

Señores
JUZGADO CUARTO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
 Florencia Caquetá
 E.S.D.

| | |
|-------------------|-------------------------------|
| MEDIO DE CONTROL: | REPARACIÓN DIRECTA |
| DEMANDANTE: | JAVEL FAJARDO BARRERA Y OTROS |
| DEMANDADO: | INPEC Y OTROS. |
| RADICACIÓN: | 18001333300420170032700 |

Ref. **Alegatos de Conclusión de Primera Instancia.**

DANIELA PAREDES ROZO identificada con cédula de ciudadanía número 1.117.506.709 y tarjeta profesional 207.673 del Consejo Superior de la Judicatura, en calidad de apoderada sustituta de la parte actora dentro del proceso de la referencia, a través del presente escrito y estando dentro del término legal, me permito presentar alegatos de conclusión, donde expongo las razones por las que debe despachar favorablemente las pretensiones de la demanda. Lo anterior, en los siguientes términos:

I. SÍNTESIS DEL ACONTECER FÁCTICO

El presente medio de control tiene como finalidad principal que se declare a las entidades demandas administrativa y patrimonialmente responsables por los perjuicios materiales e inmateriales ocasionados a los demandantes por el fallecimiento del señor HUGO BENANCIO PATIÑO, quien estando privado de la libertad en la cárcel de mediana seguridad Las Heliconias de la ciudad de Florencia Caquetá, desarrolló un cuadro meningítico frente al cual no se le brindó la atención médica que requería de forma oportuna, permitiendo que una meningitis tuberculosa terminara con su vida.

II. ARGUMENTOS DE RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA

A) EL DAÑO

En el presente asunto está acreditado el daño antijurídico que sufrieron los demandantes, materializado en perjuicios materiales e inmateriales producto de la muerte del señor HUGO BENANCIO PATIÑO, de los cuales dan cuenta las siguientes pruebas y consiguientes hechos:

Documentales

Registros civiles de nacimiento y matrimonio de la víctima directa, esposa, hijos y nieta, con los que se acredita el parentesco:

1. Copia autentica del registro civil de defunción de HUGO BENANCIO PATIÑO MUÑOZ (víctima directa).

2. Copia autentica de registro civil de matrimonio de HUGO BENANCIO PATIÑO MUÑOZ (víctima directa) y JAVEL FAJARDO BARRERA.
3. Copia auténtica del registro civil de nacimiento de JAVEL FAJARDO BARRERA, esposa de HUGO BENANCIO PATIÑO MUÑOZ (víctima directa).
4. Copia auténtica del registro civil de nacimiento de HUGO BENANCIO PATIÑO MUÑOZ (víctima directa).
5. Copia auténtica del registro civil de nacimiento de JAIVER STHEEV PATIÑO FAJARDO, hijo de HUGO BENANCIO PATIÑO MUÑOZ (víctima directa).
6. Copia auténtica del registro civil de nacimiento de LORENA MERCEDES PATIÑO FAJARDO, hija de HUGO BENANCIO PATIÑO MUÑOZ (víctima directa).
7. Copia auténtica del registro civil de nacimiento de MELLANNHY THALLYANA SOLARTE PATIÑO (nieta de la víctima directa)

Registros civiles de hermanos de la víctima directa, para efectos de acreditar el parentesco:

8. Copia auténtica del registro civil de nacimiento de ESMANEL PATIÑO MUÑO, hermano de HUGO BENANCIO PATIÑO MUÑOZ (víctima directa).
9. Copia auténtica del registro civil de nacimiento de MARIA EDILMA PATIÑO MUÑOZ, hermana de HUGO BENANCIO PATIÑO MUÑOZ (víctima directa).
10. Copia auténtica del registro civil de nacimiento de LUZ MEYI PATIÑO MUÑOZ, hermana de HUGO BENANCIO PATIÑO MUÑOZ (víctima directa).
11. Copia auténtica del registro civil de nacimiento de MANUEL PATIÑO MUÑOZ, hermano de HUGO BENANCIO PATIÑO MUÑOZ (víctima directa).
12. Copia auténtica del registro civil de nacimiento de HERMES GERARDO PATIÑO hermano de HUGO BENANCIO PATIÑO MUÑOZ (víctima directa).

Registros civiles de sobrinos de la víctima directa, para efectos de acreditar el parentesco:

13. Copia auténtica del registro civil de nacimiento de BRAYAN STIVEN CASTAÑEDA PATIÑO (sobrino de la víctima directa).
14. Copia auténtica del registro civil de nacimiento de VICTOR MANUEL CASTAÑEDA PATIÑO (sobrino de la víctima directa).
15. Copia auténtica del registro civil de nacimiento de LINA MARÍA PATIÑO RODRÍGUEZ (sobrina de la víctima directa).
16. Copia auténtica del registro civil de nacimiento de FIAMA ISABEL PATIÑO MUÑOZ (sobrina de la víctima directa).
17. Copia auténtica del registro civil de nacimiento de WILLIAM ALEXANDER CALDERÓN PATIÑO (sobrino de la víctima directa).

Trámites documentales y judiciales para la obtención de pruebas; y anexos de las respuestas:

18. Oficio J2PC -1525 del Juzgado Segundo Penal del Circuito Florencia, Caquetá.
19. Oficio J2PC – 2066 del Juzgado Segundo Penal del Circuito Florencia, Caquetá.
20. Sentencia de Tutela No. 149 del Juzgado Segundo Penal del Circuito Florencia, Caquetá.
21. Copia simple de cedula de ciudadanía de HUGO BENANCIO PATIÑO MUÑOZ (víctima directa)

22. Copia simple de cedula de ciudadanía de LORENA MERCEDES PATIÑO FAJARDO, hija de HUGO BENANCIO PATIÑO MUÑOZ (victima directa).
23. Recetario médico de HUGO BENANCIO PATIÑO MUÑOZ (victima directa) del 05 de febrero de 2015 por la IPS CAPRECOM HELICONIAS.
24. Recetario médico de HUGO BENANCIO PATIÑO MUÑOZ (victima directa) del 01 de abril de 2014 por la IPS CAPRECOM HELICONIAS.
25. Recetario médico de HUGO BENANCIO PATIÑO MUÑOZ (victima directa) del 16 de junio de 2014 por la IPS CAPRECOM HELICONIAS.
26. Recetario médico de HUGO BENANCIO PATIÑO MUÑOZ (victima directa) del 19 de agosto de 2011 por el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario.
27. Formato estandarizado de referencia de paciente de HUGO BENANCIO PATIÑO MUÑOZ (victima directa) de fecha 13 de febrero de 2015 por la E.S.E HOSPITAL MARIA INMACULADA.
28. Derecho de petición presentado por LUZ MEYI PATIÑO (hermana victima directa) ante el Director del Establecimiento Penitenciario y Carcelario las Heliconias.
29. Oficio 157 – EPHELIC – 0031 a través del cual se emite respuesta a derecho de petición presentado por LUZ MEYI PATIÑO.
30. Acción de tutela presentada por JAVEL FAJARDO BARRERA (esposa victima directa), la que por reparto correspondió al Juzgado Segundo Penal del Circuito Florencia, Caquetá.
31. Derecho de petición presentado por JAVEL FAJARDO BARRERA (esposa victima directa) ante la Clínica Medilaser de Neiva - Huila, junto con la factura de envío.
32. Derechos de petición presentado por JAVEL FAJARDO BARRERA (esposa victima directa) ante la Clínica Medilaser de Florencia – Caquetá, con fecha recibido 25 de junio de 2015.
33. Derecho de petición presentado por JAVEL FAJARDO BARRERA (esposa victima directa) ante el Instituto Nacional de Medicina Legal – Regional Sur de Neiva - Huila, junto con la factura de envío.
34. Derecho de petición presentado por JAVEL FAJARDO BARRERA (esposa victima directa) ante la EPS-S CAPRECOM Florencia – Caquetá, con fecha recibido 26 de junio de 2015.
35. Derecho de petición presentado por JAVEL FAJARDO BARRERA (esposa victima directa) ante el Establecimiento Penitenciario y Carcelario las Heliconias de Florencia – Caquetá, junto con la factura de envío.
36. Derecho de petición presentado por JAVEL FAJARDO BARRERA (esposa victima directa) ante el Establecimiento Penitenciario y Carcelario el Cunday Florencia – Caquetá, junto con la factura de envío.
37. Derecho de petición presentado por JAVEL FAJARDO BARRERA (esposa victima directa) ante la E.S.E. Hospital María Inmaculada de Florencia – Caquetá, con fecha recibido 06 de julio de 2015.
38. Acción de tutela presentada por JAVEL FAJARDO BARRERA (esposa victima directa) contra la E.S.E. Hospital María Inmaculada. PREGUNTARRRRRR
39. Respuesta a derecho de petición radicado el 01 de julio de 2015 por el Director Médico Clínica Medilaser Sucursal Florencia – Caquetá.
40. Oficio DTC -1448 de 22 de julio de 2015 a través del cual el Director Territorial emite respuesta a solicitud Historia Clínica HUGO BENANCIO PATIÑO MUÑOZ.
41. Oficio 3558 de 18 de agosto de 2015 a través del cual la profesional universitaria de información del Hospital María Inmaculada de Florencia – Caquetá emite respuesta a oficio radicado No. 325.

42. Acción de tutela presentada por JAVEL FAJARDO BARRERA (esposa víctima directa) contra el INPEC – Establecimiento Penitenciario y Carcelario las Heliconias de Florencia – Caquetá, la que correspondió por reparto al Juzgado Segundo Promiscuo de Familia de Florencia.
43. Acción de tutela presentada por JAVEL FAJARDO BARRERA (esposa víctima directa) contra el INPEC – Establecimiento Penitenciario y Carcelario el Cunday de Florencia – Caquetá, la que correspondió por reparto al Juzgado Segundo Civil del Circuito de Florencia.
44. Acción de tutela presentada por JAVEL FAJARDO BARRERA (esposa víctima directa) contra el Instituto Nacional de Medicina Legal – Regional Sur de Neiva Huila, la que correspondió por reparto al Juzgado Segundo Penal del Circuito de Familia de Florencia.
45. Acción de tutela presentada por JAVEL FAJARDO BARRERA (esposa víctima directa) contra la ESE – S CAPRECOM de Florencia – Caquetá, la que correspondió por reparto al Juzgado Primero Promiscuo de Familia de Florencia.
46. OFICIO CIVIL – 5105 del 08 de septiembre de 2015 a través del cual el Juzgado Segundo Promiscuo de Familia de Florencia – Caquetá, comunica a la señora JAVEL FAJARDO BARRERA (esposa víctima directa) la admisión de la acción de tutela contra el Establecimiento Penitenciario las Heliconias.
47. Oficio JPPF – 4934 del 09 de septiembre de 2015 a través del cual el Juzgado Primero Promiscuo de Familia comunica a la señora JAVEL FAJARDO BARRERA (esposa víctima directa) la admisión de la acción de tutela contra CAPRECOM EPS.
48. Oficio No 6696 del 09 de septiembre de 2015 a través del cual el Juzgado Civil del Circuito de Florencia comunica a la señora JAVEL FAJARDO BARRERA (esposa víctima directa) la admisión de la acción de tutela contra el Establecimiento Penitenciario y Carcelario el Cunday.
49. Oficio 143- EPMSCFLO-AJUR-2917 del 11 de septiembre de 2015 a través del cual el Judicante Oficina Jurídica EPMSC FLORENCIA, emite respuesta a derecho de petición presentado por JAVEL FAJARDO BARRERA (esposa víctima directa).
50. Respuesta acción de tutela por el Apoderado del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, radicada el 16 de septiembre de 2015, remitida al Juzgado Segundo Penal del Circuito de Florencia – Caquetá.
51. Oficio del 17 de septiembre de 2015 emitido por el Auxiliar Administrativa Proyecto INPEC – CAPRECOM Sanidad Cunday, a través del cual emite respuesta al oficio de fecha 06 de agosto de 2015.
52. Sentencia de tutela No.477 por el Juzgado Segundo Penal del Circuito de Florencia – Caquetá, fechada 21 de septiembre de 2015.
53. Sentencia de tutela por el Juzgado Segundo Civil del Circuito en Oralidad Florencia – Caquetá, fechada 21 de septiembre de 2015.
54. Oficio No. 7090 del 22 de septiembre de 2015 a través del cual el Juzgado Segundo Civil de Circuito de Florencia – Caquetá, comunica a la señora JAVEL FAJARDO BARRERA el fallo de tutela contra el Establecimiento Penitenciario y Carcelario el Cunday.
55. Oficio PPF – 5293 del 23 de septiembre de 2015 a través del cual el Juzgado Primero Promiscuo de Familia de Florencia – Caquetá, comunica a la señora JAVEL FAJARDO BARRERA el fallo de tutela contra la EPS- S CAPRECOM.
56. Oficio J2PC – 7086 del 24 de septiembre de 2015 a través del cual el Juzgado Segundo Penal del Circuito de Florencia – Caquetá, comunica a la señora JAVEL

- el fallo de tutela contra el Instituto Nacional de Medicina Legal Regional Sur.
57. Derecho de petición presentado por JAVEL FAJARDO BARRERA ante la Clínica Medilaser de Florencia – Caquetá, radicado el día 14 de octubre de 2015.
 58. Escrito de impugnación por JAVEL FAJARDO BARRERA contra el fallo de primera instancia emitido por el Juzgado Segundo Penal del Circuito de Florencia – Caquetá.
 59. Oficio J2PC – 7752 del 22 de octubre de 2015 emitido por el Juzgado Segundo Penal del Circuito de Florencia – Caquetá, a través del cual comunica a la señora JAVEL FAJARDO BARRERA la concesión de la impugnación contra el fallo emitido en primera instancia.
 60. Oficio CJ 140605 de fecha 29 de octubre de 2015 por medio del cual el Director Médico Clínica Medilaser Sucursal Florencia, ofrece respuesta al oficio radicado el día 14-10-015.
 61. Derecho de petición elevado por JAVEL FAJARDO BARRERA ante la Clínica Medilaser de Neiva –Huila, junto con la factura de envío.
 62. Oficio M-732-2015 de 07 de diciembre de 2015 a través del cual la Coordinadora Medica Clínica Medilaser S.A., ofrece respuesta a solicitud de Epicrisis.
 63. Reporte de Epicrisis por la Fundación Universitaria Navarra.
 64. Oficio -02566 de fecha 28 de abril de 2016 a través del cual el Juzgado Primero Promiscuo de Familia comunica a la señora JAVEL FAJARDO BARRERA la apertura del trámite incidental promovido contra el apoderado general de FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A, FIDUPREVISORA COMO ENTIDAD LIQUIDADORA DE LA CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES “CAPRECOM” EICE EN LIQUIDACIÓN – GERARDO MAURICIO CORTES POMAR.
 65. Oficio 02959 del 16 de mayo de 2016 por medio del cual el Juzgado Primero Promiscuo de Familia comunica a la señora JAVEL FAJARDO BARRERA, se abstiene de sancionar con desacato al señor apoderado general de la FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A, FIDUPREVISORA COMO ENTIDAD LIQUIDADORA DE LA CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES “CAPRECOM” EICE EN LIQUIDACIÓN – GERARDO MAURICIO CORTES POMAR.

Testimoniales

El pasado 3 de septiembre de 2024, se recibieron en audiencia las declaraciones testimoniales de las siguientes personas:

- **MARIA NELLY PEREZ RIVEROS.** Identificada con número de cédula de ciudadanía 40755329 de Florencia Caquetá, quien acreditó la afectación moral de los demandantes.
- **GLORIA AMPARO CRISTANCHO CIFUENTES** identificada con cédula de ciudadanía 38.250. 228 de Ibagué Tolima, quien acreditó la afectación moral de los demandantes.

Las cuales acreditaron con detalle, la afectación moral de los demandantes y los perjudicó la muerte del señor Hugo Benancio Patiño Muñoz. Adicional a ello, la primera de las testigos narró al Despacho que visitó frecuentemente a su amigo Hugo Benancio Patiño, en prisión; y que la última vez que fue al penal lo encontró en malas condiciones de salud, como se explicará más adelante.

Pericial

- **DICTAMEN MÉDICO PERICIAL** rendido por la UNIVERSIDAD CES DE MEDELLÍN, a través de la doctora Carolina Estrada Pérez, médico y cirujano, especialista en Neurología Clínica y perito CENDES, quien valoró la historia clínica del paciente Hugo Benancio Patiño, **absolvió un cuestionario enviado** y rindió su conclusión de cara al tratamiento y la atención médica que se le brindó. Este dictamen fue sustentado en audiencia del 3 de septiembre de 2024. De la perito se destaca no sólo su formación profesional, sino también **que fue la única perito dentro del proceso que hizo una evaluación integral de toda la historia clínica del paciente Hugo Benancio Patiño,** motivo por el cual su conclusión fue integral de cara a todas las atenciones recibidas.

A largo de su exposición en audiencia de pruebas, se resalta lo siguiente:

- Que el tratamiento fue adecuado para la enfermedad que él tenía, sólo una vez se inicia con la aplicación de los antituberculosos. No obstante hizo énfasis en el tiempo que transcurrió desde el inicio de los síntomas hasta comenzar el tratamiento fue crucial para el paciente y se presentaron demoras.
- Que existen signos y síntomas que pueden alertar de que el paciente tenía presencia de tuberculosis, y fueron: Alteración estado de consciencia, incoherencia, y rigidez nuchal.
- El 14 de febrero de 2015 se le hizo una punción lumbar en Medilaser. Le aplicaron unos medicamentos de amplio espectro, pero ellos no incluían a la tuberculosis, porque no es de las meningitis más frecuentes. El 15 de febrero de 2015 es tratado por médicos especialistas quienes consideran que puede tratarse de una tuberculosis meníngea. Sin embargo, el tratamiento antiburculoso lo inician hasta el 23 de febrero de 2015. **No se deja constancia del porqué la demora en la aplicación del medicamento antituberculoso.**
- Que en lo que respecta a los medicamentos para tratar patologías como la meningitis tuberculosa, los mismos no mantienen disponibles en el Hospital u centro asistencial, sino que se deben requerir a la Secretaría de Salud-Seccional o Departamental. **No obstante, en la historia clínica no se consigna si la demora en el inicio del tratamiento antituberculoso fue ocasionada por esta Entidad.** Enfatiza que siempre que no se pueda suministrar el medicamento idóneo se debe anotar en la HC por qué no se puede consignar.
- Explicó que hay un estudio que indica que la mortalidad es mayor después de 3 días del inicio de los síntomas. Entre más rápido se haga el diagnóstico y tratamiento mejor le va a ir al paciente.
- Al ser una enfermedad tan grave, los pacientes que sufren de una meningitis tuberculosa, pueden morir con una tasa alta, del 50 al 75%. Así se le de manejo con antituberculoso. No obstante, todo depende de la prontitud con la que se realice el tratamiento.
- Expuso que el 18 de febrero de 2015 se hizo una nueva punción lumbar. La primera fue el 14 del mismo mes.
- El Gold estándar en este tipo de casos es encontrar el DNA de la bacteria en el líquido cefalorraquídeo. Esto normalmente se hace en un cuarto nivel. En el tercer nivel se puede hacer un examen que no es el Gold Estándar, pero que me puede mostrar indirectamente que la bacteria está. El examen con el que

se mide esta sustancia se llama ADA¹, esa prueba se hizo y se midió en el líquido cefalorraquídeo del paciente, y en efecto mostraba que estaba elevada. **Esto confirma que el paciente sí tenía una infección con la micobacteria de Tuberculosis.** Ante la pregunta de que alguien con tuberculosis le apliquen antibiótico, pero no en concreto para la tuberculosis, ¿no hace ningún efecto? Porque en el caso de Hugo le aplicaron los antituberculosos 10 días después, pero antes le estaban aplicando antibiótico, contestó que para eliminar la bacteria, sí requiere medicación específica. Y estos solos se dieron hasta el 23 de febrero. Sus síntomas empezaron el 9. Es una evolución esperada cuando no se hace un diagnóstico rápido y no se inician los antituberculosos de forma pronta.

- El 21 de febrero presentó un episodio de decaída considerada. Se le suministraron otros antibióticos pensando que fuera otro agente infeccioso y se solicitó remisión a IV nivel para ser atendido en conjunto con infectología y UCI. El 24 de febrero ingresa a IV nivel, llega en muy malas condiciones. El paciente presenta una hidrocefalia, que también es una complicación que se presenta cuando hay meningitis tuberculosa. Lo drenaron como se debía, le aplicaron betametasona, pero falleció.
- La meningitis tuberculosa no es la causa más común. Las más comunes son el neumococo.
- En un orden son: los virus, luego las bacterias, luego las micobacterias, y de último los hongos.
- Con la punción que se hizo el 18 de febrero, los leucocitos bajaron. La perito concluye que hubo una mejoría paraclínica. Sin embargo, con los hallazgos de esa segunda punción lumbar se encontró elevada el ADA lo cual si pudo ser indicativo de que hay una infección por tuberculosis.
- El ADA se puede elevar no sólo por tuberculosis, sino que eventualmente puede elevarse por otras condiciones incluso bacteriana. Es por esta razón que debe verse o analizarse en conjunto. En este caso, el paciente estaba somnoliento o en coma; lo segundo, la presión del líquido elevada, y que el paciente está presentando hidrocefalia. Estas condiciones sí hacen pensar que el paciente pueda que no tenga una meningitis bacteriana típica sino por otra más compleja, como por ejemplo por tuberculosis.
- Explicó que la enfermedad tiene tres fases: Temprana, meningítica y paralítica.
- El tratamiento en términos generales fue adecuado, pero tuvo dos demoras importantes: (i) La demora en el inicio del TAC y (ii) el inicio en la aplicación de los antituberculosos. Las demoras en las remisiones influyen en que como no llegó pronto, no tuvo posibilidad de un diagnóstico pronto.
- La PCR puede salir negativa así tenga la enfermedad. Por eso el médico debe hacer una suma de criterios y de hallazgos para sumar factores y comenzar a tratar la tuberculosis meníngea.

¹ Del inglés: adenosine deaminase. (...) Es un examen muy usado para el diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar. Esta prueba colorimétrica se basa en la cuantificación del amonio que surge como resultado de la acción de la enzima adenosina deaminasa. La prueba de ADA en líquido pleural es un examen diagnóstico útil en pacientes con efusión pleural de etiología a incierta, sobre todo en lugares donde existe una prevalencia de tuberculosis alta, logrando diferenciar esta de otras causas de derrame pleural, como neumonías, neoplasias, colagenopatías, lo cual nos permite tomar decisiones terapéuticas tempranas. **Tomado del artículo científico:** "Validez de la prueba de adenosina deaminasa y del recuento diferencial de leucocitos para el diagnóstico de tuberculosis pleural" por Jhonatan Boris Quiñones-Silva y otros. Disponible en <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v71n1/a04v71n1.pdf>

- La otitis supurativa de 30 días de evolución², puede ocasionar cuadro neuroinfección. Lo más común es que sea de origen bacteriano, pero, puede eventualmente ser de una micobacteria. Muy poco probable.
- Puntualizó en que la fase ingresó al HMI, fue la paralítica. Es decir, la tercera.
- La otitis puede tratarse en medicina general. La alteración en el estado de consciencia es un signo de alarma. Cuando llegó al Hospital, así en ese estado y con la otitis supurativa, era indicativo de que había neuroinfección.
- Lo llamativo de la Historia Clínica es que desde el 15 de febrero, mucho antes de la segunda punción, ya consideraron que podría tratarse de una tuberculosis meníngea. Si desde esa fecha había sospecha desde ahí se debía haber iniciado el tratamiento antiburculoso. Por qué se inició tiempo después, en la HC no se consignaron los motivos.
- La prueba de PCR. Así la prueba salga negativa, puede tener la enfermedad. Entonces no es fiable.
- Las especialidades que lo pueden tratar, pueden ser: Neurólogo, Infectólogo, o intensivista.
- Los pacientes, por regla general, deben ser tratados por Infectología. Los neurólogos raramente tratan a pacientes con meningitis tuberculosa.

De la parte demandada

Así mismo, por resultar de interés para esta litis, se traen colación de las pruebas de la parte demandada Clínica Medilaser, (i) la sustentación del Dictamen del Dr. César Camilo Perdomo³; y (ii) las declaraciones testimoniales de los médicos Francy Yobana Castro⁴ y Diego Fernando Salinas⁵.

De la sustentación del doctor **César Camilo Perdomo** se extrae como importante las siguientes conclusiones:

- Que una vez Hugo Benancio ingresó a la Clínica Medilaser, el abordaje estuvo guiado por una sospecha de meningitis bacteriana. Desde el comienzo aclaró que no tuvo acceso a la historia clínica de las IPS que atendieron al paciente antes de que llegara a la Medilaser (HMI y el INPEC) y por ende no sabe del tratamiento que se le pudo brindar allí.
- Que era un paciente de difícil manejo y difícil diagnóstico. Pero indudablemente cuando se diagnostica tarde, es muy difícil de salvar.
- Anotó que el paciente tenía una otitis de 1 mes de evolución. Las otitis generalmente son de origen bacteriano; casi no se ven de origen tuberculoso. Sin embargo, se desconoce qué antibiótico se le había brindado antes de su llegada a la Medilaser para indicar el manejo. De las referencias que tuvo de la HC que se le puso en conocimiento, la HC del Hospital no es concluyente sobre qué antibiótico se le suministró ni qué tratamiento se le brindó.
- En Medilaser, la atención por neurología fue oportuna. Hubo una ligera mejoría una vez se le da el tratamiento abordado; por lo que se pensó que la orientación adoptada inicialmente fue la adecuada.

² Expediente One Drive, Carpeta Demanda, archivo "Anexos", folio 272.

³ Médico internista e intensivista, con educación formal en medicina crítica y cuidado intenso.

⁴ Médico especialista en Neurología, quien trató al paciente a su ingreso en Clínica Medilaser Florencia.

⁵ Médico especialista en Infectología, quien trató al paciente a su ingreso en Clínica Medilaser Neiva.

- El paciente una vez llegó a la Medilaser se le observa un proceso infeccioso a nivel cerebral. Se le aplicó el medicamento antibiótico oportunamente. Hoy en día se puede tomar una prueba molecular y ser más rápida la atención. En el 2015 no había disponibilidad de tales muestras.
- Que el tratamiento se enfocó hacia una meningitis de carácter bacteriano, porque es lo más común. No se sospecha de entrada que una meningitis sea tuberculosa. El examen físico me indicaba que había un proceso infeccioso a nivel cerebral. Min 1:08 en adelante.
- Hay algo que a él sí le llamó la atención y es que lo que uno encuentra en pacientes con infecciones bacterianas es una pleocitosis, que consiste en una prevalencia de células que tienden a ser más polimorfonucleares que linfocitos. Si se observan los datos de la HC, allí hablan de una prevalencia de linfocitos sobre polimorfonucleares. Esto podría ser indicativo de que se tratara de una causa distinta para meningitis, como por ejemplo la presencia de la micobacteria de la tuberculosis o de un virus. Sin embargo él no lo ve como una equivocación de la Clínica, pues no hay que olvidar que la HC indica que el paciente había recibido medicación, de una manera muy irregular, muy inconclusa, muy parcial. No se había dicho si había recibido tratamiento para la otitis. Muchos de estos medicamentos y tratamientos tienen efectos sobre las micobacterias, sino como en las demás bacterias.
- Un paciente con 1 mes de otitis, es indicativo de una meningitis bacteriana.
- **A los dos días de haber ingresado a la Medilaser y luego de la aplicación de una medicación se sospechó que podría tratarse de una meningitis por tuberculosis.**
- En cuanto a los tiempos, claro, empezamos mal con él. Porque llevaba un mes de evolución. No sabemos qué pasó en el centro de reclusión, no sabemos qué pasó en el HMI, pero lo que sí se puede ver es que en Medilaser se respetaron los tiempos.
- Puntualizó en que para iniciar tratamiento para la tuberculosis el médico debe estar seguro de que en realidad tiene eso.
- La mortalidad, sustentado en estudios, cuando se ataca una micobacteria como la tuberculosis, la respuesta inflamatoria es muy severa. Y se puede presentar casos de convulsiones, edema cerebral como en efecto lo sufrió el paciente. Estos eventos aumentan la mortalidad.
- Otro aspecto relevante que encontró es la presión del líquido cefalorraquídeo. Esto en principio es indicativo de un criptococo, que es un hongo. Él tenía la presión elevada, pero no tanto. Particularmente, tenía tratamiento para hongo, bacteria, micobacteria, virus, para todo. Es un cuadro atípico. En él todo conjugó para que fuera en contra de él.
- El tratamiento antibiótico se le suministró antes de 24 horas del ingreso. Hay estudios a nivel mundial, que mencionan que, en sepsis, por cada hora que se demore en administrar el tratamiento aumenta la mortalidad.
- Las Impresiones diagnósticas que se tuvieron en cuenta al ingreso fueron: Cefalea y neuroinfección por etiología a determinar. Sí un paciente llega el día 13 y el 14 ya me está convulsionando, es porque ya viene muy mal y con infección avanzada. Independiente si sea por virus, bacteria y micobacteria.
- En pacientes con meningitis, las convulsiones llegan en una etapa de evolución tardía, o encefálica. La fase meningítica presenta otra característica que es la rigidez nuchal.

- La convulsión me indica que el cerebro está inflamado y la bacteria lo está afectando. El paciente llegó en una fase tardía y es la que más mortalidad tiene. **En el 2015, morían el 41%.** En cuanto a secuelas, si logra sobrevivir, quedan: trastornos en el movimiento, de orientación, de movilidad en cara, etc. Eventualmente pueden pasar porque el cerebro estuvo comprometido.
- El manejo inicial no daba para pensar de entrada en una tuberculosis. Cuando se comenzaron las punciones lumbares fue que se sospechó de una meningitis tuberculosa, y se tomó la decisión de remitirlo a un IV Nivel por infectología.
- El 18 de febrero presentó paraplejia (síntoma de grave compromiso cerebral) y ahí se ordenó la otra punción lumbar.
- Si se da un antibiótico para algo que yo no tengo, puede resultar contraproducente.
- El tratamiento con antituberculoso en cuanto al suministro sí fue tardío. Ahora, en cuanto a las razones pueden ser muchas. El manejo de esta medicación es exclusivo del Estado y para solicitarlo a la secretaría de salud debo tener un diagnóstico serio de la enfermedad. Generalmente solicitan pruebas bacteriológicas, biopsia, nexos epidemiológicos, etc.). Es difícil saber qué pasó, porque lo cierto es que se le suministró 8 días después de haberse ordenado. Es difícil evaluar si hubo una demora de la clínica o de la secretaría de salud, etc. –Ante esto, la Juez le preguntó **¿Eso no debería quedar en la HC?** A lo que el perito le responde que Sí. Si es una circunstancia ajena al médico, debería quedar en la HC. En este caso, el perito no sabe por qué la Clínica no anotó a qué se debe dicha demora.
- El considera que el paciente pudo tener una meningitis mixta: bacteriana, por el oído, y tuberculosis por otro lado.
- La Juez le preguntó que cuando se encuentran con este tipo de casos tan atípicos ¿Por qué no se hacen investigaciones al respecto para mejorar los protocolos de atención médica, cuando hay características tan particulares, atípicas y que permiten mejorar en próximos eventos? A lo que indicó que esto sólo se hace en los eventos que la Ley ordena.
- Indicó que a él le remitieron la HC y el dictamen del CES elaborado por la Dra. Carolina Estrada.
- Una inflamación del oído, puede causar dolor de cabeza. No sabemos si la otitis estuvo bien manejado o no en la cárcel. Tampoco se sabe si, con la otitis supurativa ya presentaba signos de compromiso meníngeo, si presentaba cambios en el comportamiento.
- Cuando llega a los servicios de Medilaser, llegó en fase encefalítica y meningítica, lo primero por la convulsión.
- Tampoco se sabe qué se le hizo en el HMI, la historia clínica no llegó completa o en una secuencia que permitiera tener claridad en el tratamiento de cómo se abordó.
- La mayoría de las meningitis bacterianas se pueden tratar en un segundo nivel en adelante. Las más complejas como tuberculosas si requieren un mayor nivel. Hugo Benancio con su condición, evidentemente requería remisión.

Declaración testimonial de la médica Francly Yobana Castro:

- Expuso que de la lectura de la historia clínica, indica que era un paciente de 50 años. Ingresó a Medilaser el 13 de febrero de 2015 en horas de la noche, con un cuadro médico de 30 día de evolución. Procedía del Hospital María

Inmaculada, y fue visto por el Neurocirujano. Ella miró al paciente el 14 de febrero de 2015 a mediodía. **Interrogó a los guardianes** y estos le dijeron que llevaba 1 mes enfermo y que había presentado otitis supurativa en el oído derecho. El día de la valoración presentó convulsiones. Le llamó la atención la asterixis (en las manos) y en los pies. Tenía fiebre y rigidez de nuca. Se ordenó punción lumbar. Cuando lo vio ya le habían tomado una tomografía (TAC). Punción lumbar es sacar líquido de la columna, el líquido que está alrededor de las meninges del cerebro, y es el que nos dará información si en el área hay algún tipo de infección. Tiene un cuadro hemático que son indicativos de una infección bacteriana. Le hacen punción y se encuentra un líquido muy amarillo. Con las condiciones en las que llegó, el cuadro de evolución relatado y los antecedentes de otitis supurativa, se comenzó el tratamiento empírico con antibiótico.

- La asterixis es indicativa de problemas en el hígado, fallo metabólico. Se le tomaron otros exámenes, y se encontró reactivo para la hepatitis C. Aparte de la meningitis había otra causa que lo estaba complicando.
- Los síntomas con los que llegó: 30 días de evolución, una otitis supurativa, y signos meníngeos. No hay claridad si se le suministró tratamiento para la otitis. Adicional a ello, tenía otros síntomas como vómito, etc.
- Cuando hay síntomas hepáticos y gástricos uno se orienta más hacia un origen etiológico por hongos. Sin embargo, una vez se inicia el tratamiento presenta leve mejoría.
- Desde el día 1 de su valoración solicitó el apoyo por infectología, para que dé el apoyo diagnóstico.
- En el paciente pudo coexistir virus, hongos y bacterias. En el Caquetá hay predisposición a tenerlos.
- Al día 7, (21 febrero) presentó fiebre. El 22 de febrero tuvo una complicación por falla ventilatoria. Venía con una mejoría neurológica, y es remitido a UCI. Entonces un paciente con estos antecedentes de aparente mejoría, con sospecha diagnóstica sin confirmar, se decide aplicar el Tratamiento antituberculoso.
- Como el paciente venía mejorando, se decidió seguir con el antibiótico. Desde el inicio se solicitó la remisión, pero sólo se materializó el 24 de febrero. Alcanzaron a salir algunos resultados de tuberculosis negativos, (cultivos y PCR).
- Al momento del ingreso, si parecía tener una enfermedad de origen bacteriana. Era un paciente complicado, porque llegó con 1 mes de evolución, por ende, tratarlo era difícil. Al ingreso, la posible etiología probable, era una coinfección derivada de la otitis supurativa parcialmente tratada, en el evento de que haya recibido tratamiento.
- La remisión a infectología era necesaria. Por el solo hecho de llevar tanto tiempo de evolución, se sabe que puede haber coexistencia de bacterias, virus, etc.
- Era un paciente inmunosupresivo, lo que lo hace más vulnerable sí le da una otitis que puede ocasionar complicaciones a nivel neurológico. A su juicio hubo continuidad de la infección del oído al cerebro.
- La demora en la remisión a 4 nivel, es un tema netamente administrativo, más allá que médico. (Quién lo lleva, quién me lo va a recibir, etc.) Son factores externos.

- Ella no tenía claridad si antes de Medilaser, le habían suministrado antibiótico. Entonces ella lo tomó como inicio del tratamiento, día 0. Y debe ser por 14 días.

Declaración testimonial del médico Diego Fernando Salinas:

- Lo atendió el 25 de febrero de 2015 en la Clínica Medilaser de Neiva. Recibió un paciente que llevaba 1 mes de evolución. Tenía mutismo, y rigidez nucal. Le iniciaron una combinación de antibióticos, bajo la presunción de una meningitis bacteriana. Luego cambió a una sospecha de tuberculosis. Llegó en coma. No reaccionaba a la luz. La impresión diagnóstica era de una Meningitis Linfocítica crónica. Llevaba más de 4 semanas de evolución. Recomiendan continuar con el tratamiento antituberculoso.
- La otitis que presentaba el paciente, era crónica, que se caracteriza por ser supurativa. En ese escenario el tímpano ya se rompió. Las otitis tanto aguda como crónica, pueden asociarse a infecciones en el sistema nervioso central por la cercanía al cerebro.
- La otitis sí pudo condicionar la meningitis.
- Cuando un paciente llega con meningitis toca hacer un diagnóstico diferencial. Es decir, descartar que no sea por otras causas la complicación. La meningitis no sólo puede contraerse por un origen infeccioso. Las meningitis infecciosas (bacterias, hongos, virus) y las no infecciosas (muchas causas, como enfermedades autoinmunes, cáncer, por medicamentos, etc.). Complica saber de entrada el origen.
- La sospecha de un origen tuberculoso, es el tiempo de evolución. El paciente llevaba 4 semanas de evolución, esto le daba peso. Un paciente que se le aplica tratamiento, mejora y luego empeora (evolución tórpida) también es indicativo de meningitis tuberculosa. El diagnóstico de tuberculosis meníngea es difícil, porque así los resultados salgan bien, puede que el paciente sí tenga la enfermedad. Por ende, si la PCR sale negativa, puede ser falsa. La única manera de saber, es con un cultivo positivo de bacteria de tuberculosis. Es una enfermedad simuladora.
- Que debía tenerse en cuenta que el paciente ingresó a Medilaser con otorrea. Lo lógico es que cualquier médico piense que la infección del oído se metió al cerebro.
- Explicó que el pronóstico de la tuberculosis meníngea depende del momento en el que llegue. Existe una **escala de Glasgow**:
En primer orden, cuando llega consciente: Solo con dolor de cabeza. No más del 15% muere.
Grado 2: Déficit Neurológico: La mortalidad se incrementa al 30%
Grado 3: Deterioro Grave. Mortalidades del 30 al 60%.
- Sin embargo, factores como la edad también juegan, inmunosupresión de base, desnutrición, etc.
- Evidentemente sí hubiese llegado más temprano, más probabilidades de mejoría. Con las 4 semanas ha tenido todo un proceso de deterioro, complicaciones médicas, etc. La hidrocefalia se ocasionó porque el paciente con seguridad llevaba mucho tiempo enfermo.

B) NEXO CAUSAL E IMPUTACIÓN

TESIS DE LA PARTE ACTORA:

El señor Hugo Benancio Patiño Muñoz sufrió una pérdida de oportunidad de recuperarse y sobrevivir a la enfermedad que sufría, producto de (i) una remisión tardía del recluso desde el centro penitenciario hasta una IPS de segundo nivel; (ii) demoras en el traslado del paciente entre las IPS de distinto nivel de atención; (iii) demoras en la aplicación de medicamentos para combatir la meningitis tuberculosa y (iv) el no diligenciamiento completo de la historia clínica del paciente, por parte de las IPS tratantes y del INPEC. Estas omisiones y actuaciones tardías son imputables a las entidades demandadas, y en su conjunto, no permitieron la supervivencia del señor Hugo Benancio Patiño Muñoz.

ARGUMENTOS

Contexto de las condiciones de los reclusos en centros carcelarios de Colombia.

En primer lugar, se tiene que el Sistema Penitenciario de nuestro país fue declarado en un estado de cosas inconstitucional mediante sentencia T-388 de 2013, por parte de la Corte Constitucional. Para tal fin, entre otras cosas consideró:

Al respecto, la jurisprudencia constitucional ha señalado lo siguiente: “En el campo de la salud es claro que, por su misma circunstancia, quien se encuentra privado de la libertad no goza de autonomía -como la persona libre- para acudir al médico cada vez que lo desee o necesite, y que, por lo general, tampoco le es posible escoger a los facultativos que deban examinarlo, tratarlo u operarlo. Ha de someterse a unas reglas generales y predeterminadas, indispensables por razones de organización y seguridad. || Empero, lo anterior no puede significar que se diluya o haga menos exigente la responsabilidad a cargo del INPEC y de los establecimientos de reclusión, o que pueda el sistema desentenderse de la obligación inexcusable de prestar a todos los presos, en igualdad de condiciones, una atención médica adecuada, digna y oportuna. Por eso, entre otras normas, la del artículo 408 del Código de Procedimiento Penal señala como uno de los derechos del individuo privado de libertad el de ‘ser visitado por un médico oficial y, en su defecto, por uno particular, cuando lo necesite.

(...)

La relación especial de sujeción en la que se encuentra una persona privada de su libertad, implica restricciones importantes para acceder a servicios de salud que se requieran con urgencia. Las restricciones son aún más fuertes si se trata de servicios de salud rutinarios, útiles, o de prevención, lo cual conlleva privar a la persona de los medios necesarios para alcanzar los mayores niveles de salud posible.(...)

(...)

Informa el INPEC en relación con este aspecto que: (i) en los establecimientos de reclusión se encuentran personas que padecen enfermedades terminales, como cáncer o VIH, así como personas diabéticas o con enfermedades coronarias o insuficiencia renal; (ii) al interior de los establecimientos de reclusión se han producido brotes epidemiológicos de tuberculosis que ponen en riesgo a la población privada de la libertad; (iii) debido al alto nivel de sobrepoblación del sistema, las probabilidades de contagio de enfermedades virales y brotes epidemiológicos, son críticas; (iv) en los establecimientos de reclusión se

encuentran personas discapacitadas, enfermos psiquiátricos y personas de la tercera edad que no tienen la posibilidad de acceder a celdas dignas para su especial condición; (v) los establecimientos de reclusión del orden nacional no cuentan con el personal médico suficiente para atender a las personas privadas de la libertad; (vi) se imposibilita la remisión a especialistas, tratamientos vitales, cirugías, programadas y postoperatorios dada la escasez de personal médico capacitado, así como de guardias y de vehículos para trasladarlos.
(...)

Y en consecuencia, una sus decisiones fue:

*“Se declara que el Sistema penitenciario y carcelario se encuentra **nuevamente en un estado de cosas inconstitucional**, por cuanto (i) los derechos constitucionales de las personas privadas de la libertad son violados de manera masiva y generalizada; (ii) las obligaciones de respeto, protección y garantía, derivadas de tales derechos, han sido incumplidas de forma prolongada; (iii) el Sistema ha institucionalizado prácticas claramente inconstitucionales, dentro de su funcionamiento cotidiano; (iv) hay una ausencia notoria de medidas legislativas, administrativas y presupuestales que se requieren con urgencia; (v) la solución de los problemas estructurales compromete la intervención de varias entidades, que deben realizar acciones complejas y coordinadas; y, finalmente, (vi) si todas las personas privadas de la libertad que se ven enfrentadas al mismo estado de cosas presentaran acciones de tutela (u otros mecanismos de defensa de sus derechos), tal como lo hicieron los accionantes de las tutelas acumuladas en esta oportunidad, el sistema judicial se congestionaría aún más de lo que está ocurriendo”*

Expuesto lo anterior, tenemos:

Responsabilidad del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario -INPEC-

Conforme lo citado anteriormente, es ampliamente conocido que la situación de las cárceles es en Colombia no cumple las condiciones mínimas que garanticen la dignidad de las personas allí reclusas. Condiciones como la salubridad, alimentación y una atención en salud óptima y oportuna, son la constante en la mayor parte de reclusorios del país. Así mismo, la deficiencia de estas condiciones provocan que hayan focos de propagación de enfermedades como la tuberculosis⁶, entre otros.

Esto es importante en el juicio de responsabilidad, **porque el INPEC ejerce frente a sus reclusos una posición de garante**. En términos del Consejo de Estado a través de su jurisprudencia⁷, la imputación de responsabilidad al Estado por los daños causados a los internos durante el tiempo de su reclusión, que no puedan considerarse como inherentes a esta, suele ajustarse en mejor medida a los presupuestos de un régimen objetivo (...). Y esto suele ser así, en razón a que con ocasión de la privación de la libertad se suspende o restringe el ejercicio de ciertos derechos fundamentales del interno, pero, a su vez, existen otros que se garantizan de forma íntegra, como la vida, la dignidad humana y la integridad personal. Los reclusos se encuentran, entonces, vinculados con el Estado a través de una relación de especial sujeción, que trae consigo la limitación de algunos de sus derechos fundamentales, al tiempo que

⁶ Mencionado también por el Dr. Gilberto Rincón, testigo del HMI, en su declaración en audiencia del 19 de junio de 2024.

⁷ Consejo de Estado, Sección Tercera Subsección C. Sentencia del 7 de septiembre de 2022. Radicado 68001-23-31-000-1998-01503-01 (46823). Consejero Ponente: Jaime Enrique Rodríguez Navas.

obliga al Estado a asumir la responsabilidad de su protección y cuidado mientras se encuentren privados de la libertad.

A renglón seguido, está igualmente probado que una vez ingresa al Hospital María Inmaculada, el señor Hugo Benancio Patiño llevaba 1 mes con una otitis supurativa, la cual puede causar neuroinfección debido a su cercanía con el cerebro, infección que puede materializarse a través de una meningitis. Esto quiere decir que la dolencia que tenía Hugo comenzó, por lo menos desde inicios del mes de enero del 2015. Este hecho probado se soporta también en lo declarado por la perito Carolina Estrada de la Universidad CES, el perito Cesar Camilo Perdomo, y la médica Francy Yobana Castro, de la siguiente manera:

| | |
|------------------------------|---|
| Perito Carolina Estrada. | <p>Respuesta a la pregunta 4 del Dictamen. Evolución de la enfermedad desde que aparecen los primeros síntomas:</p> <p>Fase temprana: dura <u>de 1 a 3 semanas</u>, se caracteriza por malestar general cansancio, dolor de cabeza, fiebre y cambios de personalidad.</p> <p>Fase meningítica: dolor cervical y leve rigidez de nuca, dolor de cabeza prolongado, vómitos, letargo, confusión y compromiso de pares craneanos.</p> <p>Fase paralítica: paciente pasa de esta somnoliento a presentar estupor y coma, convulsiones.</p> |
| Perito Cesar Camilo Perdomo. | <p>Sustentación del dictamen: Minuto: 2:10:30 en adelante (...) cuando el paciente llegó a los servicios de salud llegó en una fase meningítica y encefalítica , lo último por la convulsión. (...) El que hubiera convulsión significa compromiso cerebral y en el contexto de la medicina, esto implica una fase tardía de la enfermedad.</p> |
| Médica Francy Yobana Castro. | <p>Declaración en audiencia⁸: Minuto 3:52:00 en adelante. Ella miró al paciente el 14 de febrero de 2015 a mediodía. Interrogó a los guardianes y estos le dijeron que llevaba 1 mes enfermo y que había presentado otitis supurativa en el oído derecho. El día de la valoración presentó convulsiones. Estaba con baja respuesta a estímulos. Le llamó la atención la asterixis (en las manos) y en los pies. Tenía fiebre y rigidez de nuca.</p> |

Esto concuerda con lo que relató la testigo María Nelly Pérez Riveros, quien indicó que en la última visita que le hizo a su amigo Hugo Benancio Patiño en prisión, aproximadamente como unos 15 o 20 días antes de que se agravara, él le contó que llevaba esperando varios días una cita médica y que lo observó bastante mal de salud, y que físicamente lo observó mal⁹. Que a los 8 o 15 días la esposa va a visitarlo, y

⁸ Audiencia de pruebas del 19 de junio de 2024. A partir de las 2:30 pm.

⁹ Audiencia de pruebas del 3 de septiembre de 2024. Minuto 40:56 en adelante.

cuando regresó ella le preguntó que como seguía y dijo que estaba muy preocupada, porque lo miraba muy grave y que no había sido atendido por ningún médico.

Lo anterior sin dejar de lado que de la escasa historia clínica que remitió el INPEC, se consignó: Para el 1 de febrero de 2015: *“Ingresa paciente al servicio de sanidad en sus tres esferas, viene por sus propios medios acompañado por el guardia. (...) paciente refiere tener dificultad para respirar. Por orden verbal del médico se le administra dexametasona”*. Luego para el 9 de febrero de 2015, que el recluso *“fue traído por compañeros de patio quienes refieren más de 4 días de vómito incontrolable, cambios cognitivos que han ido empeorando las últimas 48 horas. No colabora al interrogatorio (...)”*¹⁰ y otro aspecto que causa curiosidad es que el 5 de junio de 2014 le fue realizado un examen de laboratorio KOH, cuyo resultado es *muestra positiva para estructuras micotas*¹¹, es decir, una infección por hongos.

Con todo, a través de los distintos medios de prueba y de las declaraciones escuchadas, quedó acreditado científicamente, que el paciente llevaba aproximadamente 1 mes con un cuadro de deterioro médico sin recibir ninguna atención médica al respecto. En este punto, el paciente superó la fase temprana y parte de la meningítica en la cárcel, sin medicación contundente y permitiendo que la infección avanzara, restándole de esta manera posibilidades de recuperación a Hugo Patiño. Los peritos que estudiaron las distintas historias clínicas no saben qué tratamiento se le suministró, **por ejemplo, para tratar la otitis supurativa, qué medicamentos se le suministraron y a cuánto tiempo. No hay nada que indique que esa otitis, de un mes, haya sido tratada por la sanidad de la Cárcel las Heliconias.** Únicamente que, una vez se agravó, fue remitido a segundo nivel. La ausencia de consignaciones en la historia clínica son indicativas de que el paciente no se trató, o de haberse hecho, no se dejó nada por escrito, lo cual implica un indicio grave en la no prestación del servicio médico en términos de oportunidad e idoneidad.

Así mismo, se le reprocha también que una vez llegó el paciente al Hospital María Inmaculada, y ante la gravedad de sus síntomas, los galenos de dicha IPS solicitan remisión para toma de TAC, y estos en lugar de priorizarla, la retrasaron un poco, porque para dicho traslado requería ser transportado por el INPEC con armas. Demorando aún más, el inicio del tratamiento adecuado.

En conclusión, el INPEC está llamado a responder por los perjuicios causados a los demandantes como consecuencia de omitir su deber de garantizar un tratamiento médico oportuno y de calidad al interno Hugo Benancio Patiño, principalmente de cara a las remisiones. Además, las directivas de las cárceles, al ser tan común que se propaguen cuadros de tuberculosis en los distintos centros de reclusión del país, están en mora de implementar protocolos de detención y remisión temprana de los afectados, con el fin de que el tratamiento a suministrar sea efectivo y contundente, demora que ocasiona muertes como la presente. Así mismo se le cuestiona el no haber diligenciado la historia clínica del paciente y con ello dar claridad por ejemplo, el tratamiento y la atención que se le brindó al paciente para la otitis supurativa de 1 mes de evolución (si es que se le brindó, porque probado no está).

¹⁰ Expediente One Drive, Carpeta Demanda, archivo “Anexos”, folio 250.

¹¹ Expediente One Drive, Carpeta Demanda, archivo “Anexos”, folio 252. Laboratorio Clínico Nancy Sandoval.

Responsabilidad del Hospital María Inmaculada (en adelante HMI).

El Hospital Departamental María Inmaculada por su parte, recibió a Hugo Benancio Patiño el 9 de febrero de 2015 con mutismo, cefalea, dolor prolongado de oídos, con vértigo (inestabilidad) y con apertura ocular espontánea. Al día siguiente es examinado, pero no colabora para su valoración. No colaboró justamente porque llegó con un deterioro cognitivo considerable que le impedía razonar y dar cuenta de su situación, sin dejar de lado que también llegó con mutismo¹². Para el día 11 de febrero de 2015 empieza a mostrar movimientos espontáneos y por parte de psiquiatría se consignó que se le refirió por parte de la familia que el paciente llevaba 1 mes con otitis supurativa¹³. Se dejó nota de que estaba somnoliento, confuso, no contesta al interrogatorio y presentaba leve rigidez en la nuca.

No se explica por qué un paciente que presenta todos estos síntomas y una otitis supurativa de varios días de evolución, no fueron tenidos en cuenta como signos meníngeos, y con ello el inicio de tratamiento diferencial y especial, o en su defecto una remisión más pronta a un III Nivel de atención.

Con la explicación dada por los médicos y peritos escuchados, se le reprocha al HMI, que no haya descartado que era un paciente inmunosuprimido, porque padecía Hepatitis C, lo que ameritaba una atención más priorizada. Conforme lo explicó detalladamente la Perito Carolina Estrada, cuando el paciente llegó al Hospital en ese estado, era claro que había una neuroinfección. La historia clínica del HMI no es concluyente en qué antibiótico ni qué tratamiento se le brindó.

Esa ausencia de información en la historia clínica, de cara al tratamiento que se le estaba suministrando resultaba concluyente, al punto de que cuando la Clínica Medilaser de III nivel lo recibe, cómo la Neuróloga Francys Yobana Castro no tenía claridad si le habían o no suministrado antibiótico¹⁴, ella lo inició y tomó su inicio desde el día 0.

Esta situación permite concluir que en el Hospital no se le dio tratamiento, o de habersele dado, la ausencia de anotaciones lo que pudo provocar es que alteró la secuencia en la continuidad del medicamento o que se le hubiese administrado algo que en lugar de servirle hubiese sido contraproducente de cara a la causa etiológica de su afectación.

Sobre el contenido de la historia clínica, requisitos y criterios que deben contener, la Jurisprudencia del Consejo de Estado¹⁵, ha establecido:

Para el cumplimiento de la obligación de elaborar una historia clínica conforme al deber normativo, deben satisfacerse ciertos criterios: a) claridad en la información (relativa al

¹² Del 10 de febrero/15 se consignó los resultados de unos exámenes, donde se anota VIH negativo. Expediente One Drive, Carpeta Demanda, archivo "Anexos", folio 275..

¹³ Expediente One Drive, Carpeta Demanda, archivo "Anexos", folio 272. Valoración del 11 de febrero de 2015 por psiquiatría.

¹⁴ Esto también fue corroborado por el Dr. César Camilo Perdomo.

¹⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C. Sentencia del 24 de abril de 2013. Radicado: 66001-23-31-000-1999-00494-01(26923). Consejero ponente: Jaime Orlando Santofimio Gamboa. En concordancia con lo establecido en las sentencias de la sección tercera de la misma Corporación: Del 31 de agosto del 2006, rad. 15772, M.P. Ruth Stella Correa Palacio; del 28 de febrero del 2013, rad. 25075, M.P. Danilo Rojas Betancourth; y del 13 de noviembre de 2014, rad. 31182, MP. Ramiro Pazos Guerrero.

*ingreso, evolución, pruebas diagnósticas, intervenciones, curaciones o profilaxis, tratamientos, etc.); b) fidelidad en la información que se refleje y que corresponda con la situación médica del paciente y, con el período en el que se presta la atención médica; c) que sea completa tanto en el iter prestacional, como en la existencia de todo el material que debe reposar en los archivos de la entidad de prestación de la salud; d) **debe dejarse consignado dentro de la historia clínica de manera ordenada, cronológica y secuencial toda la información de diagnóstico, tratamientos, intervenciones quirúrgicas, medicamentos y demás datos indispensables que reflejen el estado de salud del paciente; e) debe orientar y permitir la continuidad en la atención y proporcionar al médico la mejor información, posible, para adoptar decisiones sin improvisación para así ofrecer las mejores alternativas médicas, terapéuticas y/o quirúrgicas, siempre con el objetivo de resguardar la eficacia del derecho a la salud consagrado en el artículo 49 de la Carta Política.***

Esta Sala considera que el acto médico complejo abarca también las obligaciones consagradas en la ley 23 de 1981, especialmente aquellas referidas a la apertura, manejo, custodia, archivo y conservación de la historia clínica, como elemento esencial en la documentación de la actividad médica prestada en un caso concreto. Tal como lo ha establecido la Sección Tercera de esta Corporación, dicha ley, (...) contiene una serie de obligaciones a las que deben sujetarse las entidades que integran el Sistema Nacional de Salud (...) En el caso de autos, se observa que dentro de la historia clínica no se aprecia algún informe o descripción de la intervención quirúrgica practicada a la demandante, ni tampoco los informes médicos y de enfermería antes, durante y después de la cirugía, lo que se traduce en un incumplimiento de las obligaciones a las que estaba sujeta la entidad demandada de acuerdo a los preceptos consagrados en la ley 23 de 1981, así como un indicio de la falla en la prestación del servicio médico – asistencial.

Con todo, a la luz de lo probado en este plenario es imputable solidariamente responsabilidad al HMI, por (i) la posible ausencia y/o claridad en el suministro de tratamiento antibiótico brindado; (ii) la no remisión oportuna al III nivel de complejidad, teniendo en cuenta que los síntomas que presentaba, indicaban compromiso por neuroinfección; (iii) el no diligenciar de forma debida y completa la historia clínica del paciente; y (iv) no habersele descartado, aun cuando tenía los recursos y los médicos, el padecimiento de hepatitis C en el paciente.

Responsabilidad de la Clínica Medilaser.

Evidentemente Hugo Benancio llegó a esta institución del tercer nivel, en una fase tardía de la enfermedad, que lastimosamente no sólo reducía el margen de acción en términos médicos, sino que también la mortalidad tenía un porcentaje mayor.

Esto en gran medida ocasionado por la no remisión oportuna del paciente por parte del Hospital María Inmaculada y el Centro Carcelario Las Heliconias. Adicional a ello, la primera de estas tampoco consignó con claridad el tratamiento que le brindó, de cara a orientar y/o ubicar a los médicos de la Clínica Medilaser que lo recibieron; lo que pudo generar alteración o interrupción en la continuidad del tratamiento médico que requería el señor Hugo Benancio Patiño.

Sin embargo, a la luz de lo expuesto por los médicos y peritos, a esta IPS se le reprocha concretamente:

- Por qué sí los resultados del ADA, indicaban una posible meningitis por presencia de la micobacteria de la tuberculosis ¿no desde ese entonces no se

le inició el tratamiento con antituberculosos? O por qué no fueron interpretados como indicativos de dicha patología.

- Si desde antes de la segunda punción lumbar, esto es, desde el 15 de febrero de 2015, se consignó que había sospecha de una tuberculosis meníngea, ¿por qué no se inició el tratamiento antituberculoso desde esa fecha?
- Desde que se ordenó el inicio con antituberculoso hasta cuando comenzó a suministrársele, transcurrieron 8 días aproximadamente. No obstante no se consignó a qué se debió la demora. Si fue que lo solicitaron a la Secretaría de Salud y estos no los dieron a tiempo, o si fue que la misma Clínica no hizo el trámite a tiempo, no se dejó anotación de ello, aun cuando era obligación de la Medilaser dejar la anotación del porqué de esta demora. Los peritos ni sus testigos pudieron explicar las razones de esta demora. La falta de información en la historia clínica, como se indicó anteriormente, es un indicio grave de responsabilidad, pues evidencia **que en este aspecto** no hubo diligencia debida.
- Los resultados de la prueba de PCR no podía ser tomados como una certeza para descartar de plano la presencia de tuberculosis meningítica, pues estas pruebas no son confiables en su totalidad, para diagnosticar este tipo de enfermedades, porque no son precisas. Esto fue indicado tanto por el Infectólogo Diego Fernando Salinas (en su declaración) y por la perito Carolina Estrada¹⁶, de la Universidad CES de Medellín (sustentación del dictamen).
- Tampoco se justificó por qué si la Neuróloga ordenó la remisión a IV nivel por infectología desde el 14 de febrero, sólo hasta el 24 es remitido a dicha especialidad. Es decir, aproximadamente 10 días en los que al parecer se estuvo haciendo la gestión de búsqueda para una remisión, pero los detalles de esa demora tampoco fueron expuestos con claridad.
- Por último, de conformidad con el testigo Javier Eduardo Silva Montes, quien fungió como auxiliar de referencia y contrarreferencia en esta IPS, quien indicó que cuando se trata de pacientes que son privados de la libertad, hay un proceso administrativo del cual es responsable el centro carcelario, es decir, la labor de referencia a otro nivel debe ser coordinada con el INPEC, por el tema de la custodia para el acompañamiento. No obstante, conforme la historia clínica se observa que la labor de referencia se inició el 16 de febrero de 2015 y se llevó a cabo sólo hasta el 24 del mismo mes. Sin embargo no se anotó en la bitácora si en la demora influyó algún trámite del INPEC, pues como él lo dijo, normalmente los indicadores oscilan entre 4 a 5 días. En este caso fueron 8 días; los cuales resultaron vitales para la recuperación de Hugo Benancio Patiño.

Con todo, a la luz de lo probado en este plenario es imputable solidariamente responsabilidad a la Clínica Medilaser, por (i) la posible ausencia y/o claridad en el suministro de tratamiento antibiótico brindado; (ii) la no remisión oportuna al IV nivel de complejidad, teniendo en cuenta que los síntomas que presentaba, indicaban una posible coexistencia de afectaciones que no podían ser tratadas allí; (iii) el no diligenciar de forma debida y completa la historia clínica del paciente en particular, las demora en el inicio del suministro del antituberculoso y (iv) el haber desatendido los resultados del ADA, cuando estos daban cuenta de una posible infección del paciente por la micobacteria de la tuberculosis.

¹⁶ Sustentación del Dictamen de la Dra. Carolina Estrada. Minuto 3:13:39 en adelante.

CONCLUSIÓN FINAL.

De la extensa y detallada exposición se concluye que las entidades demandadas, en especial el INPEC, el Hospital María Inmaculada y la Clínica Medilaser son administrativa y patrimonialmente responsable de los perjuicios que aquí se reclaman, porque incurrieron en (i) una remisión tardía del recluso desde el centro penitenciario hasta una IPS de segundo nivel; (ii) demoras en el traslado del paciente entre las IPS de distinto nivel de atención; (iii) demoras en la aplicación de medicamentos para combatir la meningitis tuberculosa y (iv) en el no diligenciamiento completo de la historia clínica del paciente. Estas omisiones y actuaciones tardías son imputables a las entidades demandadas y son las que ocasionaron el daño antijurídico que se debate en el presente medio de control, y por ende es admisible un despacho favorable de las pretensiones de la demanda.

En mérito de lo explicado, respetuosamente presento mis:

PETICIONES

Invocando la aplicación del principio de Reparación integral, de manera respetuosa solicito:

PRIMERO: Que se declare administrativa y patrimonialmente responsable a las entidades demandadas de los perjuicios materiales e inmateriales causados a los demandantes como consecuencia de la pérdida de oportunidad y posterior muerte que sufrió el señor HUGO BENANCIO PATIÑO MUÑOZ, por las razones explicadas anteriormente.

SEGUNDO: Que, como consecuencia de lo anterior, se despachen favorablemente las pretensiones de la demanda y su reforma, de carácter indemnizatorio, así como también las demás medidas de índole no patrimonial, por concurrir suficiente material probatorio, legal y jurisprudencial que viabiliza su reconocimiento y pago.

NOTIFICACIÓN: Para efectos de notificación, las recibiré al correo electrónico: daparoabogada@gmail.com y al teléfono: 313 387 1414.

Respetuosamente,

DANIELA PAREDES ROZO

C.C. 1.117.506.709

TP No 207.673 CSJ.