por el desempeño de las funciones de inspección, vigilancia y control a cargo de las Superintendencias.

Las potestades de inspección, vigilancia y control ejercidas por la Administración Pública podrían ser definidas como el conjunto de medidas coercitivas utilizables por el Estado, especialmente a través de la Administración, para que los particulares ajusten sus quehaceres a fines de utilidad pública y a la preservación del orden público, de suerte que la policía administrativa está acompañada de un carácter eminentemente preventivo que la distingue de la policía judicial, encargada fundamentalmente de tomar parte en la represión y sanción de los atentados contra el orden público una vez éstos hayan ocurrido.

Las superintendencias, entonces, tienen a su cargo el ejercicio de una modalidad de la policía administrativa cual es la función de inspección, vigilancia y control de diversos ámbitos de actividad de las personas, en los precisos términos dispuestos por la ley o por la correspondiente delegación o desconcentración de funciones originariamente atribuidas al Presidente de la República, legalmente autorizadas; así lo ha indicado el Consejo de Estado³³, como se advierte en los siguientes apartes:

“La Superintendencia ejerce facultades de policía administrativa, con el objeto de cumplir las funciones de vigilancia en relación con el suministro

³³ Concepto de la Sala de Consulta del 16 de junio de 1997, Rad. 931, M.P.: Luis Camilo Osorio.

en los servicios públicos y del control de las personas prestadoras; para ello tiene facultades sancionatorias y de intervención estatal por las violaciones contra la ley y los actos administrativos a que estos se deben sujetar. Sus medidas comprenden la imposición de multas, concertar planes de gestión y la toma de posesión de entidades o empresas”.

Una de las expresiones más claras de la intervención del Estado, junto a la regulación, es el ejercicio de facultades de inspección, vigilancia y control³⁴, las cuales se adelantan a través de las distintas superintendencias. Así, frente a estas últimas, la jurisprudencia del Consejo de Estado³⁵ ha señalado:

«Y uno de los instrumentos más caracterizados de esa intervención del Estado en el mercado de los servicios públicos domiciliarios lo configura la Superintendencia. Así lo tiene determinado esta Corporación:

“Como ya se advirtió, la implantación de este ‘nuevo servicio público’ exige una intervención fuerte de las autoridades del sector en orden a proteger al usuario final, dentro de las cuales, la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios es expresión esencial del papel directivo del Estado en la economía, como que éste se reserva, en una economía concurrencial, las funciones de policía administrativa en razón a las externalidades propias del mercado. La Superintendencia encarna, pues, el rol insustituible del Estado: ese reducto de lo público que no puede ser decidido por la racionalidad privada”»

A través de las distintas superintendencias, el Presidente de la República ejerce las funciones de inspección, vigilancia y control en materia de educación, servicios públicos, las actividades financieras, bursátil, aseguradora, y de manejo, aprovechamiento o inversión de recursos captados del público, las entidades cooperativas, las sociedades mercantiles y las instituciones de utilidad común³⁶.

La función de supervisión de las superintendencias tiene como propósito asegurar el cumplimiento de las normas que regulan la actividad sobre la que se ejerce la supervisión, proteger el sector económico o social que controla, y promover su desarrollo y estabilidad³⁷.

³⁴ Bosquejado en los términos precedentes el régimen jurídico de la intervención del Estado en la economía y más precisamente en la esfera de los servicios públicos, debe ponerse de relieve que el ejercicio de la función reguladora constituye uno de los instrumentos más representativos y característicos de la intervención del Estado, junto con el ejercicio de las funciones de control y vigilancia, con lo cual el ordenamiento jurídico busca contribuir a la realización de los fines de nuestro Estado social de derecho, a la concreción efectiva de las libertades económicas y a la satisfacción de las necesidades colectivas. Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Primera. Sentencia del 30 de abril de 2009. Radicación número: 11001-03-24-000-2004-00123-01.

³⁵ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia del 26 de enero de 2006. Radicación número: 54001-23-31-000-2002-01944-01(AP)

³⁶ Las superintendencias forman parte de la estructura de la Rama Ejecutiva en el nivel nacional, y están creadas – con o sin personería jurídica – para ejercer por delegación las funciones de inspección, vigilancia y control que el artículo 189 de la Constitución Política asigna al Presidente de la República sobre la enseñanza (numeral 21), los servicios públicos (numeral 22), las actividades financiera, bursátil, aseguradora y de manejo, aprovechamiento o inversión de los recursos captados del público, las entidades cooperativas, las sociedades mercantiles (numeral 24) y las instituciones de utilidad común (numeral 26). Consejo de Estado. Sala de Consulta y Servicio Civil. Concepto del 6 de febrero de 2008. Radicado número: 11001-03-06-000-2017-00129-00(C).

³⁷ Dentro de este marco, la actividad de las superintendencias, corresponde al ejercicio de la función de policía, que se halla subordinada al poder de policía, lo que significa que su actuación está dirigida

Igualmente, las potestades de inspección, vigilancia y control tienen una función preventiva y deben ejercerse tomando en cuenta, no la realidad formal, sino material.

Finalmente, es importante señalar que las referidas potestades de supervisión deben adelantarse en estricto cumplimiento del derecho al debido proceso. Así, en la sentencia **C-165 de 2019**, la Corte Constitucional indicó:

«Adicionalmente, es claro que dichas funciones deben ser ejercidas con estricto apego a lo dispuesto en el artículo 29 de la Constitución el cual establece que “el debido proceso se aplicará a toda clase de actuaciones judiciales y administrativas.” La Corte Constitucional ha definido el debido proceso administrativo como el conjunto complejo de condiciones que le impone la ley a la administración, “materializado en el cumplimiento de una secuencia de actos por parte de la autoridad administrativa”. Por lo tanto, las actividades de inspección, vigilancia y control están sujetas a la observancia de las normas de procedimiento especial que regulen su alcance, y en ausencia de norma especial se deberá dar aplicación al procedimiento general del CPACA en lo que resulte pertinente».

A través de la Ley 15 de 1989³⁸, se creó la Superintendencia Nacional de Salud, entidad que hasta ese momento se denominaba Superintendencia de Seguros de Salud. Fue concebida como un organismo adscrito al Ministerio de Salud, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.

De conformidad con el artículo 4º de la Ley 15 de 1989, la Superintendencia Nacional de Salud fue creada para:

«...[E]jercer control, inspección y vigilancia sobre las actividades que conciernen a la prestación de los Servicios de Salud en los Seguros Sociales Obligatorios, asistencia pública, atención médica a cargo de entidades creadas o sostenidas por el Estado y liquidación, recaudo y transferencia de los recursos fiscales que se apliquen a tales actividades...»

Desde esa época hasta la fecha, ha tenido diferentes reestructuraciones para su funcionamiento, entre las cuales se destacan:

- El Decreto Ley 1472 de 1990, mediante la que se le asignó la calidad de autoridad técnica en materia de inspección, vigilancia y control.
- Con base en la Constitución Política de 1991, se expidió el Decreto

a la cumplida aplicación de las normas que regulan el campo de actividad sobre el cual aquellas ejercen las funciones de inspección, vigilancia y control que les son encomendadas, con miras además, a propender por la protección del sector económico o social objeto de control, por su desarrollo y estabilidad, así como por el cumplimiento de las demás funciones que específicamente se le hayan encomendado a la respectiva superintendencia, a partir del cumplimiento de su actividad principal de inspección, vigilancia y control. Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia del 8 de marzo de 2007. Radicación número: 11001-03-26-000-1998-00017-00(15071).

³⁸ Ley 15 de 1989 (enero 11), «Por la cual se expiden normas sobre organización, financiamiento y control de los servicios de salud y asistencia pública, se reorganiza la Superintendencia de Seguros de Salud y se dictan otras disposiciones».

2165 de 1992, que le asignó la calidad de autoridad técnica de inspección, vigilancia y control de las cajas de compensación familiar.

- Con el Decreto 1259 de 1994, se dispuso que la Superintendencia Nacional de Salud ejercería funciones de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Actualmente, la Ley 1122 de 2007, establece que el Sistema de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entendido como un conjunto de normas, y procesos articulados entre sí, estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Finalmente, el artículo 4º del Decreto 1018 de 2007, en consonancia con el artículo 3º del Decreto 2462 de 2013 disponen que la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la inspección, vigilancia y control respecto de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre los que se encuentran las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado (EPS).

El Decreto 2462 de 2013³⁹ define la naturaleza de la Superintendencia Nacional de Salud en los siguientes términos: *«[...] como cabeza del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es una entidad de carácter técnico adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente»*⁴⁰.

El artículo 6º del Decreto 2462 de 2013⁴¹ consagra como unas de las funciones de la Supersalud, en asuntos societarios las de:

«...Funciones. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las siguientes funciones:

[...]

24. Autorizar o negar previamente a las Entidades promotora de Salud – EPS, a las empresas de medicina prepagada y al servicio de ambulancia prepagada, cualquier modificación a la razón social, sus estatutos, cambios de la composición de la propiedad, modificación de su naturaleza jurídica, escisiones, fusiones y cualquier otra modalidad de transformación así como la cesión de activos, pasivos y contratos y otros mecanismos aplicables.

[...]

26. Realizar los procedimientos de fusión, adquisición, liquidación, cesión de activos, pasivos y contratos, toma de posesión para administrar o liquidar y otras acciones y medidas especiales aplicables a las entidades promotoras y prestadoras, que permitan garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud, cuando concurran las causales

³⁹ Por medio de la cual se modifica la estructura de la Supersalud.

⁴⁰ ARTÍCULO 1º DEL DECRETO 2462 DE 2013.

⁴¹ Modificado por el artículo 1º del Decreto 1765 de 2019.

previstas en la ley y en ejercicio de su función de control...»

La función principal de la Supersalud es la de ejercer la inspección, vigilancia y control dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Así, el artículo 68 de la Ley 715 de 2001 establece que la Supersalud *«tendrá como competencia realizar la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las normas constitucionales y legales del sector salud y de los recursos del mismo»*.

Por su parte, **el artículo 121 de la Ley 1438 de 2011** estableció los sujetos que se encuentran sometidos a la supervisión de la Supersalud, la cual es integral sólo para sus actividades de salud:

«... Serán sujetos de inspección, vigilancia y control integral de la Superintendencia Nacional de Salud:

121.1 Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, las Empresas Solidarias, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las actividades de salud que realizan las aseguradoras, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las administradoras de riesgos profesionales en sus actividades de salud. Las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud, sin perjuicio de las competencias de la Superintendencia de Subsidio Familiar.

121.2 Las Direcciones Territoriales de Salud en el ejercicio de las funciones que las mismas desarrollan en el ámbito del sector salud, tales como el aseguramiento, la inspección, vigilancia y control, la prestación de servicios de salud y demás relacionadas con el sector salud.

121.3 Los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos.

121.4 La Comisión de Regulación en Salud y el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, o quienes hagan sus veces.

121.5 Los que exploten, produzcan, administren u operen, bajo cualquier modalidad, el monopolio rentístico de loterías, apuestas permanentes y demás modalidades de los juegos de suerte y azar.

121.6 Los que programen, gestionen, recauden, distribuyan, administren, transfieran o asignen los recursos públicos y demás arbitrios rentísticos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

121.7 Las rentas que produzcan cervezas, sifones, refajos, vinos, aperitivos y similares y quienes importen licores, vinos, aperitivos y similares y cervezas.

121.8 Los que exploten, administren u operen, bajo cualquier modalidad, el monopolio rentístico de los licores...» (Subraya la Sala)

En desarrollo de sus facultades de supervisión, la Superintendencia Nacional de Salud puede verificar la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a su vigilancia, y ordenar los correctivos necesarios para superar las situaciones críticas o irregulares en que estas se encuentren.

Así, el artículo 35 de la Ley 1122 de 2007 señala:

Para efectos del presente capítulo de la ley, se adoptan las siguientes definiciones:

A. Inspección: *La inspección, es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud dentro del ámbito de su competencia.*

Son funciones de inspección entre otras las visitas, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas.

B. Vigilancia: *La vigilancia, consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud para el desarrollo de este.*

C. Control: *El control consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera, económica, técnica-científica, administrativa) de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión⁴². (Subraya la Sala)*

Del régimen anterior, la Sala observa que, si bien la Supersalud tiene un control integral sobre las entidades de salud, expresamente la ley menciona que es respecto de sus actividades de salud.

De conformidad con lo anterior, evidencia la Sala que de la prueba aportada al dossier no se evidencia que la Superintendencia aquí demandada, no haya desplegado de manera diligente, prudente, cuidadosa, objetiva y suficientemente justificada sus labores de inspección, vigilancia y control, pues en lo que tiene que ver con el caso del señor Pedro Claver Hernández no existe denuncia, ni mucho menos queja alguna por parte de los demandantes que la hagan actuar de manera directa en el caso que aquí se discute, advirtiendo además que no existe prueba que demuestre alguna omisión por parte de Supersalud que la haga acreedora de resarcir los perjuicios sufridos por la muerte del señor Hernández Marín, máxime si dicha entidad no tuvo injerencia en la materialización del daño aquí discutido, pues en modo alguno tuvo relación con las atenciones brindadas al señor Hernández Marín.

⁴² Sin perjuicio de la anterior normativa, el artículo 228 de la Ley 222 de 1995, le otorga igualmente a la Supersalud una competencia sobre asuntos societarios de una institución prestadora de servicios de salud, siempre que la ley, de manera expresa, se las haya otorgado:

Artículo 228. Competencia Residual. Las facultades asignadas en esta ley en materia de vigilancia y control a la Superintendencia de Sociedades serán ejercidas por la Superintendencia que ejerza vigilancia sobre la respectiva sociedad, si dichas facultades le están expresamente asignadas. En caso contrario, le corresponderá a la Superintendencia de Sociedades salvo que se trate de sociedades vigiladas por la Superintendencia Bancaria o de Valores..

Así, una vez contrastadas las funciones a cargo de la Supersalud, con las pruebas aportadas al plenario, se puede afirmar que la parte demandante no logró demostrar que la Superintendencia de Salud haya dejado de cumplir sus funciones de inspección, vigilancia y control a ella instituidas, así como tampoco logró probar que, en razón del supuesto incumplimiento de su obligación de vigilancia se hubiese materializado el daño; es decir, que dicho supuesto actuar omisivo haya repercutido en la muerte del señor Pedro Claver Hernández Marín; esto, si se tiene en cuenta que de la historia clínica no se logra extraer alguna negativa de los servicios de salud prestados al paciente, así como tampoco se evidencia que se hayan vulnerado sus derechos fundamentales como adulto mayor.

Lo anterior permite entonces evidenciar que, como lo concluyó el *A quo*, en el caso de marras, **no es dable atribuir responsabilidad alguna a la Superintendencia Nacional de Salud**, pues no se logra acreditar un incumplimiento en sus funciones de inspección, vigilancia y control y por ello, no le asiste razón a la parte apelante en el cargo formulado contra la sentencia de primera instancia frente a esta última entidad.

Nótese, que las actividades de inspección, vigilancia y control son generales, lo que significa que la Superintendencia no tiene la carga de intervenir en cada uno de los procedimientos o actividades que se realicen a todos y cada uno de los pacientes en Colombia, como pareciera plantearlo de forma abstracta el recurso de apelación, por lo tanto, respecto de dicha autoridad, deberá confirmarse el fallo de primera instancia que negó las pretensiones de la demanda.

5.2.3. De la responsabilidad por parte de la EPS Cafesalud S.A.

Alega la parte actora en el escrito de apelación que existió demora en las autorizaciones y que el cambio de prestador del servicio generó traumatismo en el tratamiento, lo que repercutió en el desenlace del paciente.

Para determinar si existió o no, mora en el otorgamiento de autorizaciones, tanto para exámenes, como para procedimientos y consultas, será del caso, analizar las atenciones brindadas al señor Pedro Claver Hernández Marín a través de la historia clínica aportada, en cada una de las instituciones de salud y con ello, esclarecer si todo lo ordenado por el médico tratante fue realizado dentro de un término prudencial. Lo anterior, porque no se aporta con la demanda, ningún documento específico, emanado de la EPS referido a autorizaciones para tratamientos o procedimiento del señor Pablo Claver Hernández Marín.

PRIMER PERÍODO DE HOSPITALIZACIÓN (01 de marzo de 2015 al 28 de junio de 2015)

De las pruebas arrimadas al proceso, se logra extraer que el señor Pablo Claver Hernández Marín, ingresó al servicio de urgencias de la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas el día **1° de marzo del año 2015**, por presentar retención urinaria con más de diez días de evolución; en dicha institución, se intentó colocar una sonda vesical cuyo procedimiento fue infructuoso, motivo por el cual, tuvo que ser tratado con punciones suprapúbicas para lograr la evacuación de la vejiga y se dispuso la remisión del paciente a un nivel de mayor complejidad, el paciente presentaba sangrado en la orina (hematuria) y fue diagnosticado con hidronefrosis grado 2 derecha, además se le realizó una ecografía la cual permitió documentar la presencia de una masa.

De los exámenes y procedimientos requeridos en la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, se tienen los siguientes:

Examen o procedimiento requerido	Fecha de orden o solicitud	Fecha de realización
Cistoscopia	10/04/2015	05/06/2015 Se contraindica por sospecha de neoplasia ordena remisión
Ecografía vías urinarias	10/04/2015 03/06/2015	05/06/2015
Valoración por urología	03/06/2015	05/06/2015
Remisión paciente nivel III	03/06/2015	05/06/2015

Lo anterior, demuestra que en las atenciones realizadas por la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, desde que el paciente ingresa hasta cuando es remitido al Hospital Universitario San Jorge de Pereira, no se evidencia alguna mora en la realización de procedimientos, pues de la historia clínica se puede extraer que cada una de las órdenes para exámenes, así como la orden de ecografía y valoración por interconsulta, se realizaban entre 1 y 2 días siguientes a la solicitud, también se logró demostrar que tuvo una atención adecuada, toda vez que tuvo constante observación por el personal médico, quienes actuaron de acuerdo a las dolencias del paciente a quien se le cambia la sonda de manera constante y se le trata la molestia que en ese momento lo aquejaba.

Sin embargo, al presentar la creatinina alta y que tenía poco drenaje por la sonda suprapúbica, además de una sospecha de neoplasia intravesical, se remite el día **05 de junio de 2015**, con la anotación que había sido valorado por urología, quien ordenó su remisión a un nivel III de atención para realizarle la cistoscopia ordenada y dilatación uretral, remisión que también ocurrió a los dos días de ser ordenada y **fue ingresado al día siguiente; esto es, el 06 de junio de 2015 al Hospital San Jorge de Pereira.**

En consecuencia, en lo que tiene que ver con las atenciones de la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, no se evidencia alguna mora injustificada a cargo de la EPS Cafesalud, pues en el período de atención dentro del establecimiento de salud, fueron realizados los exámenes ordenados, la interconsulta solicitada y la remisión temprana.

Ahora, en lo que tiene que ver con la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, en la historia clínica aportada, se observa que, en efecto, la remisión se llevó a cabo el día **05 de junio de 2015** y allí se anotó que en Dosquebradas **se le había realizado una ecografía de vías urinarias que había reportado una posible lesión neoplásica de vejiga** y que allí había sido valorado por urología, quien ordenó la remisión para la realización de la cistoscopia con el fin de descartar la neoplasia.

De los exámenes y procedimientos requeridos en la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, se tienen los siguientes:

Examen o procedimiento requerido	Fecha de orden o solicitud	Fecha de realización
Tomografía computada abdomen y pelvis	06/06/2015	08/06/2015
Cistoscopia	06/06/2015	09/06/2015
Exámenes de sangre	07/06/2015	07/06/2015
Exámenes urología	07/06/2015	07/06/2015
Valoración por urología	05/06/2015	06/06/2015
Valoración por anestesiología	09/06/2015	11/06/2015
Ecocardiograma con stress farmacológico	11/06/2015	13/06/2015
Prostatectomía transuretral y Resección transuretral vesical	11/06/2015	Se difiere por cateterismo
Cateterismo cardíaco	13/06/2015	16/06/2015 Clínica San Rafael
Exámenes de sangre	13/06/2015	13/06/2015
Revaloración por anestesiología	18/06/2015	18/06/2015
Prostatectomía transuretral y Resección transuretral vesical	11/06/2015	19/06/2015
Exámenes de sangre	18/06/2015	18/06/2015
Valoración por urología	19/06/2015	28/06/2015
Solicitud de exámenes (hemograma, hemoglobina, hematocrito, recuento de eritrocitos)	23/06/2015	25/06/2015
Alta cardiología	26/06/2015	26/06/2015
Alta urología	28/06/2015	28/06/2015
Control urología en 2 meses	21/07/2015	22/10/2015
Control cardiología	26/06/2015	19/08/2015
Control cardiología	19/08/2015	30/11/2015

De la tabla anterior, se logra evidenciar que todos los procedimientos y exámenes solicitados por los médicos tratantes fueron realizados, sin que en ningún aparte de la historia clínica se registre alguna demora por falta de autorización o que se encuentre a la espera de autorización por la EPS; luego entonces, de las atenciones prestadas en la ESE Hospital Universitario San Jorge, tampoco se puede inferir una demora en autorizaciones como lo pretende hacer valer la parte apelante, máxime si

se logra evidenciar que todas fueron realizadas dentro de un tiempo prudencial, pues se realizan dentro de los 2 o 3 días después de ordenadas, atendiendo el estado de salud del paciente.

Finalmente, frente a este primer período de hospitalización, en lo que respecta a las atenciones prestadas por la Clínica San Rafael, es necesario precisar que dicha institución recibió al paciente únicamente en el primer período de hospitalización, **el 16 de junio de 2015** para realizar una arteriografía coronaria y posteriormente el 03 de diciembre de 2015 para realizar una cistoscopia transuretral, las cuales fueron realizadas el mismo día de ingreso a la Clínica sin ninguna anotación de demora en autorización por parte de la EPS, pues valga reiterar que las mismas se realizan el mismo día de ingreso y con las pruebas del expediente se puede evidenciar que la arteriografía fue solicitada **el 13 de junio de 2015** por los médicos del Hospital San Jorge.

SEGUNDO PERÍODO DE HOSPITALIZACIÓN (19 de octubre de 2016 al 08 de noviembre de 2016).

El **19 de octubre de 2016**, el paciente ingresó nuevamente al servicio de **urgencias** de la ESE HUSJ, al ser remitido de la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, por retención urinaria. En enfermedad actual, se indicó que se trataba de un paciente de 86 años, que venía acompañado de su hija, que tenía antecedentes de cardiopatía isquémica, que en la última valoración por cardiología se había anotado enfermedad microvascular según reporte de cateterismo, sin compromiso de grandes vasos.

Además, tenía antecedente de neoplasia vesical maligna, que había sido sometido a resección transuretral en junio del año anterior en esa misma institución, con reporte de patología de carcinoma transicional papilar grado 1, que su último control por urología había sido un año atrás, pero según refirió, había seguido en controles por urología en la Clínica San Rafael.

En esa oportunidad, **se anotó que no llevaron historia clínica de urología**; sin embargo, la hija refirió que se encontró nueva lesión en vejiga y que estaba pendiente de intervención quirúrgica. Referían que desde hacía una semana tenía episodios de desorientación y desde la noche anterior tenía retención urinaria, al parecer tenía micción escasa. Había sido llevado a la unidad de Santa Mónica, donde intentaron realizarle cateterismo vesical evacuante; sin éxito, **por tal motivo, decidieron remitir como urgencia vital para valoración y manejo.**

En esa oportunidad, los exámenes y procedimientos tuvieron la siguiente actuación:

Examen o procedimiento requerido	Fecha de orden o solicitud	Fecha de realización
Toma de laboratorios	19/10/2016	22/10/2016
Valoración por urología.	19/10/2016	24/10/2016
Exámenes de sangre	19/10/2016	23/10/2016
TAC de cráneo simple y urotac simple	19/10/2016	No se realizó o no existe prueba de ello
Interconsulta con anestesiología	25/10/2016	25/10/2016
Exámenes de electrolitos de control, hemograma, función renal	26/10/2016	28/10/2016
Cistoscopia	27/10/2016	29/10/2016 Familia rechaza procedimiento
Cistoscopia	29/10/2016 Familia aceptada nuevamente el procedimiento	08/11/2016 se descartó la realización de la cistoscopia por mal pronóstico
Paraclínicos	29/10/2016	31/10/2016
Alta hospitalaria y tratamiento paliativo	08/11/2016	08/11/2016

De esta segunda estadía, en la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, se evidencia que en lo que respecta al TAC de cráneo simple y UROTAC simple, no obra prueba en el plenario de su realización; **sin embargo**, tampoco es dable afirmar que lo mismo obedeció a una negativa de la EPS toda vez que tampoco reposa en el plenario prueba en ese sentido; adicionalmente, le correspondía a la parte demandante la carga de demostrar que la ausencia de los dos exámenes reseñados desembocaron en la muerte del señor del señor Pablo Claver Hernández Marín, ocurrida el día 09 de noviembre de 2016; es decir, menos de un mes después de que fueren ordenados, para probar que esa supuesta negligencia de la EPS ante la demora injustificada de autorizaciones derivó en el daño alegado, situación que no se vislumbra en el presente asunto, toda vez que en los dos períodos de hospitalización se realizaron todos y cada uno de los exámenes ordenados así como los procedimientos requeridos por los médicos tratantes, sin que del único examen ordenado y no realizado, se logre extraer las causales de no realización o el nexo de causalidad con el deceso.

Por otro lado, **en lo que respecta a la Clínica San Rafael**, existen varios períodos, el primero en junio de 2015, el segundo en diciembre de 2015, el tercero a partir del 25 de mayo, junio, julio de 2016 y el último en septiembre de 2016; nótese que es un servicio médico que se presta entre la primera y la segunda atención del Hospital SAN JORG; en el tercer período de hospitalización reseñado, a **25 de mayo de 2016**, se advierte una valoración de control **por cardiología**, donde se le

enviaron medicamentos y se le sugirió cita por urología, se anotó que el paciente era asintomático cardiovascular y **se solicitaron estudios y control con resultados e historia clínica. Debían llevar el parcial de orina al urólogo.**

El 04 de junio de 2016, se observa una valoración por urología en la cual se consignó como motivo de consulta, que se trataba de un paciente de 86 años, a quien en el mes de septiembre del año 2015 se le había encontrado un tumor vesical de gran volumen, por lo que había sido intervenido en el Hospital San Jorge, **que no había llevado la patología, se refirió que hacía 15 días había estado sangrando, no se conocía la evolución posterior, no se tenía historia clínica postquirúrgica. Como recomendaciones, **se sugirió seguimiento de creatinina, tomografía abdominopélvica simple y contrastada, cistoscopia (para control del cáncer vesical y la resección transuretral de tumor vesical) y regresar a cita de urología con reportes.****

El 15 de junio de 2016, asistió a cita de urología, donde se anotó como motivo de consulta, paciente con antecedente de resección transuretral de tumor de vejiga. En enfermedad actual, **se plasmó que el paciente había asistido sin cistoscopia ni TAC de abdomen. En observaciones, se anotó que se renovaban las órdenes de cistoscopia y TAC de abdomen, para poder definir el manejo. Se le explicó al familiar que los paraclínicos eran importantes para poder definir la conducta a futuro. En recomendaciones, se ordenó prueba de creatinina, urocultivo, cistoscopia, TAC abdomino pélvico contrastado y cita de control prioritaria con urología con resultados de los exámenes.**

El 30 de junio de 2016, se observa un informe quirúrgico por urología, **en la que se anota que el procedimiento realizado fue una cistoscopia transuretral⁴³, en la cual se indicaron como hallazgos, una próstata bilobular (que está formado por dos lóbulos) obstructiva para dos campos endoscópico, tumor de pared vesical derecha que ocupaba todo el techo y cuello vésico-prostático, vejiga trabeculada grado III, capacidad vesical para 500 CC, TR próstata para 30 gramos. En observación, **se recomendó definir manejo quirúrgico vs radioterapia según comorbilidad.** Se dejó antibiótico profiláctico y se indicó cita por urología con reportes.**

El 09 de julio de 2016, se anotó como motivo de consulta, paciente de 86 años, con antecedente de cáncer vesical desde septiembre de 2015, con resección endoscópica en HUSJ, quien asistió a control, **se le tomó cistoscopia** se encontró

⁴³ En el año 2015, en el Hospital san Jorge de Pereira, según la historia clínica se le realizó el 19 de junio, el procedimiento denominado PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL + RESECCION DE CUELLO VESICAL + RESCCION TRANSURETRAL DE TUMOR VESICAL

gran tumor vesical que ocupaba el techo y pared lateral derecha, **no traía patología la cual se requería para enviar a radioterapia**, no presentaba sangrado, comprometía el uréter derecho, **se había ordenado tomografía simple pero como contrastada su creatinina daba 4 no se pudo tomar**, se ordenó urotac y control con patología para enviar a radioterapia, si no había patología se debía realizar una nueva resección endoscópica, no era candidato para cirugía de cistoprostatectomía por comorbilidad. Como recomendaciones, se sugirió hemograma, glicemia, creatinina, electrocardiograma, radiografía de tórax, urotac, se le solicitó llevar patología de resección de tumor transuretral previa y cita por urología con reportes.

El 13 de agosto de 2016, se advierte atención por urología, en la que se consignó en enfermedad actual que, hacía un año se le había realizado resección transuretral vesical y resección transuretral de próstata, por cáncer vesical superficial sin compromiso muscular, de bajo grado, con hiperplasia prostática benigna según la patología. Pero que, actualmente había un nuevo crecimiento que comprometía el meato derecho, urotac, hidronefrosis derecha severa, se consideró llevar a nueva resección transuretral profunda y según patología valorar radioterapia, **se le informó a los familiares y al paciente, aceptan resección transuretral de tumor vesical**, se les informa los riesgos como sangrado, sepsis, retención urinaria, perforación vesical, recibieron consentimiento informado para lectura y firmas. En recomendaciones, se plasmó la resección transuretral de tumor vesical, más biopsia en mapeo de vejiga, creatinina, glicemia y valoración prequirúrgica por anestesia

Finalmente, el **28 de septiembre de 2016**, se advierte valoración preanestésica para RTU próstata. En observaciones se sugirió electrocardiograma, se anotó que era un paciente con síndrome anémico, se indicó continuar con sulfato ferroso. Pendiente de revaloración con electrocardiograma, se precisó que si este era normal se podía programar la cirugía. Se explicaron riesgos anestésicos, se le dieron indicaciones de ayuno 8 horas para el preoperatorio, profilaxis antibiótica y reserva de dos unidades de cg.

Se logra extraer de las atenciones recibidas en la Clínica San Rafael, que el personal médico procuró el tratamiento adecuado al señor Hernández Marín, toda vez que el período correspondiente del 29 de mayo de 2016 al 28 de septiembre de 2016, lapso de tiempo en el cual el paciente asistió a citas por consulta externa, los médicos especialistas que atendieron al señor Pedro Claver Hernández Marín, fueron insistentes en la realización de los exámenes y procedimientos requeridos para obtener el diagnóstico de la patología que aquejaba al paciente, **en este punto debe advertirse, que por ser una consulta externa, la misma obedece a un servicio ambulatorio para pacientes con una cita asignada previamente**

que acceden a atenciones médicas para diferentes tipos de diagnósticos, en razón a ello, no es posible asegurar que la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, para dicho escenario estuviese obligada a la remisión del historial clínico, pues no existe prueba que demuestre que al menos tenía conocimiento de las atenciones realizadas al señor Pedro Claver en la Clínica San Rafael, escapando entonces de su órbita la obligación de remitir el historial clínico.

Adicional a lo anterior, se advierte que, al asistir el paciente bajo la modalidad de consulta externa, que difiere de una remisión, la Institución médica que evalúa la situación clínica del paciente debe proceder a emitir los diagnósticos correspondientes partiendo de la información que el mismo paciente suministre y de los antecedentes o historiales médicos que este posea; es por ello, que ante la falta de algún examen o procedimiento necesario para el diagnóstico adecuado, es obligación de la institución médica ordenarlos y realizarlos una vez sean autorizados, lo que ocurrió con prontitud, nótese, que según la Historia clínica en la Clínica San Rafael fue tratado desde el 25 de mayo de 2016 y ya el 30 de junio de 2016 se le había realizado una cistoscopia que era el procedimiento que se necesitaba para el diagnóstico y para definir un plan de manejo médico; luego entonces, **así se parta del supuesto** que era obligación de la EPS la remisión de la historia clínica en ese caso y escenario particular, lo cierto es que los exámenes se le realizaron con prontitud y la cistoscopia es el procedimiento que necesitaba ya sea como control o para definir el estado del paciente efectivamente se le realizó en dicha IPS.; lo anterior desemboca en el siguiente interrogante, ¿la ausencia de /historia clínica que, implicó realizar una cistoscopia que era el procedimiento de control, a poco más de un mes desde el inicio de su tratamiento en la Clínica San Rafael constituye una falla del servicio que ocasionó la muerte del paciente?, pues aquello para esta sala de decisión no está probado.

Revisada la actuación surtida por la Clínica San Rafael, se logra determinar que fueron diligentes en la realización de exámenes y procedimientos para determinar el diagnóstico del señor Pedro Claver Hernández Marín, pues ante la falta de antecedentes médicos y quirúrgicos que dieran bases de las enfermedades que aquejaban al paciente, la institución procedió con prontitud a realizar todo lo necesario para facilitar un diagnóstico adecuado y con ello otorgar el tratamiento correspondiente; entre ellos, la cistoscopia transuretral en la que se halló un tumor en la pared vesical derecha que ocupaba todo el techo del cuello y allí, ha 30 de junio de 2016 se indicó que había que determinar si lo procedente era un manejo quirúrgico vs radioterapia según morbilidad.

Ahora bien, antes de la atención de la Clínica San Rafael, fue visto en el Santa Mónica de Dosquebradas, la primera vez que ingresa por problemas de retención de orina es

el 01 de marzo de 2015 POR URGENCIAS y allí es atendido hasta el 05 de junio de 2015, anotando que el 03 de junio se le realizó una ecografía y por el resultado de esa imagen diagnóstica fue remitido al Hospital San Jorge de Pereira a donde llega el 06 de junio de 2015 y allí es hospitalizado hasta su egreso que se presenta el 28 de junio de 2015, durante esos extremos temporales le fueron realizados todos los exámenes y procedimientos que ordenaron sus médicos tratantes, relevantes para la cronología que se detalla los siguientes: el 06 de junio de 2015 en el ingreso se indica que una ecografía reportó posible lesión NEOPLASICA, el 08 de junio se le realiza una tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis, al día siguiente, el 09 de junio de 2015 se le realiza una cistoscopia⁴⁴, el 16 de junio se le realiza un cateterismo, el 19 de junio se le realiza una PROSTECTOMIA, el 21 de junio de 2015 la historia clínica refiere que se trata de un paciente con pobre pronóstico, el 28 de junio se autoriza el egreso tanto por cardiología como por urología, el 21 de julio de 2015; es decir, un mes y pocos días, se realiza un CONTROL en consulta externa por urología se le retira la sonda vesical y se señala que debe asistir a control dentro de los dos meses siguientes **y el 22 de octubre de 2015 se realiza un control por urología** y el 30 de noviembre por cardiología, hasta esa fecha existe constancia de atenciones en el año 2015.

Posteriormente regresa a una atención por consulta externa en el Hospital Santa Mónica por medicina general el 04 de abril de 2016 y luego regresa a una CONSULTA DE CONTROL a la misma IPS, pero allí se anota que ha dejado vencer las órdenes y en este punto, se retoman en mayo de 2016 las atenciones ya detalladas en la Clínica San Rafael.

Adicional a lo anterior, si bien alega la parte demandante que el cambio de prestador del servicio generó traumatismo en el tratamiento y por lo cual le correspondió iniciar de nuevo, lo cierto es que aquello fue consecuencia de las consultas externas a las cuales asistió el señor Pedro Claver Hernández Marín en la Clínica San Rafael, consultas especializadas a las cuales asistió el paciente por cita previa, sin que exista prueba de que las mismas sean producto de alguna remisión por parte de otra institución y si bien es cierto la historia clínica refleja la falta de un historial médico completo, lo cierto es que al mes y pocos días ya se le habían realizado todos los exámenes y procedimiento que arrojaron que en ese momento ya el cáncer se

⁴⁴ <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/cystoscopy/about/pac-20393694>

“La cistoscopia es un procedimiento que le permite al médico examinar el revestimiento de la vejiga y el tubo que lleva la orina hacia afuera del cuerpo (uretra). Se inserta en la uretra un tubo hueco (cistoscopio) que tiene una lente y se lo desplaza lentamente hacia la vejiga.

La cistoscopia se puede realizar en una sala de pruebas con la aplicación de anestesia local en gel para adormecer la uretra. O puede hacerse como procedimiento ambulatorio, con sedación. Otra opción es realizar la cistoscopia en el hospital bajo anestesia general.

El tipo de cistoscopia que te realizarán depende del motivo por el que te someterás al procedimiento.”

encontraba más avanzado.

Así las cosas, se puede asegurar que el señor Pablo Claver presentaba múltiples patologías, siendo una de ellas el cáncer de vejiga que presentaba desde el año 2015 y que según las anotaciones efectuadas en las historias clínicas, dicho diagnóstico no había tenido un seguimiento adecuado, no existen controles desde el 30 de noviembre de 2015 (que fue de cardiología) hasta el 04 de abril de 2016 (05 meses) y se puede observar en la nota de la historia clínica del 02 de mayo de 2016 del Hospital Santa Mónica, que allí se indica expresamente que había dejado vencer las órdenes y para ése momento, ya que se le había efectuado al menos una ecografía, una tomografía axial, una cistoscopia, un cateterismo, una resección transuretral de tumor vesical y resección transuretral de próstata e infinidad de exámenes; así mismo, le fueron indicados controles por urología, sin que se hubiese podido probar que la alegada falta de seguimiento haya obedecido a negativas o demoras por parte de la EPS.

Se debe reseñar que, 12 meses después del procedimiento quirúrgico (el 19 de junio de 2015 se le realiza una PROSTECTOMIA) y 08 meses después del último registro de control de urología (octubre de 2015), el tumor se había extendido, lo que fue advertido en la cistoscopia que le fuere realizada el 30 de junio de 2016; aquello, sumado a las demás patologías que presentaba como la cardiopatía isquémica, el deterioro neurológico; etc.; no permiten determinar ni aun de forma indiciaria un nexo causal entre la muerte y las omisiones en procedimientos, exámenes o por la ausencia de historias clínicas completas.

Se advierte además que, el paciente acudía con regularidad a las citas de control cardiológico que le eran ordenadas, pero no a las citas de control urológico, pese a que fue remitido a dicha especialidad.

Adicional a lo expuesto, alega la parte demandante que en las declaraciones rendidas por los allegados a la familia se pudo determinar que eran consistentes en afirmar que existió demora por parte de la EPS demanda, no obstante, esta Sala de Decisión considera que los declarantes únicamente informaron que el paciente *“llevaba un año esperando radioterapia y quimioterapia para su cáncer de próstata”*, lo cual no es una afirmación cierta, si se tiene en cuenta que dentro del caso del señor Pedro Claver Hernández Marín no se pudo determinar el procedimiento conveniente para el paciente, pues ante su avanzada edad y las comorbilidades que este presentaba, no fue posible realizar las últimas intervenciones médicas, traducidas en la resección transuretral que pudiera asegurar la patología que aquejaba al paciente y las características del tumor que presentaba y con ello poder determinar si su manejo correspondía a un tratamiento paliativo o podría ser sometido a radioterapia.

En este punto, se hace necesario advertir, que si bien en la atención realizada por el médico urólogo en la ESE Hospital Universitario San Jorge el día 22 de junio de 2015, este último consideró una radioterapia coadyuvante después del procedimiento quirúrgico, lo cierto es que una vez realizada la resección del tumor vesical y haber limpiado la zona que aquejaba al paciente, **el especialista consideró que el tratamiento a seguir debía consistir en el control del cáncer con realización de cistoscopias cada tres (03) meses** con el fin de estudiar un posible avance o la aparición de recidiva del mismo, procedimiento que consideró acertado al evaluar al paciente como posterioridad y evidenciar que estaba con buen pronóstico de mejoría, toda vez que no presentaba sangrado y tenía evacuación adecuada.

Debe recordarse que la radioterapia es un procedimiento adicional a la cirugía de resección, pero dicho procedimiento no es obligatorio; es decir, el galeno decide si la realiza o no, todo ello depende del volumen del tumor y de su patología, el cual varía de acuerdo a la evolución del paciente, que en este caso al paciente tener una evolución favorable sin hematuria, se consideró que su tratamiento debía continuar con cistoscopias cada 3 meses.

Ahora, se advierte que después del control del 22 de octubre de 2015, el paciente no regresó a sus controles de urología, aunque sí de cardiología y de médico general **y no existe una explicación para ello en el dossier** y se evidencia reinicio de su atención en el Hospital Santa Mónica de controles por médico general en abril de 2016 y en mayo del mismo año se anota que se habían dejando vencer las autorizaciones; posteriormente, se presenta un inicio de historial para sus patologías en la clínica San Rafael el 25 de mayo de 2016 y al mes y pocos días después ya se tenía nuevamente una cistoscopia y un panorama completo de la deteriorada salud del paciente.

Para tener una noción clara de los ingresos y egresos del paciente en las instituciones médicas, así como de los lapsos temporales en los cuales fue atendido en cada una de ellas y poder determinar los tiempos de realización de exámenes y diagnósticos, se hará la siguiente tabla que determina los lapsos de tiempo en cada una de las instituciones médicas:

Fecha de ingreso	Fecha de egreso	Institución médica	Tipo de ingreso
1° de marzo de 2015 a las 7:57 pm	Remisión a la ESE HUSJ 05 de junio de 2015 a las 8:22 pm	ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas	Hospitalización
Recibe de la ESE Santa Mónica el 06 de junio de 2015 a la media noche	28 de junio de 2015 a las 11:44 am con alta de cardiología y urología	ESE Hospital Universitario San Jorge	Hospitalización

Remisión para examen 16 de junio de 2015	16 de junio de 2015 después de realizar electrocardiograma	Clínica San Rafael	Examen
03 de diciembre de 2015	03 de diciembre de 2015 después de realizar cistoscopia	Clínica San Rafael	Examen
29 de mayo de 2016 ingreso por controles de cardiología y urología todo por consulta externa	28 de septiembre de 2016 último registro de control del paciente en esta institución	Clínica San Rafael	Controles por consulta externa
19 de octubre de 2016 a las 11:29 am	Remisión a la ESE HUSJ 19 de octubre de 2016 a las 4:23 pm	ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas	Hospitalización
19 de octubre de 2016 a las 6:08 de la tarde	08 de noviembre de 2016 a las 11:14 de la mañana para tratamiento paliativo	ESE Hospital Universitario San Jorge	Hospitalización

Advierte esta colegiatura, al igual que lo hizo el juez de primera instancia, que la demanda se presenta de forma general sobre la presunta falla del servicio, únicamente se refiere que, los familiares manifestaron que se presentaron dificultades con la EPS CAFESALUD para las autorizaciones para la realización de los exámenes y en el punto uno de las declaraciones y condenas, que la supuesta falla del servicio es la que ocasiona la muerte del señor Pablo Claver Hernández Marín.

El Médico General David Ocampo Arenas, respecto a las radioterapias indica:

RESPONDE: *El primer procedimiento en mi concepto es realizado de manera oportuna, en el primer procedimiento es donde se le hace el diagnóstico al paciente del cáncer vesical, el cáncer de la vejiga y ahí se le toma la biopsia; sin embargo, pues ya corresponde, pues digamos, una vez hecho este procedimiento ya corresponde pues al paciente y a los familiares del paciente seguir haciendo las consultas de control con los resultados de las biopsias para definir las conductas adicionales, la quimioterapia, radioterapia o cirugía, pero pues como se anotan la historia clínica, el paciente no tuvo ese seguimiento adecuado porque pues realmente no, no tengo seguridad de cuáles fueron las razones pero si no tuvo un seguimiento adecuado, no asistió a esas citas de control con los resultados de las biopsias para determinar, pues, tratamientos adicionales, pero considero que esa primer cistoscopia fue realizada de manera oportuna...*

(...)

RESPONDE: *Es correcto, pues no se anota, no se ve en la historia clínica que el paciente o pues los familiares lo hayan llevado a los controles con urología o con oncología, con los resultados de las biopsias para precisamente para definir que otro tipo de tratamiento se le podría brindar, como podría ser el caso de quimioterapia o radioterapia, o inclusive, pues una cirugía, solamente el paciente, pues según lo que se anota en la historia, de la historia que yo pude revisar, qué fue la historia de del Hospital San Jorge, solamente el paciente reconsulta es por una complicación, es porque nuevamente presenta hematuria y dolor, no porque haya sido algo encontrado alguna alteración durante una consulta programada.*

(...)

RESPONDE: *Hasta ese momento, no, es posteriormente cuando el paciente tiene una segunda hospitalización que se envía a cuidados paliativos. Dentro de los cuidados paliativos hay mucho, pues digamos, es un es otro campo grande de la medicina que también incluye, inclusive quimioterapia paliativa, radioterapia paliativa, analgesia, o sea, digamos, los cuadros paliativos incluyen muchas cosas que podrían incluir radioterapia.*

(...)

RESPONDE: *Pues digamos que desde la primera cistoscopia donde se hace el primer diagnóstico, de que el paciente tiene un tumor maligno de la vejiga*

y la primera tomografía que muestra que el paciente no solamente tiene compromiso de la vejiga, sino que hay compromiso de otros órganos, de la pelvis y de los ganglios linfáticos, y, además, la evolución del paciente, o sea, el paciente en la primera hospitalización, el urólogo le reseca la masa, y le sigue haciendo seguimiento por consulta externa, pero en cuatro meses el paciente reingresa nuevamente con una gran masa vesical y nuevamente con lesiones en los ganglios linfáticos. Eso habla de la malignidad, o sea de la malignidad del tumor, y de su agresividad, entonces, un paciente con una edad avanzada, con un tumor maligno que cuando se diagnostica ya está en un estadio muy avanzado, eso habla que el pronóstico no es bueno, que el tumor pues crece muy rápido, es muy invasivo, y que realmente pues reseca la masa no va a ayudar mucho y que el paciente probablemente necesite, sobre todo, pues radioterapia más con fines paliativos, como con el fin de disminuir la velocidad de invasión de ese tumor, pero realmente no con fines curativos, realmente ya un tumor que cuando se diagnostica ya está tan avanzado, lastimosamente, la medicina en este momento no está en capacidad de curarle, está en capacidad de tratarle de disminuir la progresión de la enfermedad, digamos ralentizarla, para que no avance tan rápido, pero no hay nada que la medicina le pueda ofrecer al paciente que vaya a generar remisión o curación completa de la enfermedad. La segunda cistoscopia era para nuevamente, pues verificar el estado de la vejiga, probablemente quitar un poco ese tumor para liberar la presión de los uréteres y permitir que la función renal del paciente mejorara un poco, pero pues la familia inicialmente no la acepta, eso pues digamos, retrasó unos días el manejo del paciente, cuando la familia la acepta, ya digamos el urólogo reevalúa el caso, reevalúa al paciente y se define, pues definitivamente no se beneficia de nuevas intervenciones quirúrgicas, sino que se beneficia, es de un manejo con fines paliativos. Por eso se remite a cuidados paliativos de su EPS.

A su vez, el Médico Urólogo Carlos Eduardo Duque Montealegre, sobre el mismo tema, apunta:

CONTESTA: Cuando el tumor se reseca, se hace la resección intravesical se saca del espécimen, lo ve el patólogo, el patólogo dice “listo es un tumor compatible” el paciente debe hacerse un seguimiento como le digo nuevamente por urología específicamente con cistoscopia, primero, la cistoscopia les va a mostrar si hay recidiva o no del tumor, si no hay recidiva se sigue cada 3 meses con cistoscopia, lo que está recomendado en las guías americanas de oncología urológica es hasta los dos primeros años se puede hacer cistoscopia cada 3 meses, para evaluar si el tumor tiene o no tiene recidiva local; que otros puntos nos dan el plan de manejo con el paciente, si el paciente viene presentando hematuria, entonces la cistoscopia no puede esperarse 3 meses, entonces toca hacerla inmediatamente por que hay una recidiva que está ocasionando un sangrado. **Sí encuentra la recidiva toca hacer una resección transuretral en ese caso, o, se puede mandar al oncólogo para que indiquen radioterapia. ¿Cuándo le hacen la radioterapia? Cuando, primero, es un tumor que tiene recidiva, segundo, cuando es un tumor que infiltra la pared o el musculo de la vejiga y tercero, un paciente que es mayor de 73 años, entonces, en el caso de él, pero ojo, si tiene recidiva tumoral, si no tiene recidiva no hay necesidad de hacerle ningún tipo de procedimiento ni quimioterapia ni radioterapia, solamente seguimiento con cistoscopia...**

(...)

PREGUNTA: me permito leer, lo referente a lo que aparece en el folio número 60, fecha del 22 de junio del 2015, que se encuentra en la historia clínica entregada por el Hospital San Jorge, dice: “paciente sintomático, dice plan, se indica transfundir dos unidades, se habla con el hijo, se explica hallazgos quirúrgicos y necesidad de radioterapia adyuvante” Dr. Carlos, esa es una nota suya de esa fecha ¿Qué es una radioterapia adyuvante?

RESPONDE: la radioterapia, como lo mencionaba previamente, los tumores de vejiga, dependiendo la edad del paciente, dependiendo del compromiso tumoral, se infiltra o no infiltra la vejiga o dependiendo del

*volumen del tumor, es un procedimiento adicional a la cirugía, me refiero adicional, no como punto que tenga que hacerse siempre o no siempre, eso depende de cómo lo explicaba previamente de otros factores, ese paciente, básicamente, hablando de él, todo también dependía de la patología, primero que todo, y de los síntomas progresivos, igualmente, muchas veces uno le explica al paciente cuál es el plan de manejo, sin embargo, los planes de manejo van variando dependiendo de la evolución del paciente. En el caso de él, específicamente, no se procedió por la radioterapia porque el paciente continuó con la evolución adecuada. Como está la última atención de consulta mía, el paciente estaba sin hematuria y venía con una evolución favorable. Por esa razón no se indicó posiblemente la radioterapia y se decidió hacer cistoscopia de control para mirar las características de recidiva o no intravesical.
(...)*

Por su parte el Médico Urólogo Hernán Guillermo Guerrero Molina, reseña que:

*....Hay pacientes que se puede indicar, como digo, la radioterapia, son pacientes que tienen ya recidiva local con nueva aparición del tumor con hematuria, igual también dependiendo de la edad del paciente, que pueden ayudar a llevar un poco más de alargamiento de la vida sin que el cáncer, obviamente, haga su desenlace final. Entonces, la sobrevida depende de muchos factores en el caso de este paciente, pues un paciente bastante añoso, un paciente con deficiente de enfermedad coronaria, es un paciente que pues se le hizo su resección inicialmente y con la resección la gran mayoría es de los países no requieren ningún otro tipo de procedimiento, a no ser que se haga un seguimiento estricto y se identifique algún otro tipo de lesión o recidiva local a nivel de vejiga, en este caso el paciente no hubiera cambiado muy posiblemente su evolución de haber hecho obviamente una cistoprostatectomía tampoco estaba indicada por edad del paciente, **la radioterapia tampoco estaba indicada, ni tampoco en ese momento iba a aumentar la sobrevida porque pues desconocíamos si iba a tener o no una recidiva local.***

Así las cosas, por el recuento de la historia clínica y las declaraciones rendidas por los profesionales de la medicina que brindaron atención médica al señor Pablo Claver Hernández Marín, se puede asegurar que la prestación del servicio de salud se hizo de manera oportuna y eficiente en cada uno de los períodos hospitalarios y en las consultas de control a las que acudió, lo que comprende la realización de exámenes y procedimientos ordenados, sin que pueda avizorarse la existencia de una falla del servicio en ninguna de las atenciones **que pudiesen haber desencadenado la muerte del paciente; o al menos ello no se encuentra probado en el dossier**, por el contrario, se observa la diligencia y cuidado prestado en los entes hospitalarios, sin que dentro de los mismos se advierta o se manifiesta demoras en la autorización de medicamentos o procedimientos, por lo que se infiere que las actuaciones de las instituciones tenían como fin tratar de alargar la vida del paciente y mejorar la sintomatología que presenta frente a sus patologías.

En razón a todo lo expuesto, no se logró probar por la parte demandante, la presunta falla en el servicio por parte de la ESP Cafesalud y por lo tanto no puede atribuirse responsabilidad a la misma, toda vez que contrario a ello, se logró probar la oportuna atención médica brindada al paciente, la cual se encuentra acreditada desde el año 2015 hasta el momento del deceso ocurrido el día 09 de noviembre de 2016, pues

aunque se generó un resultado insatisfactorio con el fallecimiento del señor Hernández Marín, no se advierte la configuración de una falla en la prestación médica, por cuanto se desplegaron todos los procedimientos médicos pertinentes para intentar salvaguardar su vida.

En consecuencia, no existe prueba alguna que permita establecer que los entes hospitalarios demandados hayan omitido llevar a cabo algún procedimiento que de acuerdo a la *lex artis* y a la condición clínica del paciente debía realizarse y no se hizo, ya sea por negligencia o por falta de autorización, o que alguna de las atenciones médicas dispensadas hayan sido suministrada de manera errónea o defectuosa para la configuración de la mentada falla del servicio, por el contrario, se observa que de acuerdo a las valoraciones realizadas por cada uno de los galenos, se llevó a cabo cada uno de los requerimientos ordenados por ellos para el restablecimiento de la salud del paciente dentro de los entes hospitalarios, pues las demás atenciones de control que requerían la gestión del paciente y sus familiares, se escapan a la órbita de cuidado de los galenos y las entidades demandadas, ya que estos cumplían con la emisión oportuna de las órdenes y procedimientos, pero dependía de la familia y el mismo paciente, la obligación de gestionar las autorizaciones para su realización, sin que se haya logrado probar demoras en el trámite por parte de Cafesalud EPS, motivo por el cual, las dilaciones presentadas en los ámbitos extra hospitalarios frente a tales gestiones no pueden ser imputables a la EPS accionada.

A pesar de la oportuna prestación del servicio de salud que se advierte en el asunto, fue inevitable el desenlace fatal de señor Pablo Claver, debido al avanzado estado de su patología principal de cáncer vesical y las demás patologías asociadas, como el deterioro neurológico que presentaba y sus afecciones cardíacas, además de su avanzada edad.

En consecuencia, teniendo en cuenta que no se cumplen los elementos que estructuran la responsabilidad para atribuir la misma a la Superintendencia de Salud y a la EPS Cafesalud, esta Colegiatura confirmará la sentencia recurrida.

Por último, si en gracia de discusión se considerasen como indicios, la ausencia de exámenes (TAC o UROTCA) o tratamientos (Radioterapia) y que, se genera por ese sólo hecho, sin ningún otro tipo de consideración, la materialización de una falla en el servicio de salud que debía garantizar la EPS CAFESALUD, la parte demandante, aun en ese supuesto, debía probar que aquellas omisiones fueron la causa eficiente del daño; esto es, de la muerte y aquello no se encuentra probado dentro del expediente.

En este orden de ideas, si bien el régimen aplicable a los eventos en los cuales se discute la responsabilidad patrimonial del Estado por las actividades médico sanitarias es, de manera general, el de la falla probada del servicio, la especial naturaleza de la actividad en estudio le permite al juez de la causa acudir a diversos medios probatorios, por ejemplo, la prueba indiciaria para formar su convencimiento acerca de la existencia del nexo de causalidad, **sin que por ello se pueda afirmar que dicha relación causal se presume.**

Adviértase, que si se atribuye responsabilidad frente a un daño médico, es necesario para configurar la de la EPS, derivada de sus competencias y obligaciones, el enlace entre el comportamiento o conducta activa u omisión con el resultado perjudicial, pues en ausencia de este elemento, la pretensión no prosperará.

Entonces, al revisar el dossier, claramente se establece cual es la pretensión primigenia y con respecto a ella, no se encontró prueba que la omisión o el retardo en autorizaciones o procedimientos fuesen la causa eficiente de la muerte, dicha carga estaba en cabeza del demandante, al respecto resulta ilustrativo reseñar que la carga probatoria u onus probandi, proviene del derecho civil clásico (Artículo 1757 del CC), a saber:

a.-) Onus probandi incumbit actori: el actor tiene el deber de probar el hecho que invoca como soporte a su pretensión.

b.-) Reus, in exipiendo, fit actor: el demandado que contradice la pretensión del actor, a su vez, se hace demandante, ante la urgencia de probar el hecho que le sirve de excusa.

c.-) Actore non portante, reus absolvitur: el demandado queda exonerado de la obligación cuando, propuesta su excepción a la pretensión del actor, este se muestra incapaz de contradecirlo, probando la vigencia de su causa

De la anterior dogmática, se extrae a no dudarlo, que el riesgo de no probar un hecho, no es otro que el fracaso de la pretensión; es decir, la parte activa o pasiva con su incuria o negligencia sólo puede provocar su propio daño y en el caso concreto que nos ocupa, las pretensiones se formulan en un sentido y las pruebas presentadas no avalan la prosperidad de aquellas, pues el demandante no acreditó que en las oficinas de la EPS CAFESALUD, radicó las órdenes ya sea de exámenes o de procedimientos que no fueron realizados; por ello, no es posible determinar que CAFESALUD incurrió en negligencia en cuanto al trámite de las mismas⁴⁵ y además;

⁴⁵ CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN TERCERA, SUBSECCIÓN C, Consejero ponente: GUILLERMO SÁNCHEZ LUQUE, sentencia del dieciséis (16) de diciembre de dos mil veinte (2020), proferida dentro del proceso identificado con Radicación número: 70001-23-31-000-2001-00959-01(42717) - Actor: YOVANI ANTONIO MENDOZA SANTOS Y OTROS - Demandado: MUNICIPIO DE COROZAL Y UNIÓN DE USUARIOS MÉDICOS Y CAJAS UNIMEC EPS SA - Referencia: ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA

se insiste, también brilla por su ausencia; la prueba, que dicha omisión hubiere sido la causa eficiente del deceso del señor Hernández Marín.

6. Costas en segunda instancia.

El artículo 188 del CPACA regula que, tratándose de costas en la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo, en la sentencia el juez tiene la obligación de pronunciarse sobre dicho aspecto, con excepción de los asuntos en los que se ventile un interés público.

Además, advierte la misma norma que la liquidación y ejecución se regirán por las normas del Código de Procedimiento Civil, ahora Código General del Proceso.

Ahora, en el marco del CGP, la condena en costas no resulta de un obrar temerario o de mala fe, o siquiera culpable de la parte condenada, sino que es resultado de su derrota en el proceso o recurso que haya propuesto, según el artículo 365, razón por la cual al momento de liquidarlas, conforme al artículo 366, se precisa que tanto las costas como las agencias en derecho corresponden a los costos en los que la parte beneficiaria de la condena incurrió en el proceso, siempre que exista prueba de su existencia, de su utilidad y de que correspondan a actuaciones autorizadas por la ley. De esta manera, las costas no se originan ni tienen el propósito de ser una indemnización de perjuicios causados por el mal proceder de una parte, ni pueden asumirse como una sanción en su contra.

Bajo esa línea de análisis, para que mediante providencia se condene en costas, no basta con la simple petición y posterior vencimiento en el juicio del solicitante de las costas, sino que se exige al vencedor demostrar la causación y comprobación de los conceptos que quiere hacer valer respecto a las expensas, gastos y/o agencias en derecho en que incurrió durante el proceso.

En ese sentido, resulta pertinente acudir a los planteamientos expuestos por la Sección Segunda del Consejo de Estado, en cuanto precisa que el artículo 188 del CPACA entrega al juez la facultad de disponer sobre su condena, lo cual debe resultar de analizar que principalmente aparezcan causadas y comprobadas, siendo consonantes con el contenido del artículo 365 del CGP; lo que descarta una apreciación objetiva que simplemente consulte quien resulte vencido para que le sean impuestas.

Criterio que en la actualidad ha sido reiterado por la Alta Corporación de lo Contencioso en sentencia del 25 de junio de 2020, en el que se insiste que para su valoración se debe verificar la gestión que haya realizado la parte contraria a la cual le resultan desfavorables las pretensiones.

Al evaluarse en el presente caso la causación de las costas, de conformidad con el artículo 188 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, se encuentra que las mismas no aparecen probadas, porque no obra elemento de erogación alguno en su consecución, razón por la cual, esta Colegiatura no condenará en costas en esta instancia.

Decisión: En mérito de lo expuesto el Tribunal de lo Contencioso Administrativo de Risaralda, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

FALLA

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia proferida en este proceso por el Juzgado Cuarto Administrativo del Circuito de Pereira el día el 02 de marzo de 2022, mediante la cual se negaron las súplicas de la demanda, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de este proveído.

SEGUNDO: Sin costas en esta instancia, por las consideraciones expuestas.

TERCERO: Ejecutoriada esta providencia, devuélvase el expediente al Juzgado de origen, por secretaria, cancélese la radicación del proceso, previa anotación en el Sistema Informático SAMAI.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

**ANDRÉS MEDINA PINEDA
MAGISTRADO**

**LEONARDO RODRÍGUEZ ARANGO
MAGISTRADO**

**DUFAY CARVAJAL CASTAÑEDA
MAGISTRADA**

«Este documento fue firmado electrónicamente y puede ser consultado con el número de radicación en <http://samairj.consejodeestado.gov.co>»