

JUZGADO TREINTA Y UNO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ. SECCIÓN TERCERA.

DRA. CORINA DUQUE AYALA

E. S. D.

DEMANDANTE: CARLOS JULIO MOLANO CABALLERO Y OTROS

DEMANDADO: NACIÓN – MINISTERIO DE SALUD Y OTROS.

REFERENTE: 110013336031-2022-00166-00

ASUNTO: ALEGATOS DE CONCLUSION.

CARLOS ALBERTO CAMARGO CARTAGENA, mayor de edad, vecino de la ciudad de Bogotá, D.C., identificado con la C. C. No. 79.318.915 de Bogotá D.C., Abogado Titulado e inscrito portador de la T. P. No. 168.358 del C. S. de la J, por del presente y en mi condición de apoderado especial de los señores, CARLOS JULIO MOLANO CABALLERO, mayor de edad, actuando en nombre propio y en calidad de ESPOSO de la señora ARIAS DE MOLANO FABIOLA (Q.E.P.D.); LAURA JULIETA MOLANO ARIAS, mayor de edad, actuando en nombre propio y en calidad de HIJA de la señora ARIAS DE MOLANO FABIOLA (Q.E.P.D.); CARLOS FABIAN MOLANO ARIAS, mayor de edad, actuando en nombre propio y en calidad de HIJO de la señora ARIAS DE MOLANO FABIOLA (Q.E.P.D.); ANGELA ANDREA MOLANO ARIAS, mayor de edad, actuando en nombre propio y en calidad de HIJA de la señora ARIAS DE MOLANO FABIOLA (Q.E.P.D.); CARLOS ANDRES MOLANO CASTILLO, mayor de edad, actuando en nombre propio y en calidad de HIJO de la señora ARIAS DE MOLANO FABIOLA (Q.E.P.D.); GLORIA LUCIA ARIAS DE CALDERON, mayor de edad, actuando en nombre propio y en calidad de HERMANA de la señora ARIAS DE MOLANO FABIOLA (Q.E.P.D.); JULIAN DAVID RIVERA MOLANO, menor de edad, identificado con Tarjeta de Identidad N° 1070005028 de San José Guaviare actuando en nombre propio y en su calidad de NIETO de la señora ARIAS DE MOLANO FABIOLA (Q.E.P.D.), representado por sus padres el señor PEDRO SAUL RIVERA CAMARGO, identificado con C.C. N° 74.346.634 de Miraflores Boyacá y su madre la señora LAURA JULIETA MOLANO ARIAS, este último identificado como aparece supra, vecinos de la ciudad de Bogotá D.C.; MIGUEL ANGEL RIVERA MOLANO, menor de edad, identificado con Tarjeta de Identidad N° 1020765056 de San José Guaviare actuando en nombre propio y en su calidad de NIETO de la señora ARIAS DE MOLANO FABIOLA (Q.E.P.D.), representado por sus padres el señor PEDRO SAUL RIVERA CAMARGO, identificado con C.C. N° 74.346.634 de Miraflores Boyacá y su madre la señora LAURA JULIETA MOLANO ARIAS, este último identificado como aparece supra, vecinos de la ciudad de Bogotá D.C., con dirección física de notificación Carrera 55A N° 163 INT.4 Apto.103 de la ciudad de Bogotá D.C.; JUAN DIEGO PINTO MOLANO, menor de edad, identificado con Tarjeta de Identidad N° 1033097473 de Bogotá D.C., actuando en nombre propio y en su calidad de NIETO de la señora ARIAS DE MOLANO FABIOLA (Q.E.P.D.), representado por sus padres el señor HERLEY YESID PINTO GONZALEZ identificado con C.C 74.347.545 de Miraflores Boyacá y su madre la señora ANGELA ANDREA MOLANO ARIAS este último identificado como aparece supra, vecinos de la ciudad de Bogotá D.C.; LAURA JULIANA PINTO MOLANO, menor de edad, identificado con registro civil N° 1033112933 de Bogotá D.C., actuando en nombre propio y en su calidad de NIETA de la señora ARIAS DE MOLANO FABIOLA (Q.E.P.D.), representada por sus padres el señor HERLEY YESID PINTO GONZALEZ identificado con C.C 74.347.545 de Miraflores Boyacá y su madre la señora ANGELA ANDREA MOLANO ARIAS este último identificado

como aparece supra, vecinos de la ciudad de Bogotá D.C.; ROGELIO ARIAS CABALLERO, mayor de edad, actuando en nombre propio y en calidad de TÍO de la señora ARIAS DE MOLANO FABIOLA (Q.E.P.D.); AZUCENA DEL PILAR ARIAS AVILA, mayor de edad, actuando en nombre propio y en calidad de PRIMA Y AMIGA de la señora ARIAS DE MOLANO FABIOLA (Q.E.P.D.); Todos los anteriores con correo de notificación judicial para efectos de la presente solicitud laurajulietam@hotmail.com , respetuosamente me dirijo a este despacho con el fin de ALEGAR DE CONCLUSION dentro del PROCESO ADMINISTRATIVO ORDINARIO DE REPARACIÓN DIRECTA que se instauro a nombre de mis poderdantes y en contra de:

- LA NACIÓN- MINISTERIO DE SALUD, entidad de Derecho Público, con Personería Jurídica, NIT: 900.474.727-4 representada legalmente por el ministro FERNANDO RUIZ GÓMEZ, identificado con cédula de ciudadanía número 79.141.436, o por quien haga sus veces; entidad domiciliada en la Carrera 13 No. 32 – 76 en la ciudad de Bogotá y con dirección de notificación judicial al correo electrónico: notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co
- ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S, entidad de derecho privado, con Personería jurídica, NIT: 800251440-6, representada legalmente por GABRIEL ANDRÉS JIMÉNEZ SOTO, identificado con cedula de ciudadanía No. 19.467.424, o por quien haga sus veces, de quien declaramos desconocer quién es el apoderado o representante judicial; entidad domiciliada en avenida carrera 100 No. 11B- 95 y con dirección de correo electrónico: notificajudiciales@keralty.com
- HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES E.S.E., identificada con NIT 800152970:3, creada mediante Ordenanza 027 del 17 de agosto de 1.999, inscrita ante la Secretaría de Salud del Departamento de Boyacá, con dirección física en la calle 2 No. 10-14 en Miraflores Boyacá, representada legalmente por el señor ASDRUBAL BUITRAGO CASTAÑEDA de quien declaro que desconocemos su número de documento de identidad, con dirección de correo electrónico: hrmirese@hotmail.com.co y al correo hospitalmiraflores@hotmail.com

Citando además para ello a la AGENCIA NACIONAL DE DEFENSA JURÍDICA DEL ESTADO. Quien podrá se citada a la carrera 7 No. 75-66 piso 2 y 3 Bogotá D.C, correo electrónico <http://orfeo.defensajuridica.gov.co> ; Ingresando a la página web <http://www.defensajuridica.gov.co> _ y siguiendo las instrucciones a lugar.

ITER DEL CASO DE LA SEÑORA FABIOLA ARIAS DE MOLANO.

FABIOLA ARIAS DE MOLANO (QEPD), nació el día 1 de marzo de 1958 y para el momento de los hechos contaba con 62 años y estaba afiliada en el régimen contributivo a la EPS SANITAS, CARLOS JULIO MOLANO CABALLERO, era ESPOSO de la señora ARIAS DE MOLANO FABIOLA (Q.E.P.D.), ambos residían en el municipio de Miraflores en el Departamento de Boyacá, para el momento de los hechos.

El día 26 de junio de 2020 la señora FABIOLA ARIAS DE MOLANO (Q.E.P.D.), sufrió un accidente, al caer un tanque de reserva de agua, estando en su casa, viéndose comprometida en este insuceso y recibiendo trauma en su economía.

La señora FABIOLA ARIAS DE MOLANO (Q.E.P.D.) fue trasladada de manera inmediata, al SERVICIO DE URGENCIAS del HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES E.S.E., por su esposo, su hijo y el señor GIOVANNI ESTRADA. La señora FABIOLA ARIAS DE MOLANO (Q.E.P.D.), ingreso al SERVICIO DE URGENCIAS del HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES E.S.E., a las 7+51 horas del día 26 de junio de 2020, por el servicio de urgencias del HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES E.S.E. tal como lo enseña la historia clínica. La señora ingreso acompañada de sus familiares el señor CARLOS JULIO MOLANO CABALLERO, su esposo, el joven CARLOS FABIAN MOLANO ARIAS, su hijo y el vecino señor GIOVANNI ESTRADA; la señora FABIOLA ARIAS DE MOLANO (Q.E.P.D.) ingreso caminando, consciente, alerta y orientada, herida y con dolor.

La paciente, señora FABIOLA ARIAS DE MOLANO (Q.E.P.D.), según lo refieren sus acompañantes, y según evidencia la historia clínica, no fue atendida medicamente de manera inmediata a su ingreso a este servicio, de manera inmediata, idónea e integral como lo ameritaba su caso. La paciente a su ingreso no fue objeto de valoración medica inmediata, no fue valorada en el triage de manera inmediata a su ingreso, no se cumplió con el ABC de la atención establecida por la lex artis medica para el paciente traumatizado y politraumatizado.

A la paciente le fueron administrados medicamentos, sin valoración medica previa, le fueron administrados medicamentos incluso -según la historia clínica- antes de su ingreso efectivo a la institución. Los medicamentos aplicados, no guardan una lógica médica, fueron administrados de manera caótica, a pesar de que entre ellos hay interacciones que amenazan la integridad y la vida de la paciente.

Los medicamentos Midazolam, Rocuronio, Fentanilo, Ketamina, administrados a la paciente, son medicamentos con gran poder de depresión respiratoria, que se potencian cada uno, con el uso concomitante de los demás, para administrarlos era perentorio que la paciente estuviera con Intubación Orotraqueal para protegerla de depresión respiratoria secundaria. Esto no se hizo.

Que para el momento de los hechos estaba vigente la **Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015, Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias “Triage”** emitida por EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, CONSIDERANDO, Que de conformidad con el artículo 10 del Decreto 4747 de 2007, el entonces Ministerio de la Protección Social hoy Ministerio de Salud y Protección Social, dispuso la incorporación de un sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, denominado Triage, el cual será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de urgencias, así como de las entidades responsables de pago de servicios de salud en el contexto de la organización de la red de prestación de servicios de salud. Que por lo anteriormente señalado se hace necesario establecer disposiciones relacionadas con el Triage en los servicios de urgencia, como método idóneo de selección y clasificación de pacientes que permita determinar la prioridad con la cual se atenderán los usuarios, basado en sus necesidades terapéuticas y recursos disponibles. (subraya y negrita fuera de texto)

Que el ARTÍCULO 3 de esta resolución define el triage... *Definición de Triage. El triage en los servicios de urgencia es un Sistema de Selección y Clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles que consiste en una valoración clínica breve que determina la prioridad en que un paciente será atendido. El "Triage", como proceso dinámico que es, cambia tan rápidamente como lo puede hacer el estado clínico del paciente.*

El ARTÍCULO 4. *Objetivos del "Triage". Señala cuales son los objetivos del Triage, así:*

- 4.1. Asegurar una valoración rápida y ordenada de todos los pacientes que llegan a los servicios de urgencias, identificando a aquellos que requieren atención inmediata. (subraya fuera de texto)*
- 4.2. Seleccionar y clasificar los pacientes para su atención según su prioridad clínica y los recursos disponibles en la institución.*
- 4.3. Disminuir el riesgo de muerte, complicaciones o discapacidad de los pacientes que acuden a los servicios de urgencia.*
- 4.4. Brindar una comunicación inicial con información completa que lleve al paciente y a su familia a entender en qué consiste su clasificación de Triage, los tiempos de atención o de espera que se proponen y así disminuir su ansiedad.*

Parágrafo. En ninguna circunstancia el "Triage" podrá ser empleado como un mecanismo para la negación de la atención de urgencias.

Que el ARTÍCULO 5 de la Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015, enseña las categorías del "Triage", Para determinar la prioridad de la atención de los pacientes en un servicio de urgencias se tendrá en cuenta la siguiente categorización, organizada de mayor a menor riesgo:

- 5.1 **Triage I:** Requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.*
- 5.2. **Triage II:** La condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.*
- 5.3. **Triage III:** La condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico, aunque su situación puede empeorar si no se actúa.*
- 5.4. **Triage IV:** El paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente.*
- 5.5. **Triage V:** El paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano. Parágrafo. Los tiempos de atención establecidos, no aplicarán en situaciones de emergencia o desastre con múltiples víctimas.*

Que en esta paciente FABIOLA ARIAS DE MOLANO (Q.E.P.D.), el triage SOLO FUE REALIZADO HASTA LAS 9 + 19 HORAS y que en el mismo se registra que el cuadro de la paciente tiene una hora de evolución.

Que el ARTÍCULO 6, habla de las *Responsabilidades de la Institución Prestadora de Servicios de Salud*. Además de las responsabilidades señaladas en las normas vigentes, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el marco de lo establecido en la presente resolución, son responsables de:

- 6.1 Definir e implementar un método de "Triage" de cinco categorías que cumpla con lo contemplado en la presente resolución.
- 6.2 Garantizar los recursos físicos, humanos y técnicos necesarios para la realización del "Triage".
- 6.3. En los casos de "Triage" categorías I y II, se deberá dar cumplimiento a los tiempos de atención definidos en la presente Resolución. (subraya fuera de texto)
- 6.4 Para las categorías III, IV y V, las instituciones prestadoras de servicios de salud que tengan habilitado el Servicio de Urgencias deben establecer tiempos promedio de atención que serán informados a los pacientes y sus acompañantes. Los tiempos promedio de atención deben ser publicados en un lugar visible del servicio de urgencias.
- 6.5 Asegurar la reevaluación periódica de los pacientes ya clasificados que se encuentran en espera de la atención definitiva.
- 6.6. Disponer de información que permita a los usuarios comprender la metodología de "Triage" usada en el servicio de urgencias.
- 6.7. Proporcionar la información adecuada a los pacientes y acompañantes sobre los recursos iniciales a emplear y los tiempos promedio en que serán atendidos.

Parágrafo. El proceso de verificación de derechos de los usuarios, será posterior a la realización del "Triage" y, en consecuencia, el "Triage" debe ser realizado a la llegada del paciente al servicio de urgencias. (subraya y negrita fuera de texto)

ARTÍCULO 7. Responsabilidades de las Entidades Responsables del pago de los servicios de Salud. Además de las responsabilidades señaladas en las normas vigentes, las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos laborales, en el marco de lo establecido en la presente resolución, son responsables de:

- 7.1 Implementar estrategias de información, educación y comunicación que estén dirigidas a la población a su cargo y que propendan por el uso racional de los servicios de urgencias.
- 7.2 Informar a los usuarios a partir de la carta de derechos y deberes de los usuarios, lo relacionado con la atención de urgencias, incluyendo el "Triage".
- 7.3 Para las categorías IV y V del "Triage", en conjunto con sus redes de prestadores de servicios de salud, adelantar estrategias que garanticen y mejoren la oportunidad para el acceso a los servicios conexos a la atención de urgencias, entre ellos, consulta externa, general, especializada y prioritaria, así como los servicios de apoyo diagnóstico, entre otros.
- 7.4 Verificar que las IPS con las que suscriban acuerdos de voluntades tengan implementado el sistema de selección y clasificación de pacientes - "Triage", definido en la presente resolución.

En el ARTÍCULO 8. La resolución en comento señala, *Personal responsable del "Triage"*. En los servicios de urgencias de alta y mediana complejidad el "Triage" debe ser realizado por profesionales en Medicina o Enfermería. Para los servicios de urgencias de baja complejidad, el "Triage", podrá ser realizado por auxiliares de enfermería o tecnólogos en atención prehospitalaria con la supervisión médica correspondiente.

El personal responsable del "Triage" deberá contar con constancia de asistencia a cursos o actividades de formación en asuntos directamente relacionados con el sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, "Triage", aplicado por la institución Prestadora de Servicio de Salud -IPS. (subraya fuera de texto)

Responsabilidades del personal que realiza el "Triage". ARTÍCULO 9. El personal que realiza el Triage, en el marco de la presente resolución, es responsable de:

- 9.1 Organizar y garantizar el orden en el que se realizará el "Triage" a las personas que lleguen al servicio de urgencias.
- 9.2 Entrevistar al paciente y/o acompañante.
- 9.3 Evaluar de manera oportuna y pertinente al paciente. (subraya fuera de texto)
- 9.4 Clasificar al paciente de acuerdo con la metodología de "Triage" implementada en la IPS, según los criterios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. (subraya fuera de texto)
- 9.5 Llevar el registro de los datos obtenidos en el proceso de "Triage".
- 9.6 Informar al paciente y/o acompañante el resultado de la clasificación realizada, el área de tratamiento y el tiempo estimado de espera para la atención inicial de urgencias, con observancia de los parámetros.

ARTÍCULO 10. Registro. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán garantizar el registro de la información del "Triage" de todo paciente que Ingrese al servicio de urgencias. Para tal fin, el registro deberá contener la información mínima de identificación del paciente, fecha, hora de ingreso y de realización del "Triage", así como la clasificación del paciente. (subraya y negrita fuera de texto)

A la señora FABIOLA ARIAS DE MOLANO (Q.E.P.D.) se le realizó el triage solo hasta las 9 + 19 horas del día 26 de junio de 2020, por la médica rural PAULA FERNANDA DIAZ, al momento de realizar el triage, la médica rural PAULA FERNANDA DIAZ, señala que el cuadro ya tiene una hora de evolución, cuando lo cierto es que el accidente había ocurrido a las 7 + 45 horas del día 26 de junio de 2020, es decir, para el momento en que esta medica hacia el triage, había transcurrido 1 hora y 34 minutos.

El hecho que la medica PAULA FERNANDEZ haya registrado EN EL TRIAGE que el cuadro tenia una hora de evolución, aunque no es exacto, demuestra que el triage fue realizado de manera tardía y no inmediato al ingreso como lo ordena la ley y la prudencia médica.

El manejo brindado a la paciente fue imperito y tardío, lo que llevo a la muerte de la señora FABIOLA ARIAS DE MOLANO. La paciente fue atendida -al menos en los primeros 100 minutos- por una medica rural, sin las destrezas ni los conocimientos necesarios, la institución no garantizo una atención idónea, perita y oportuna.

La clasificación de triage fue errada, pero además no se cumplió con el tiempo legal de atención de la paciente - según el triage por ellos realizado que fue triage 2- el tiempo de atención debía darse dentro de los primeros 30 minutos, la paciente fue atendida en el triage, una hora y treinta minutos después, (recordar que la médica PAULA FERNANDEZ, registro que el trauma tenía una hora de evolución cuando hizo el triage).

Al momento de la realización del Triage, es decir a las 9 + 19 horas, la paciente ya estaba en malas condiciones según se registra en el mismo. A esta hora se ordenó pasar a la sala de reanimación. (esto último igual es un indicio de que hasta ese momento empezó la atención de la señora FABIOLA ARIAS)

A las 9 + 21 horas, según la historia clínica, se solicitaron, se ordenaron imágenes diagnósticas y laboratorios, por parte de la médica PAULA FERNANDA DIAZ; cuadro hemático, pruebas de coagulación, glicemia, nitrógeno ureico y radiografías de cráneo, base de cráneo, tórax, hombro y cara, mismas que acorde a los indicios generados por la demanda, nunca fueron tomadas, ya que el Hospital demandado, no entregó estas radiografías a pesar de haber sido decretada su entrega, excusándose en que las imágenes les habían sido entregadas a los familiares, lo que no es cierto y está probado en el proceso, ya que no hay registro con firma de recibido de estas imágenes de parte de los familiares¹.

Según registra la historia clínica de la demandada HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES E.S.E., las radiografías de cráneo simple, radiografía de base de cráneo, radiografía de tórax PA y lateral, radiografía de cara, y de hombro, se tomaron, a las 12 + 52 horas, se hizo la ordenación (sic) de las radiografías de columna cervical, dorsal y de clavícula, entonces, **se ordenaron cuando la paciente ya había muerto para encubrir las omisiones técnicas en la atención y no aparecen las imágenes que prueben que además de ordenarse se hicieron.** (subraya y negrita fuera de texto). La ley, resolución 1995 de 1999, señala en su artículo 11: PARAGRAFO SEGUNDO. A partir de la fecha de expedición de la presente resolución, en los casos de imágenes diagnósticas, los reportes de interpretación de las mismas también deberán registrarse en el registro específico de exámenes paraclínicos y las imágenes diagnósticas podrán ser entregadas al paciente, explicándole la importancia de ser conservadas para futuros análisis, acto del cual deberá dejarse constancia en la historia clínica con la firma del paciente.

¹ Resolución 1995 de 1999, Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica, EL MINISTRO DE SALUD, ... ARTÍCULO 11.- ANEXOS. Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras consideren pertinentes.

PARAGRAFO PRIMERO. Los reportes de exámenes paraclínicos podrán ser entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la historia clínica, en el registro específico de exámenes paraclínicos que el prestador de servicios deberá establecer en forma obligatoria para tal fin.

PARAGRAFO SEGUNDO. A partir de la fecha de expedición de la presente resolución, en los casos de imágenes diagnósticas, los reportes de interpretación de las mismas también deberán registrarse en el registro específico de exámenes paraclínicos y las imágenes diagnósticas podrán ser entregadas al paciente, explicándole la importancia de ser conservadas para futuros análisis, acto del cual deberá dejarse constancia en la historia clínica con la firma del paciente.

PARAGRAFO TERCERO. Los archivos de imágenes diagnósticas que hasta la fecha existen en las Instituciones Prestadoras de servicios deberán conservarse de acuerdo a los tiempos fijados en el artículo 15 de la presente resolución. Los prestadores de servicios podrán efectuar la entrega de las imágenes que reposan en estos archivos, al usuario, dejando constancia de ello en la historia clínica.

PARAGRAFO CUARTO. En todo caso el prestador de servicios será responsable de estas imágenes, si no ha dejado constancia en la historia clínica de su entrega. Cuando existiere esta constancia firmada por el usuario, será este último el responsable de la conservación de las mismas.

A las 9 + 22 horas se hizo la historia clínica de atención, en la que se reitera y se refiere que para este momento la paciente está en malas condiciones, en esta historia clínica de las 9 + 22 horas, se anotan los antecedentes farmacológicos refiriendo que la paciente toma Rovixovaran 20 mg día.

La paciente acorde al examen físico registrado, presenta para las 9 + 22 horas, tenía una frecuencia respiratoria de 23 y saturación de oxígeno del 80%, se encontraba deshidratada y con dificultad respiratoria, en el cráneo presentaba deformidad ósea y signo de ojos de mapache, la paciente según la nota medica tenía una frecuencia cardiaca de 67 latidos por minuto, para las 9 + 22 horas, cursaba con sangrado profuso nasal y activo nasal posterior con escurrimiento sanguíneo posterior, y en cuero cabelludo donde presentaba herida de 4 y 2 cm con exposición de tabla ósea y sangrado profuso. El examen neurológico muestra que la paciente tiene tendencia a la somnolencia, se encuentra desorientada y localiza dolor. Es decir, lo anterior lleva a concluir que la paciente para las 9 + 22 horas ya se encontraba con signos de gravedad. Para este momento según parece se desmaya la médica rural PAULA FERNANDA DIAZ, y no sigue con la atención de la señora FABIOLA ARIAS DE MOLANO (Q.E.P.D.).

La atención recibida por la paciente fue imperita además de tardía, uno de los parámetros axiomáticos de la atención del paciente politraumatizado es que al paciente no se le debe mover el cuello y siempre se debe presumir la existencia de fractura de vértebras cervicales -hasta que se demuestre lo contrario-, moverle el cuello a un politraumatizado implica riesgo de lesión de la medula espinal con daño neurológico grave. En la historia de la señora FABIOLA ARIAS DE MOLANO (Q.E.P.D.) en el HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES E.S.E., se registra, en el cuello, que el mismo es móvil y doloroso. Lo anterior muestra gran impericia ya que el cuello -reitero- no se debía movilizar bajo ninguna circunstancia.

La actuación es tan imperita que se examinaron zonas, tejidos y órganos que **no** es menester revisar ante el estado de la paciente, se registró que el ano era normal, y se le tomó perímetro abdominal el cual le arrojó 70, clasificándolo como normal, cuestión que es absolutamente **innocua** para el estado de la paciente y que implica movilizar la columna -lo que no se debe hacer-.

Señala la historia clínica en registró de las 9 + 22 horas, por parte de la médica rural medica PAULA FERNANDA DIAZ, que *según cómo evolucione la paciente*, se remitirá como urgencia vital. Es decir, la paciente como se verá en el probatorio, debió haber sido remitida de manera casi inmediata a su ingreso a las 7 + 41 horas, pero la paciente no se remitió de manera inmediata, debiéndose. Las pruebas dentro del proceso -testimonio de la auditoria médica de la EPS- demuestran que la remisión le fue enviada a la EPS SANITAS, por vía correo electrónico, SOLAMENTE HASTA LAS 10 + 20 HORAS, es decir, una vez murió la paciente. Lo anterior es prueba plena de la remisión tardía de que fue objeto la paciente.

A las 9 + 25 horas se inició goteo de dopamina, lo anterior implica que la paciente se encontraba con inestabilidad hemodinámica, cursando con choque y su estado de salud era grave para este momento.

A las 9 + 27 horas se tienen resultados de cuadro hemático con hemoglobina de 12,1; estos laboratorios corresponden a los ordenados a las 9 + 19 horas, es decir que se hicieron en 8 minutos, lo cual es posible. Los

tiempos de coagulación reportados se encontraban dentro de parámetros normales, **ESTO ULTIMO DESVIRTUA LA TEORIA EN QUE SE SIENTA GRAN PARTE DE LA DEFENSA Y ES QUE ESTA PACIENTE ESTABA ANTICOAGULADA Y POR ELLO NO FUE POSIBLE DETENERLE LA HEMORRAGIA.**

A las 10 + 03 horas, la historia clínica registra signos vitales que son los mismos y exactamente iguales a los tomados al ingreso en el triage, lo cual no es posible, la paciente ya debería estar hipotensa y taquicárdica y por ello se le ordeno la dopamina. ¿Cabe preguntarse, si los signos vitales como se registra seguían iguales, porqué razón se ordenó entonces la dopamina? Además, si los signos vitales de la paciente, según lo registrado, estaban dentro de parámetros normales, la saturación de oxígeno no se podía encontrar en 80%, ya que una saturación de estas produce fisiológicamente y como defensa del organismo, taquicardia y cambios en la tensión arterial, además, repito, lo anterior es inconsistente con la orden de goteo de dopamina.

A las 10 + 05 horas se administraron 3 ampollas de epinefrina, por parte de la enfermera NUBIA BARRETO PARRA. Lo anterior es incoherente, con los signos vitales registrados dos minutos antes. Esto es indicador de manipulación de la historia clínica, o de que en realidad no se le tomaron signos vitales o se registraron al acomodo del médico. En este momento se le administraron una serie de medicamentos como, metilprednisolona, ácido tranexámico y furosemida 3 ampollas y lidocaína tópica, sin justificación alguna en el manejo idóneo de un paciente con poli trauma.

A las 10 + 20 horas falleció la señora FABIOLA ARIAS DE MOLANO, según registra la misma historia clínica y la historia clínica registra de manera inexplicable, que a las 10 + 20 horas se ordenó oxígeno por ventilador mecánico para administrarse por tubo oro traqueal.

A las 10 + 46 se registra atención medica por parte de la médica rural PAULA FERNANDA DIAZ, es decir, atendió a un muerto. Pero deberá tenerse en cuenta que bajo la gravedad del juramento ella señalo que las notas clínicas en las que aparece su nombre, FUERON HECHAS PERSONALMENTE POR ELLAS, pero ella misma afirmo, que solo atendió a la paciente hasta las 9 + 20 horas, entonces se concluye que mintió, ya que aparecen notas después de las 9 + 20 horas, a nombre de esta médica.

A las 10+46+38, se registra el reporte de exámenes de laboratorio de los exámenes ordenados a las 9 + 21 + 36 horas, para este momento la hemoglobina era de 12.1 gr/dl., hemoglobina normal y los tiempos de coagulación, del examen de las 9 + 21 horas, estaba dentro de parámetros normales.

En estas notas de las 10+46, se registraron los resultados de exámenes de laboratorio (todos normales excepto una glicemia elevada) y de las imágenes diagnosticas (referenciando hallazgos tales como: RX cráneo no trazos de fractura; Rx de cara: fractura de base de cráneo, pisos de orbitas y fractura de tabique nasal; Rx de tórax portátil: mala calidad, fractura de clavícula izquierda, **TOT mal posicionado a la izquierda**; sonda nasogástrica fuera de la cavidad; infiltrados retículo nodulares en forma de alas de mariposa (lo que indicaba bronco aspiración masiva), derrame pleural del 20% en la base pulmonar derecha (lo que está en relación con hemotórax), fracturas múltiples de las costillas 2,3,4,6,7 derechas y 6 y 7 izquierdas; Rx de columna cervical y dorsal sin fracturas aparentes. El hecho que se refiera que el TOT en la radiografía de tórax, está mal posicionado, indica que las imágenes de haberse

tomado, se tomaron posterior a la intubación oro traqueal. La intubación oro traqueal según las notas médicas, sucedió a las 8 + 50 horas (según esto sería una hora después de su ingreso), pero las notas de enfermería de las 8 + 47 horas señalan signos vitales normales, tres minutos antes, lo que sería incompatible con una IOT (intubación oro traqueal), estos signos eran: **TA 187/116 (alta), fc 95 (normal) SaO2 95% lo que sería normal**, una paciente con esta saturación no requiere de IOT.

Además, como es posible que antes del triage, realizado una hora y treinta minutos después del ingreso, ¿haya sido IOT? si estaba tan grave entonces porque la clasifiqué como triage 2?, por otro lado, la valoración de triage señala que el cuadro tiene una hora, es decir que se habría realizado el triage a las 8 + 50 horas aproximadamente (de haber sido así), es decir, ¿mientras se le hacía triage y se clasificaba como triage 2 al mismo tiempo -caso- se Intubaba oro traquealmente?

La paciente según la historia clínica a las 9 + 03 recibió una dosis de atropina (medicamento de carro de paro que sirve para estimular al corazón y sacarlo de la bradicardia) y a las 9 + 15 horas presentó una nueva parada cardiopulmonar y que luego de esta presenta signos de compromiso de tallo cerebral ya que a las 9 + 15 horas tiene anisocoria -es decir el tamaño de las pupilas es diferente para ambos ojos, signo de daño cerebral- y luego a las 9 + 19 horas le realizan el triage, clasificándola como triage 2, esto es incoherente.

A la paciente se le paso a la sala de reanimación 2 minutos después de realizado el triage, y de haber sido clasificada como triage 2, y para las 9 + 22 horas, cuando se supone ya está intubada, presenta según las notas de enfermería una SaO2 de 80%, lo que es nuevamente incoherente.

Para las 9 + 22 horas, según registra la historia clínica, la paciente se encuentra en mal estado general, con pupilas isocóricas (a las 9 + 15 horas se registraba que estaba anisocoria, otra grave inconsistencia, ningún paciente pasa de anisocoria a isocoria en 7 minutos) y es a esta hora que registran en el examen físico realizado por el médico, mal estado, con dificultad respiratoria, cuello móvil y doloroso , cardiopulmonar: hipoventilado y con crépitos en reja costal.

Tres minutos después, a las 9 + 25 horas se registra la administración de dopamina, medicamento de medicina crítica, para reanimación cardiaca.

A las 9 + 30 se registra la administración de ácido tranexámico y a las 9 + 32 se registra que la paciente está en reanimación con BVM (bolsa de ventilación, máscara) lo que quiere decir que la paciente para este momento no estaba intubada oro traquealmente (cuando la historia clínica médica señala que la IOT se logró a las 8 + 50 horas) mostrando esto que la historia clínica está plagada de inconsistencias e incoherencias. En esta nota de las 9 + 42, la paciente se encuentra en reanimación cardio cerebro pulmonar y ante la baja respuesta de la bolsa BVM se administran medicamentos como metilprednisolona y furosemida con aumento de la saturación hasta 80%.

...

En la nota de las 10 + 46 horas se registran como diagnósticos: trauma cráneo encefálico moderado y Glasgow 13 / 15; hipertensión pulmonar en manejo; antecedente de ACV isquémico secundario a TVP, anti coagulada con

Rivoxaran y EAP. El trauma cráneo encefálico se registra como moderado y el Glasgow para las 10 + 46 era de 13, aunque la paciente había muerto a las 10 + 20 horas.

A las 10 + 56 horas la médica rural Laura Alejandra López Rodríguez abre la historia clínica que había sido cerrada ya para agregar diagnósticos.

LAS PRUEBAS Y LOS HECHOS.

TESTIMONIO DEL SEÑOR GIOVANNI ESTRADA.

¿Qué le consta a usted del accidente y de la prestación del servicio de salud? Yo fui la persona que la llevó al hospital, el accidente ocurrió entre las 7:45 y las 7:55 de la mañana, la demora en llevar a la señora al hospital fue muy corta, tal vez podría decirle que del momento en que ocurrió el accidente y la llevamos al hospital pasaron unos 5 minutos, no fue más, ella sufrió el accidente en el segundo piso, la bajamos a mi carro y la llevamos al hospital y ahí la ubicamos en una camilla, y de manera rápida hasta ahí fue lo que sucedió, ahí en adelante la entregamos a urgencias y no se más (preguntas Dr. Camargo) con quien llevaron al hospital a la Sra. Fabiola? la llevamos Carlos Fabian y Giovanni Estrada, el hijo de la Sra. Fabiola y mi persona, a ella le cayó el tanque encima o fue un daño colateral? encima no, fue colateral, tuvo que ser un rebote o algo así, porque si le hubiese caído el tanque encima la Sra. no hubiese salido con vida, es una tonelada de agua usted la llevó al hospital ¿cuándo llegaron al hospital que pasó? había una persona en la salida de urgencias, la pusimos en una camilla, la ingresamos y hasta ahí me consta porque no tengo alguna otra imagen del momento. A LA PREGUNTA: ¿A ella le cayó el tanque encima o fue un daño colateral? encima no, fue colateral, tuvo que ser un rebote o algo así, porque si le hubiese caído el tanque encima la Sra. no hubiese salido con vida, es una tonelada de agua. Usted dice que no fue que le cayó el tanque encima, sino que fue como un rebote o algo así, ¿podría describir como encontró el sitio cuando ingresó? Cuando yo ingresé, yo vivo al lado en el primer piso y la puerta de la calle estaba abierta, cuando llegué al sitio del accidente don Carlos Julio estaba en la puerta de la cocina y Fabian estaba adentro, entre los dos estaban tratando de levantar el tanque para sacar a doña Fabiola y doña Fabiola estaba de pie en una de las esquinas de la cocina, mi reacción fue ayudar a levantar el tanque para que Fabian ayudara a salir a doña Fabiola ¿la señora Fabiola tenía algún otro elemento, el tanque, algún elemento adicional? no, ella estaba en una esquina y el tanque impedía la salida de ella, por el tamaño del tanque no podía salir la señora Fabiola ¿de qué material era el tanque? era un tanque de PVC de mil litros ¿o sea que fue un impacto fuerte según lo que usted puso ver? pudo ser, o tal vez no, la verdad no sé, no sabría, ¿cómo era el estado de la señora Fabiola? ella estaba de pie en una esquina de la cocina, y ella salió caminando abrazada a Carlos Fabian ¿estaba sangrando? no le vi sangrado en el momento.

CONCLUSIONES A DERIVAR DE ESTE TESTIMONIO:

1. El accidente no consistió en que -como lo describe la historia clínica- le hubiese, a Fabiola, caído el tanque en su corporalidad.
2. La señora Fabiola fue llevada de manera inmediata al Hospital.

3. La señora Fabiola no perdió el conocimiento, cuando llegó el señor Giovanni la señora estaba consciente, de pie en una esquina de la cocina y no estaba sangrando una vez sucedido el accidente.

DECLARACION DE PARTE DEL SEÑOR CARLOS JULIO MOLANO.

CARLOS JULIO MOLANO CABALLERO - interrogatorio de parte el interrogatorio lo hace el apoderado de la EPS SANITAS; PREGUNTA: ¿dónde estaba el día de los hechos? estábamos en el hogar en el que convivía con Fabiola Arias, acabamos de desayunar, estábamos los tres con mi hijo Carlos Fabian Molano Arias, estábamos en el comedor y acabamos de desayunar, eran las 7:45 porque yo iba a salir, yo tenía que ir por allá hasta ____? ____ y que ya volvía y que ella se alistara, yo me encontraba en pijama y me vine para la alcoba para cambiarme cuando sentí un golpe, salí a ver y mi hijo ya se había quedado más cerca y ella había ingresado a la cocina, porque resulta que cuando yo llegue pues el agua estaba que corría y la puerta estaba cerrada, el golpe lo recibió la puerta e inclusive el taque se rompió en la parte media porque la puerta estaba abierta y yo quite la puerta y la coloqué a un lado, después llegó el señor Giovanni, que él vive en la misma casa, en la misma casa pero como en un apartamento aparte, llegó y nos ayudó a sacar a Fabiola porque el tanque quedó dentro de la cocina y el entró y el cogió la parte de la tapa y yo cogí la parte en donde se sienta el tanque, lo levantamos, y mi hijo levantó a mi esposa y la saco caminando, ella al verme me dijo -¿por qué me paso esto a mí?- dos veces, y la sentamos mientras que Giovanni que tiene un carro, que lo tenía en frente de la casa, trajo las llaves, lo prendió, la ingresamos al carro y se fueron hacia el hospital y yo me regresé a cambiarme porque yo estaba en pijama, vine me cambie, en el camino me lo encontré, me echó pito y yo también y seguí para el hospital. El tanque en sí, yo mirado la hc dijeron ahí que el tanque le había caído encima, pero el tanque si fue el causante del accidente, pero si el tanque le hubiera caído encima, la hubiera estripado porque es una tonelada de agua, el tanque si la empujó y para mí la empujó haciéndola golpear con la tarima de la cocina, pero ella quedó consciente. Entonces yo me cambie y llegue al hospital e ingresé a la sala de urgencias y en la sala de urgencia la tenían, ya a mi esposa ahí recostada en la camilla, pero yo no miré que me la atendieran, no sé si a ella anteriormente le habían aplicado alguna inyección o algo, porque ella estaba diciendo -me duele me duele- y -por favor permítanme- inclusive yo le cogí el pie y le dije, tranquila mi amor, incluso ahí yo no le vi que tuviera alguna hemorragia, pero yo al ver que habían como tres personas aproximadamente, estaba la médica rural, estaba Nubia Barreto que yo la conozco de hace muchos años y otra persona que no recuerdo cual era, habían tres personas. Entonces mi esposa les decía -remítanme, remítanme- yo al ver eso les dije por favor atiendan, yo voy a ir a buscar a Dr. Gustavo Montenegro que también es un médico, y me fui a la casa para llamarlo y resulta que él ya había venido, se habían ido para el hospital y cuando llegue de nuevo al hospital él ya estaba bajándose del vehículo que queda cerca a la puerta para ingresa a urgencias y me le dirigí y le dije Dr. mira que mi esposa Fabiola Tuvo un accidente y necesito que usted apoye esta situación de urgencias porque yo no veo ahí solamente sino a la médica rural y a unas auxiliares de enfermería, por favor, en ese momento cuando yo llegué no le habían colocando ni el oxígeno ni estaba con suero, tampoco, no tenía eso, entonces debido a eso le dije y él dijo ya voy y se fue por el lado por donde se ingresa al hospital y ya no lo volví a ver. Entonces yo me fui a buscar a la gerente Sonia Rodríguez, yo la conozco, y no estaba, fui a la oficina del director científico y tampoco estaba y me encontré ahí con la de control interno, Sandra Romero, que también la conozco y le dije: doctora Sandra por favor colabórenme que mi esposa sufrió el accidente y necesito que me la remitan urgente porque yo no veo que me la atienden urgente y me regrese en eso a la sala de

urgencias e ingresé que cuando miré que ella ya estaba con bastante hemorragia y le estaba como una bola plástica succionando, entonces yo ya me desesperé y les dije:;por favor no me dejen morir a Fabiola! Ella se está desangrando y mire, sáquenme sangre y colóquenle por favor y no le colocaron sangre. Me fui y mi hijo en ese momento llegó y nada que le colocaron la sangre, al haber ingresado ahí me retiraron y me salí y me quedé en la puerta, al rato, la doctora medico rural, salió y me mostró en la mano unos dientes y dijo mire esos dientes se los había tragado, ¿será que la puedo sedar? y yo le dije - doctora usted es la médico, yo no sé si será bueno sedarla o no, y después de eso ella volvió a entrar y yo me quedé ahí y en eso ya eran las 9+15 o 9+20 ahí uno no le pone atención al reloj y la sacaron a la doctora medico rural porque se desmayó y entonces yo decía ahí ¿por qué no la apoyaron? por dios! y al rato fue que llegó Diana León y se encargó de todo y ahí fue donde yo miré que le pusieron un cuello, que la canalizaron y oxígeno y eso fue lo que estos ojos míos vieron ¿cuando ocurrió el accidente el estruendo fue un sonido fuerte? si fue fuerte, pero lo que le digo el tanque no cayó sobre la humanidad de ella, por cuanto yo después revisando todo, el tanque estaba en parte central roto, o sea, quien recibió el golpe directo fue la puerta y aún tengo el tanque por si quiere ver evidencias y yo lo que creo es que la fuerza del agua fue la que empujó a mi esposa y la hizo estrellar con el tarimón de la cocina que es en acero, es decir que ¿el impacto que sufrió la señora Fabiola fue un impacto fuerte? pues el agua y no sé si unos pedazos de teja le fregaron el cráneo, unos pedazos de teja de Eternit que eso también se rompió la teja ¿los pedazos de teja también la pudieron golpear? presumo, porque ahí en ese momento yo ahí no estaba, porque la verdad doctor yo no pensé que mi esposa se fuera a morir por ese accidente, porque yo la miré, ella razonaba y ella hablaba bien, ¿cuándo usted la observó minutos o segundo previos al accidente era visible que hubiera sufrido golpes en alguna parte de su cuerpo? no, mi hijo la sacó por debajo de los brazos de ella y ella salió caminando, si fue así, señor Carlos Julio, y ustedes no consideraban que ella hubiese sufrido un golpe mayor, ¿porque deciden llevarla a servicios de urgencia en ese momento porque ella decía me duele, me duele que le dolía? ella decía me duele, púes ella sí tenía como en la parte como un golpe y presumo yo que eso fue una teja, un pedazo de teja que la golpeo, ¿sobre qué se sostenía el tanque? el tanque se sostenía sobre una plataforma de cemento ¿la plataforma se cayó? no señor, quedó en la parte de encima volteada, se soltaron unos ladrillos, pero igualmente dentro de los ladrillos se salieron y empujó el tanque ¿también cayeron los ladrillos en la cocina donde estaba la señora Fabiola? no, solo habían residuos de qué tejas pero de ladrillos no

CONCLUSIONES A PARTIR DE ESTA DECLARACION DE PARTE.

1. Que el tanque cayó sobre la puerta, según lo que deduce del estado de las cosas,
2. Que la señora Fabiola, fue sacada caminando por su hijo, con la ayuda del señor Carlos Julio Molano y el señor Giovanni, quienes despejaron la salida.
3. ¿Que la señora Fabiola estaba consciente, pregunto en dos ocasiones por que me paso esto a mí?
4. Ayudo a la Sra. Fabiola a subirse al carro de Giovanni y él se quedó cambiándose -estaba en pijama- y se dirigió al Hospital, se encontró en el camino a Giovanni -este ya de regreso-.

5. Que llego al Hospital, ingreso al hospital a la sala de urgencias y en la sala de urgencia la tenían, a la esposa, ahí recostada en la camilla, pero que no vio que la estuvieran atendiendo.
6. La paciente se quejaba de dolor, el señor Molano no vio que la atendieran.
7. No sabe, si a ella anteriormente le habían aplicado alguna inyección o algo, porque ella estaba diciendo -me duele me duele-
8. No le vio algún tipo de hemorragia en ese momento a su esposa. Contrario a lo que señalan los testigos del equipo de salud.
9. Señala que había tres personas, Nubia Barreto a la que conoce de años atrás, la médica rural y otra persona que dijo no conocer; la señora Fabiola solicitaba que la remitieran, insistentemente, ante lo anterior les solicitó -el señor Molano- que la atendieran -a las tres personas-.
10. El señor Molano al ver que no atendían a su señora, fue a buscar a un médico conocido, el Dr. Gustavo Montenegro, a la casa y luego al hospital, explicándole lo sucedido y solicitándole que atendiera a su esposa. Este médico no apareció en la atención, no lo volvió a ver.
11. Después de lo anterior, ante la no respuesta del médico Montenegro, buscó otras personas para su ayuda, busco a la gerente Sonia Rodríguez, acudió a la oficina del director científico que tampoco estaba y se encontró allí con la de control interno, Sandra Romero, a quien conocía y le dijo: doctora Sandra por favor colabórenme que mi esposa sufrió el accidente y necesito que me la remitan urgente porque yo no veo que me la atienden urgente y volvió a la sala de urgencias.
12. Cuando regreso, encontró que la señora Fabiola ya estaba con hemorragia y le estaban succionando con una “bola” plástica, se desesperó les exigió que no la dejaran morir, pidió le sacaran sangre a él, para ponérsela a su esposa.
13. El señor Molano señala que a él lo sacaron de la sala y posteriormente, salió la médica rural y le enseñó unos dientes y le consulto, la médica al señor Molano, si podía sedar a la señora Fabiola.
14. El señor Molano calcula que a las 9 + 15 o 9 + 20, sacaron a la médica rural. Que se había desmayado.
15. Al rato, llego la médica Diana León, y fue ella la que se encargó, y ahí fue donde yo miré que le pusieron un cuello, que la canalizaron y que le pusieron oxígeno y afirmó, eso fue lo que estos ojos míos vieron.
16. Lo anterior implica que la atención de la señora solo se dio un rato después de las 9 + 15 o 9 + 20 horas.

LAS DECLARACIONES ANTERIORES SON CONCORDANTES CON ALGUNOS PASAJES CRITICOS DE LA HISTORIA CLINICA APORTADA, y coinciden en que la atención no fue inmediata y oportuna, que se demoraron en empezar a atenderla, que la atención inicial la dieron la médica rural PAULA FERNANDA DIAZ y la auxiliar de enfermería, junto con al parecer, la jefe de enfermería.

DEL TESTIMONIO RENDIDO POR LA MEDICA PAULA FERNANDA DIAZ.

En las preguntas iniciales, esta médica, señala que la forma de atención en el servicio de urgencias del Hospital, era que, los pacientes primero pasaban el servicio de triage y luego ingresaban para ser atendidos. Señala que había dos salas una sala de atención de urgencias y otra sala de reanimación.

Señala que remitió a la paciente hacia las 9 de la mañana, sin embargo, esto no concuerda con las pruebas que señalan que la remisión solo se le envió a la EPS SANITAS, hasta las 10 + 20 horas, es decir, cuando la paciente murió.

Del equipo que atendió a la señora refiere la médica rural PAULA FERNANDA DIAZ, que se encontraban una enfermera jefa, la auxiliar de enfermería y ella y que en el servicio de hospitalización estaba la doctora Diana León y la doctora rural Alejandra López, quién estaba entregando el servicio de urgencias, servicio que le fue entregada entre 7 y 7:30 de la mañana.

Respecto de la pregunta de si la doctora Diana León le prestó servicios directos a la paciente la médica señala que ella no sabría decir algo a ese respecto ya que para ese momento ella no estaba participando del proceso de atención de la paciente. LO ANTERIOR SEÑALA QUE LA DOCTORA DIANA LEÓN **SOLO ENTRÓ A PARTICIPAR EN LA ATENCIÓN DE LA PACIENTE POSTERIOR A QUE LA DOCTORA PAULA FERNANDA DÍAZ DEJÓ DE PARTICIPAR EN LA MISMA EN RAZÓN DE QUE SE DESMAYÓ**, no es cierto como lo señala la Dra. Diana León, que ella -Diana León- haya participado desde un primer momento en la atención de la paciente.

Señala que fue ella – la médica rural PAULA FERNANDA DIAZ- fue quien le inmovilizó el cuello, una vez realizada la revisión primaria a la paciente. Lo anterior riñe con otros testimonios, como lo señalaremos adelante.

A la pregunta realizada acerca de si había movilizado el cuello de la paciente la respuesta en dos ocasiones fue evasiva, señalando que ella le había puesto el collar de Filadelfia.

Señala que la paciente desde el mismo momento en que ingresó ya tenía un sangrado nasal profuso lo que va en contra de los testimonios del señor Giovanni y de la declaración de parte del señor Carlos Julio Molano, quienes afirmaron que cuando la llevaron, la señora no estaba sangrando.

Respecto a la pregunta de A qué hora remite a la paciente y señala que más o menos a las 9 y ya le había comentado al servicio administrativo acerca de la remisión de la paciente. Insistimos en que existe prueba según el testimonio rendido por la auditora de la EPS SANITAS, de que la remisión les llegó al correo electrónico de la EPS a las 10 + 20

horas; esto desvirtúa lo que trata de señalar la testigo en cuanto a que, la remisión que ella hizo fue oportuna.

Señala que fue ella quien hizo el taponamiento anterior y posterior de la paciente.

Se le preguntó si tomó signos vitales de la paciente en dónde lo registró y habla de que las notas quedan retrospectivas pero que ninguna de ellas registró la palabra retrospectivo para referirse al tipo de nota que estaba haciendo.

Señalo asimismo en su testimonio que cuando la paciente hizo el primer paro cardiorrespiratorio, ella -la médica rural PAULA FERNANDA DIAZ- ya no estaba participando en la atención de la señora Fabiola, igual para el segundo y tercer paro cardo respiratorio.

Señala que participó en la atención de la paciente hasta las 9 más 20 horas y que quién se encargó de la paciente era el resto del equipo médico que estaba en el momento, pero que no sabe quién encabezó el equipo médico que se encargó de la paciente.

Señala que ella no intubó oro traquealmente a la paciente lo que quiere decir que hasta las 9 más 20 horas la paciente no había sido intubada oro traquealmente.

Señala igualmente, que cronológicamente ella ordenó que le colocaran líquidos endovenosos solución salina normal que posterior a ello ordenó una dosis subcutánea de tramadol, luego de tener los accesos venosos ordenó morfina intravenosa y siendo las 8 u 8:30 ordeno se administrara ácido tranexámico intravenoso.

Señala que el bolo de líquidos que le ordenó a la paciente fue de 2000 ML Se le preguntó si en algún momento la paciente presentó cifras de hemoglobina o hematocrito que indicaran que requería transfusión y ella señala que no respecto de los laboratorios que ella pidió, señala que pidió laboratorio de sangre, hemograma, función renal, glicemia y tiempos de coagulación, indica que los tiempos de coagulación no los vio porque no contaba con esos resultados. LO ANTERIOR SEÑALA QUE LOS RESULTADOS DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO NO ESTUVIERON ANTES DE LAS 9:20 DISPONIBLES PARA EL EQUIPO MÉDICO A PESAR DE LA URGENCIA.

Respecto de las imágenes diagnósticas señala que después del examen físico se solicitaron los estudios radiológicos de acuerdo a los hallazgos y se le preguntan qué estudio solicitó y dice que radiografía de cráneo de cara y también de clavícula, columna cervical y de tórax, se le pregunta si pidió alguna radiografía de base de cráneo y termina contestando que no.

Se le pregunta si pesó y talló a la paciente en algún momento y señala que dada la gravedad del caso no fue posible, sin embargo, en la historia clínica aparece pesada la paciente e incluso se le tomo (lo que es imposible dado el estado de la paciente) perímetro abdominal y se le examino el ano. Lo anterior demuestra la impericia suma con que se atendió a la paciente.

Señaló que la paciente se le hicieron monitoreos a través de tensiómetro, pulsioxímetro y que se le colocaron electrodos para ir midiendo su condición electrocardiográfica y su media arterial. Que durante el tiempo en que ella estuvo atendiendo la señora Fabiola no había signos y síntomas de choque y hasta las 9:20 la paciente no presentó ningún síntoma o signo de choque.

Que no observó en las -según ella múltiples valoraciones- que le hizo a la señora Fabiola, que hubiese alteración del estado de conciencia de la señora que el Glasgow estaba en 13.

Señalan ante la pregunta de cómo estaba la función renal y la diuresis de la paciente que para el momento en que ella la atendió no estaban los resultados de los exámenes y que ella no le colocó sonda vesical porque no sabía si había lesión vesical. Señala que es importante en un paciente traumatizado politraumatizado medir la diuresis pero que ella no lo hizo, otro indicador de mala praxis.

Se le preguntó si en el hospital había ambulancia y contestó que no estaba en condiciones de responder dado que no se acuerda si estaba disponible.

Para ese momento no tiene curso de ATLS y que no ha recibido capacitación por parte del hospital de Miraflores para la atención del paciente politraumatizado. Sin embargo, señala que recibió educación en la universidad del manejo de estos pacientes.

Se le preguntó si el hospital de Miraflores contaba con gases arteriales para el momento y dijo que no se encontraba en condiciones de responder porque eran cosas administrativas que ella no manejaba; cuando lo cierto es que los gases arteriales son de manejo medico y no administrativo, un medico que esta en un servicio de urgencias debe saber si hay o no gases arteriales.

A LAS PREGUNTAS DE LA APODERADA DEL HOSPITAL DE MIRAFLORES.

Afirma que ella diligenció personalmente la historia clínica que se encuentra a su nombre, dijo que de la historia que quedaba a nombre de ella, daba fe; de cuando llega la paciente al hospital y se realiza la atención. Señala que la paciente además de ella como médico estuvo acompañada por el otro equipo médico que mencionó que también estaba presente.

Señala que la atención de ella duró una hora 30 minutos y que ante la hemorragia de la paciente era necesario primero hacer la reanimación y estabilización de la paciente antes del traslado.

TESTIMONIO DE LA MEDICA DIANA LEÓN.

ESTA TESTIGO FUE TACHA DE SOSPECHOSA Y SE SOLICITA SE HAGA UN EXAMNE MAS MINUCIOSO DE SU DICHO.

SEÑALA QUE ELLA PARTICIPÓ DURANTE **TODA LA ATENCIÓN** DE LA PACIENTE, lo cual es falso acorde a la declaración de parte del señor Molano, y acorde al testimonio de la médica rural PAULA FERNANDA DIAZ y de acuerdo a los registros de la HISTORIA CLINICA.

QUE LA PACIENTE DEBIERON INTUBARLA POR EL RIESGO QUE TENÍA DE AHOGARSE CON LA SANGRE QUE CUANDO LA PACIENTE LA VAN A REMITIR ENTRÓ EN PARO QUE DURARON 50 MINUTOS REANIMÁNDOLA Y NO RESPONDIÓ.

Está médica señala que estuvo en la atención de la señora Fabiola desde el principio hasta el fin y que ayudó a la médica que estaba encargada en la atención de la paciente, sin embargo, esto entra en contradicción con lo señalado de manera clara, por la médica Paula en el sentido que Diana León empezó a intervenir posterior a que ella perdió el conocimiento. LO ANTERIOR A FAVOR DE CONSIDERAR QUE SU DECLARACION ESTA AMAÑADA Y NO ES NEUTRAL.

Señala que ella estuvo atendiendo todo el tiempo junto con la doctora Paula a la paciente. A la pregunta de si la doctora Paula en algún momento había dejado de atender a la paciente señaló que la doctora Paula había tenido un desmayo que se le habían ido las luces y había salido un momento pero después volvió, esto es totalmente contrario a lo declarado por la misma médica rural PAULA FERNANDA DIAZ, en donde señala que ella la atendió HASTA las 9:20 y **no volvió a intervenir en atención de la paciente**. Declaración que es concordante con lo señalado por otros testigos.

Señala, la médica DIANA LEON, que la que realizó el taponamiento NASAL anterior y posterior fue la doctora Alejandra. Lo anterior es contrario a lo señalado, por la médica rural PAULA FERNANDA DIAZ y de la misma medica ALEJANDRA LOPEZ RODRIGUEZ. Otra inconsistencia de esta médica León, mas.

Señala que ella -Diana León- fue la que intubó a la paciente oro traquealmente y que eso fue como a las 8:30 de la mañana. Qué hubo dos intentos y entre los dos intentos pasaron uno o dos minutos. Lo anterior es falso al contrastarlo con lo señalado por la médica rural PAULA FERNANDA DIAZ, ya que esta señalo, que para cuando ella dejo de atender a la paciente FABIOLA ARIAS DE MOLANO (Q.E.P.D.), no había sido intubada, y la Dra Diana León no había aparecido en el panorama clínico, otra inconsistencia de esta testigo sospechosa que corrobora la sospecha.

Señala que ella -Diana León- no le colocó el collar de Filadelfia que se lo colocó fue enfermería. Lo anterior es contrario a lo señalado por la doctora Paula quien señala que fue ella -la médica rural PAULA FERNANDA DIAZ- quien le colocó el collar de Filadelfia la paciente presuntamente; y este último contrario a lo que señala la enfermera jefe DAYANA CAROLINA MORALES PULIDO, que señalo que quien había colocado el collar era la auxiliar de enfermería, que suma de inconsistencias.

Respecto de la diuresis señala que no es importante durante la urgencia medir la diuresis sino dos o tres horas

después de la atención, lo que no es cierto a la luz de las guías de manejo del trauma ATLS, en donde se señala que factor fundamental en el paciente con poli trauma es la medición de la diuresis como indicador de la irrigación sanguínea y del gasto cardiaco efectivo.

Dice que al momento del primer paro cardio respiratorio de la paciente, estaba presente ella, la doctora Paula, el doctor Camilo y la jefe de enfermería. Reitera que la doctora Alejandra también estaba ahí y la doctora Paula si se encontraba en ese momento, lo anterior riñe con la declaración hecha por la médica rural PAULA FERNANDA DIAZ, que señala que ella no estuvo presente en ningún evento de paro cardio respiratorio de la paciente, y que la 'paciente hasta que ella la atendió no dio muestras de choque. Una más.

Está médica Diana León insiste en que el equipo conformado por las cuatro personas que nombró estaban atendiendo a la paciente y mientras uno se encargaba de la vía aérea, el otro, del corazón y el otro de la administración de medicamentos y además señala que efectivamente la doctora Paula cuando sintió el desmayo se retiró por unos 15 a 20 minutos aproximadamente, pero que ella regresó y estuvo conformando el equipo que atendió el paro cardiorrespiratorio de la señora FABIOLA ARIAS DE MOLANO (Q.E.P.D.). ¿Quién miente? ¿Porque mienten? Lo anterior, es totalmente contrario a lo señalado por la misma doctora Paula quien dijo que ya no volvió a tener contacto con la paciente después de las 9:20 horas, y que esta de acuerdo con lo señalado y declarado por la médica ALEJANDRA LOPEZ.

Señala -La médica León- que la paciente presenta el primer paro cardiorrespiratorio después de haber sido intubada y que con la intubación se habían logrado estabilidad en la saturación de oxígeno y cuando le iban a pasar de camilla a camilla la paciente presenta el primer paro carro respiratorio para ese momento yo ya habían llamado a lo que ella denominó el equipo de remisión. Pues es claro que la médica rural PAULA FERNANDA DIAZ, señalo que atendió a la paciente hasta las 9 + 20 horas (coincide con las apreciaciones temporales del señor Carlos Julio Molano) y hasta ese momento no se había realizado IOT (intubación oro traqueal), y luego fue que apareció la médica Diana León para atender a la paciente, entonces si fue Diana quien IOT a la paciente, NUNCA LO PUDO HABER HECHO ANTES DE LAS 9 + 20 HORAS, LUEGO LO REGISTRADO EN LA HISTORIA CLINICA RESPECTO DE QUE LA PACIENTE FUE IOT A LAS 8 + 50 HORAS ES FALSO.

Respecto de la remisión de la paciente la médica señala que la paciente iba a ser remitida como urgencia vital y que no había sido comentada antes para remitirla. Esto es contrario a lo señalado por la doctora Paula quien señala que la paciente fue comentada al equipo administrativo de remisión momentos después de haber ingresado; pero esta más de acuerdo con lo señalado por la auditora médica en cuanto a lo tardío de la solicitud de remisión enviada a la EPS.

Señaló, que ellos consideran como causa de muerte una depresión respiratoria la que asocia a un posible edema cerebral por el trauma craneoencefálico. Señala además que el trauma craneoencefálico que craneoencefálico sufrió la paciente era severo; esto no se compadece con los registros de la historia clínica que señalan que el trauma cráneo encefálico fue considerado como moderado, con un Glasgow de 13.

Se le pregunta si quedaron claramente establecidas las causas de muerte de la señora Fabiola y señala que no, y a la pregunta del por qué no se le hizo autopsia, no sabe contestar y señala que ellos no son los encargados de autorizar la autopsia, lo que es falso, quien sino el medico es el que ordena la necropsia sea esta clínica o forense.

A las preguntas del apoderado del hospital señala que la señora estaba confusa no abría los ojos no respondía a las preguntas y solamente decía me duele me duele, lo anterior quiere decir que la paciente tenía afectada la escala de Glasgow por debajo de 13 y esto nunca fue registrado en la historia clínica.

Señala que la paciente no se podía remitir de manera inmediata sino hasta tener la paciente con vía aérea estabilizada. ¿¿Aquí cabe preguntarse, si la IOT de la paciente presuntamente -según el dicho de esta médica- sucedió a las 8 + 50 horas, porque a las 10 de la mañana la paciente no había sido remitida??

TESTIMONIO DE LA MEDICA LAURA ALEJANDRA LÓPEZ RODRÍGUEZ.

Señala que la paciente estaba anticoagulada Y LO SEÑLA COMO UN FACTOR CRUCIAL, SIN AMBARGO SE LLAMA LA ATENCION DEL DESPACHO QUE LAS PRUEBAS DE COAGULACION REALIZADAS ESTABAN DENTRO DE PARAMETRYROS NORMALES.

Señala que ya estuvo acompañando todo el tiempo a la doctora Paula que la doctora Paula se desmayó Y a ella le tocó canalizar a la doctora Paula y siguió ella con la atención que la doctora Paula no volvió a atender a la paciente, porque no estaba en condiciones.

A la pregunta de si ella le colocó el collar de Filadelfia respondió que ella dio la orden para que enfermería le colocara el collar de Filadelfia, **pero no se lo pusieron**. Esto es fundamental en el manejo del poli trauma y no se realizó según esta médica.

Señala que durante la atención de la señora Fabiola se encontraba la doctora Paula y ella y había personal de enfermería que no recuerda quiénes. Señala que en la sala estaban ellas dos y al menos un auxiliar de enfermería, por lo menos había un auxiliar de enfermería, y la doctora Diana y ella, pero al momento de iniciar una reanimación, ES DECIR SEGÚN EL DICHO DE LA DOCTORA LAURA ALEJANDRA LA DOCTORA PAULA, SI SE ENCONTRABA PRESENTE CUANDO INICIARON LA PRIMERA REANIMACIÓN CARDIO CEREBRO PULMONAR. SEÑALA ADEMÁS QUE POSTERIORMENTE A ESTO FUE QUE INGRESÓ LA DOCTORA DIANA.

A LA PREGUNTA DE A QUÉ HORA INGRESÓ LA DOCTORA DIANA A LA ATENCIÓN DE LA PACIENTE SEÑALA QUE NO LO RECUERDA PERO QUE FUE POSTERIOR A QUE LA DOCTORA PAULA SE DESMAYÓ. CUANDO ELLA ASUMIÓ EL LIDERAZGO EL MANEJO DE LA PACIENTE NO SABE DECIR QUE GLASGOW TENÍA LA PACIENTE. SEÑALA QUE NO LO RECUERDA.

A la pregunta de si ella se encontraba cuando la paciente presentó el primer paro cardo respiratorio ella responde

positivamente y al decirle que quienes se encontraban atendiendo, ella señala que todavía se encontraba la doctora Paula, que estaba ella, la doctora Laura Alejandra y un auxiliar de enfermería. para el segundo paro cardiopulmonar se encontraban la doctora diana, ella y una auxiliar de enfermería y no recuerda quién más.

Tiene claro que las notas retrospectivas deben llevar el registro de que se dé que se trata de una nota retrospectiva señala que no lo hizo porque estaba trasnochada y no estaba en sus cinco sentidos.

TESTIMONIO DE DAYANA CAROLINA MORALES ENFERMERA JEFE.

Que la paciente desde que llegó tenía sangrado nasal profuso que hasta le burbujeaba la nariz. Lo que es contrario a lo señalado por el señor Molano, pero además si estaba tan profuso el sangrado, ¿porque no fue IOT de manera inmediata? ¿Si la finalidad de la IOT según lo señaló la médica Diana era proteger la vía aérea del sangrado que tenía la paciente?

Señal que la paciente estaba desorientada. Que los doctores le hicieron taponamiento anterior y posterior y nunca fue posible controlar el sangrado por lo que los médicos deciden IOT.

Señala que la paciente era oxígeno requerimiento y que por lo tanto siempre permanecía con una saturación baja y que en este caso le siguió bajando aún más, Los médicos deciden intubar y le ordenan colocar los medicamentos básicos para intubación. Se intentó la primera intubación, pero tuvo estado obstruido, por sangre, luego lo pasan y la saturación mejoró según ella. Para esos momentos la paciente empieza a hacer ojos de mapache y equimosis en el cuello morado alrededor en el cuello y se señala la cara lateral debajo de la oreja, que le indicaban según ella que había una algo en base de cráneo y la paciente estaba totalmente desorientada y ya no respondía, pero esos momentos no habían controlado todavía el sangrado desde todo el equipo de ambulancias y demás y entró en paro.

Ante la pregunta de la apoderada del hospital de quienes habían atendido a la paciente señala que estaban las dos médicas inicialmente y que posteriormente Paula se desmayó y la sacaron y lo volvió a estar ahí. Respecto de si participaron más personas en la atención ella señala que ayudando con ciertas cosas, pero al parecer no de manera directa. Ella dice que la paciente no respondía al interrogatorio que solamente se quejaba de dolor.

A LAS PREGUNTAS DEL APODERADO DE LA ACTIVA, DR. CAMARGO:

Señala que ella le alcanzó el collar de Filadelfia al auxiliar y al auxiliar se lo colocó, porque como la estaban trasladando y la primera orden fue de tramadol RECUERDA QUE SE FUE A ALISTARLO. Sin embargo, la médica ALEJANDRA señaló que ella ordenó el collar y no fue obedecida por el personal de enfermería.

A la pregunta de por qué le pusieron el tramadol por vía subcutánea si tenía ya vía venosa, la respuesta es dubitativa para terminar señalando que lo hicieron concomitantemente. Que ya la fueron a canalizar y que esto no garantizaba que tuviera una vía permeable; lo anterior no es cierto, la canalización ya realizada garantiza una vía permeable y venosa desde que esté bien hecha.

Señala que el equipo de atención está conformado por ella el auxiliar de enfermería y la doctora Paula no recuerda si había otro médico y no recuerda si estaban en cambio de turno o no, pero lo que sabe es que estaban las dos inicialmente.

Señala que la doctora Diana estuvo desde el inicio ya que arribó prontamente porque la distancia de donde estaba al servicio de urgencias no es mucha, pero no recuerda si fue antes que se desmayara la doctora Paula o después que se desmayara la doctora Paula.

Señala que el sangrado que tenía la señora Fabiola lo presentó desde que ingresó y que todo el tiempo tuvo el sangrado lo que es contrario a las afirmaciones del señor Carlos Julio Molano. Se le pregunta desde qué momento le hicieron el taponamiento anterior y posterior señala que los primer medida la primera tarea fue tratar de controlar el sangrado, pero no recuerda.

Hablando de cómo se activa el mecanismo de remisión señala que una vez que el paciente ha ingresado al triage, y si la clasificación es 1, se activa el mecanismo de remisión, que en este caso no sabe quién lo activó pero que este caso era una urgencia vital; (lo que se contradice con el resultado del triage. Esta paciente desde que ingresó eran triage 1 y fue clasificada como 2) y dice que fue atendida como un triage 1.

Explica la atención en el servicio de urgencia, señalando que el paciente ingresa directamente al triage y allí es clasificado y acorde a su clasificación se atiende. En este caso señala que es claro que era un triage 1.

Se le pregunta, cuántos paros cardio respiratorios sufrió la señora FABIOLA ARIAS DE MOLANO (Q.E.P.D.) y señala que dos, y a la pregunta de quiénes lo atendieron, dice que siempre estuvieron los mismos, se le pregunta si estaba la doctora Paula, pide aclarar si la doctora Paula fue la que se desmayó se le dice que sí y señala entonces que la doctora Paula no estuvo para el primer paro cardiorrespiratorio, refiere que la doctora Paula no alcanzó a hacerle mayor cosa a la paciente que la doctora Paula se desmayó y la pasaron a una camilla y salió de ahí.

Señala que la paciente se murió después del segundo paro cardíaco. Que a la paciente la intubó la doctora Diana.

Por otro lado, no recuerda que le hayan socializado guías o protocolos para el manejo del paciente politraumatizado en el hospital.

TESTIMONIO DE LA DOCTORA CLAUDIA GONZÁLEZ VALENCIA AUDITORA DE LA EPS SANITAS.

Es claro, como del testimonio de la dra Claudia González , rendido en audiencia del 16 de noviembre de 2023, se reafirma que la E.S.E Hospital de Miraflores actuó de forma imperita, imprudente, descuidada y negligente, pues nótese cómo de acuerdo a lo registrado en la auditoría médica y recalado en interrogatorio, la paciente Fabiola Molano Arias, presentó signos y síntomas de politraumatismo, cosa que no fue diagnosticada en la historia clínica, y fractura de tórax cerrado que tampoco se diagnosticó, así mismo, la paciente presentó una fractura de base de

cráneo, acompañada de síntomas como ojos de mapache, desorientación y somnolencia, signos y síntomas sospechosos de trauma craneoencefálico severo y que por tanto, en palabras de la Dra González “*la señora Fabiola en virtud de los antecedentes farmacológicos como médicos, y en el marco de la severidad del trauma recibido requería una atención inmediata en un centro médico de alta complejidad*”, al respecto la Dra señaló que “*una fractura de cráneo es congruente con un trauma craneoencefálico severo, si un paciente tiene trauma craneoencefálico severo necesita la atención en un centro de alta complejidad con requerimientos científicos en el área*” así las cosas, nótese como en la historia clínica solo se registra el ingreso de la paciente al servicio de urgencias a las 7+51 del 26 de junio de 2020 y una próxima nota médica a las 9+19, lo que indica una ausencia en la prestación del servicio y la valoración del paciente por 1 hora y 10 minutos, tiempo que resulta indispensable para la atención eficaz del paciente, de hecho, la misma auditoría, señala sobre el tiempo adecuado para la intubación orotraqueal que “*la intubación se indica cuando se registra que el paciente tiene una dificultad para respirar o una alteración en el Glasgow, cuando el nivel de conciencia no le permite al paciente defender la vía aérea. Como les decía al principio, los registros clínicos no son muy detallados y se registran incongruencias en el cronograma que se registra según ellos, entonces no tendría como responderle la pregunta*”

Adicionalmente, la dra Claudia González, señala que de acuerdo a la documentación clínica a la que tiene acceso, la solicitud de remisión por parte del ESE Hospital de Miraflores, se hizo solo hasta las 10+20 de la mañana y que la historia clínica fue aportada como fundamentación de la misma, hasta las 10+37 de la mañana, cosa absurdamente tardía e incoherente pues según los registros clínicos la Sra. Fabiola fallece a las 10+20 AM.

EL DICTAMEN PERICIAL.

El dictamen pericial tuvo como base la **INFORMACIÓN DISPONIBLE**, así: Historia Clínica de Fabiola Arias de Molano del Hospital Regional de Miraflores Boyacá (12 folios). Búsqueda sistemática de la literatura investigando en Recursos Electrónicos como las bases de datos de Pubmed, Embase, Cochrane, artículos de la Biblioteca Virtual en Salud, Guías de Práctica Clínica, artículos de Sociedades Científicas de Neurocirugía, con el fin de identificar revisiones sistemáticas de la literatura científica sobre los temas relacionados con el caso que nos ocupa. La búsqueda se centró en aspectos fisiopatológicos, diagnósticos y terapéuticos del cuadro clínico postraumático que presentó la paciente, incluyendo como buscadores, las palabras clave específicamente propuestas. Se incluyeron artículos contemporáneos a la fecha de ocurrencia de los hechos.

SEÑALO EL DICTAMEN PERICIAL:

- 1- **El ACLS** requiere que los participantes conozcan sobre aspectos de manejo avanzado de la vía aérea, reconocer arritmias cardiacas y la farmacología básica asociada al manejo de vasopresores y antiarrítmicos.
- 2- **La secuencia rápida de intubación (SRI)** es una técnica utilizada para el aseguramiento de la vía aérea en aquellos pacientes con alto riesgo de broncoaspiración o que requieren un rápido aseguramiento y protección de esta.

3- La intubación endotraqueal en pacientes críticos es un procedimiento de alto riesgo que requiere una gran experiencia en el manejo de las vías respiratorias, así como la comprensión de los cambios fisiopatológicos de las diferentes enfermedades que envuelven un paciente críticamente comprometido.

4- **Uso de ketamina Vs Fentanilo en anestesia.** Tratándose de un paciente con neuro trauma, no se debe usar la ketamina por sus efectos en el SNC: aumenta el metabolismo cerebral y por tanto el flujo sanguíneo cerebral y la presión intracraneal. La ketamina en neuro anestesia prácticamente se eliminó debido a sus acciones sobre el SNC; Ketamina vs. Fentanilo durante la anestesia intravenosa total en neurocirugía. (10)

Esta historia clínica es confusa, reconstruida, incoherente, contradictoria, por lo cual la discusión se centra en mostrar las contradicciones de horario de atención de la paciente y en demostrar que la atención fue tardía y no idónea. La paciente ingresó consciente, caminando por sus propios medios, con un Glasgow de 13/15 y 2 horas más tarde fallece.

Con base en la lectura y análisis de la historias clínicas de atención y la revisión de la literatura específica, se establece que FABIOLA ARIAS DE MOLANO era una paciente de 62 años, con antecedentes de Hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, EPOC, Hipertensión pulmonar, CIA, oxigenorrequiriente las 24 horas, quien ingresa al servicio de urgencias del hospital a las 7:50 horas del 26 de junio de 2020 con Peso: 58 Kg, Talla 1.60m, IMC 22.66 Kg/m², SIGNOS VITALES FC 67/min, FR:23 /min, T°: 36 °C, PA 130/70, Saturación 80% al ambiente, procediendo a la administración de la siguiente medicación por orden médica:

A las 8:04 horas se administra tramadol 50mg vía subcutánea.

A las 8:06 se administra por orden médica 2g??? de morfina IV.

A las 8:25 horas: TA 124/75, FC 73/min, saturación O₂ 80%.

A las 8:35 horas la dra ordena administrar midazolam 5mg IV

A las 8:38 horas 1cc de rocuronio. (50mg/ml) (esta dosis es baja con inicio de acción lenta y duración de 30 minutos)

A las 8:39 horas TA 129/83, FC79, saturación O₂ 85%.

A las 8:43 horas 1cc de ketamina IV

A las 8:44 horas 1cc de fentanilo IV.

A las 8:47 horas TA 187/116, FC 95/min, Sat O₂ 95%.

A las 9:03 horas 1ampolla de atropina IV.

A las 9:25 horas se administra 1 ampolla de dopamina en 500cc de SSN al 0.9% a 50cc/hora.

La administración de estos medicamentos, inicialmente con el objeto de analgesia, sedación, relajación muscular para la intubación rápida, aparentemente sin examinar a la paciente, sin tener un diagnóstico clínico,

tuvo claras y graves repercusiones sistémicas en la paciente.

Aunque según Notas de Enfermera la paciente ingresó a las 8:00 horas y le canalizó vena a las 8:03 horas, la administración intravenosa de medicamentos inicia a las 7:50 horas, es decir antes de su llegada y antes de la valoración médica de la paciente que ocurrió a las 9:19 horas.

En el marco de la Lex Artis es incoherente medicar primero a la paciente y luego examinarla.

La médica tratante encontró a la paciente con dificultad respiratoria, hipoventilación bibasal, saturación de 80%, indicativa de hipoxia severa; desorientada, con signo de mapache, hallazgos clínicos indicativos de neuro trauma, específicamente de fractura de base de cráneo; deshidratada con llenado capilar de 3 segundos, indicativo de shock hipovolémico, no obstante, no actuó en consonancia. Le diagnosticó: politraumatismo, trauma craneoencefálico moderado, sospecha clínica de fracturas de base de cráneo, tórax inestable con alto riesgo de complicaciones y desenlace fatal, sin embargo, le solicitó exámenes de química sanguínea y Rx irrelevantes para el momento, perdiendo “tiempo oro” para la Remisión inmediata de Fabiola de Molano.

En folio 3/12 se lee: “Según evolución se determinará necesidad de remitir como urgencia vital a tercer nivel de atención. Se comenta con familiares, refieren entender y aceptar” Comentario que resulta inapropiado, la remisión era absolutamente necesaria desde el ingreso de la paciente.

En este orden de ideas, con frecuencia respiratoria de 23/min, hipoventilación bibasal y con una saturación de 80% al ambiente, lo que implica bajo aporte de oxígeno a todos los tejidos, siendo particularmente sensibles el cerebro y el corazón, ad portas de un paro respiratorio por hipoxia severa, la doctora ordena la administración de morfina que produce depresión respiratoria y de medicamentos que no requería para la intubación rápida como tramadol y ketamina que junto con el fentanilo le causaron elevación aguda, iatrogénica, de la tensión arterial: 187/116 a las 8:47 horas, alteración que detectó e intentó revertir con la administración de 6 ampollas furosemida.

Igualmente, adicionó la administración de 1cc de rocuronio medicamento que produce parálisis de los músculos respiratorios y que se usa para intubación rápida, maniobra que intentó y resultó fallida.

La médica tratante fue titulando la respuesta de los medicamentos mediante la toma de signos vitales, fue así como detectó la emergencia hipertensiva iatrogénica que presentó la paciente, con lesión de un órgano diana, en este caso el corazón, lo que incrementó su riesgo vital, crisis que intentó manejar infructuosamente con la administración de atropina y dopamina.

La administración de 6 ampollas de furosemida para controlar la hipertensión arterial, exacerbó posteriormente la tendencia de hipotensión arterial de la paciente, situación que intentaron revertir fallidamente con la administración de 1000 cc de cloruro de sodio, ordenados por una segunda médica tratante. No aparecen registros de signos vitales después de la cifra de hipertensión arterial.

La falta de control de la situación permitió la confluencia de 2 factores que empeoraron aún más el pronóstico de esta paciente con Trauma craneoencefálico: La hipoxia y la hipotensión, que finalmente culminaron con el desenlace fatal.

La paciente hace un deterioro neurológico evidente secundario a la hipoxia y a la hipotensión con compromiso de tallo cerebral, aun así, intentan reanimarla por tercera vez, sin obtenerlo. Finalmente fallece a las 10:20 a:m

Así las cosas, la paciente fue atendida de manera tardía, cuarenta minutos después de su ingreso, lo cual aparentemente no corresponde a la realidad puesto que el manejo de la paciente se inició después de la valoración médica, es decir después de las 9:22am, a pesar de que, tratándose de clasificación Triage II la atención debió iniciarse dentro de los 15 minutos a su llegada y su atención médica no debió superar los treinta (30) minutos.

En la historia clínica se describe un aumento de la saturación de O₂ a 85% a las 8:39 horas y a 95% a las 8.47 horas, mejoría de saturación no sustentada, puesto que solo hasta las 9:32 horas se realizó reanimación con administración de O₂ a presión positiva mediante dispositivo de ventilación Bolsa Válvula Máscara, con pobre respuesta, dada su condición de paciente con baja saturación de O₂ acentuada con la depresión respiratoria inducida por la morfina y el fentanilo.

La paciente presenta sangrado orofaríngeo profuso, se administra procoagulante. Por riesgo de broncoaspiración se intenta intubación orotraqueal en secuencia de intubación rápida con tubo No 8, previa oxigenación por 5 minutos con saturación, previa sedación con midazolam, rocuronio (bloqueante neuromuscular-relajante del músculo esquelético), fentanilo y ketamina. Téngase en cuenta que estos medicamentos de inducción rápida, deben administrarse 3 minutos antes de una intubación efectiva, intubación que no se logró. Describen intubación efectiva a las 8:50 horas, cuando la paciente no había sido examinada por la médica quien la valoró por primera vez. Claramente, en este momento post intubación, la paciente ya presentaba signos de daño neurológico: le hallaron anisocoria, lo que se comprobó de manera florida, pocos minutos después, por ausencia de reflejos de tallo cerebral luego de la tercera parada cardiopulmonar.

La administración de ketamina y fentanilo ocurrió a las 8:43 horas y 8:44 horas no se indica a qué hora ocurrió el primer intento de intubación fallida la cual fue seguida de inmediato por ventilación con BVM a las 9:32 horas, igualmente con pobre respuesta.

Después realizan un segundo intento de intubación, poscolocación de BVM, esta vez exitoso a las 8:50 horas, lo cual contradice totalmente la historia.

No es claro por qué la valoración médica se realiza hasta las 9:19 horas, es decir, 1 hora y 30 minutos después del ingreso de la paciente al servicio de Urgencias, habiendo ordenado ya los medicamentos citados de alta complejidad, que por sus efectos de acción central sobre la función cardíaca y respiratoria, deben ser ordenados y manejados por un anestesiólogo o un médico experto en Medicina de Urgencias, como parte del proceso previo

a una intubación rápida en la que solo se requería la administración de un inductor, en este caso el midazolam, un analgésico, en esta caso el fentanilo y un relajante muscular que en este caso fue el rocuronio, medicamentos que debían aplicarse 3 minutos antes de la intubación efectiva.

Se observa otra contradicción y error de manejo: la concentración máxima de ácido tranexámico se obtiene inmediatamente después de la administración IV, usualmente se administran 500mg; a la paciente le administraron el doble de la dosis: 1 gramo. Su efecto dura 6 horas lo que indica que solo requería 1 dosis, no obstante, aparecen 2 horas diferentes de administración 9:30 horas y 10:07 horas, la segunda orden dada por orden de la segunda doctora tratante, médica general al igual que la anterior.

En la historia clínica se consigna: “Por presencia de abundantes secreciones, no se evidencia vía aérea, se indica pasar sonda nasogástrica y entra en falla ventilatoria, por lo que se inicia reanimación con bolsa BVM”. No se debe pasar sonda nasogástrica a pacientes con trauma severo de cráneo que están en coma o con hemorragia nasofaríngea, por el riesgo de penetrar al cráneo a través de fracturas en la base. Efectivamente, los Rx de tórax reportaron que la sonda nasogástrica estaba fuera de la cavidad.

Según la historia clínica, al no obtener respuesta con la reanimación con la ventilación con BVM, la médica tratante ordenó un bolo IV alto de 250mg de metilprednisolona, que supera la dosis terapéutica de 30mg/Kg. Es de anotar que se han notificado arritmias cardíacas y paro cardíaco con la administración intravenosa de pulsos altos de metilprednisolona, como el que se administró a la paciente, sin indicación clara, incluso en pacientes que no presentan anomalías cardíacas. No se recomienda el uso de esteroides en este momento porque no mejoran la hipertensión endocraneal por el contrario producen retención de líquidos empeorándola y aumentan la morbilidad de los pacientes con traumatismos craneoencefálicos severos.

En folio 10 en la historia clínica se describe una situación crítica de Fabiola de Molano, con maniobras de reanimación entre las 8:47 y 9:32 horas, mientras que en la misma historia clínica en folios 1 y 2 se consigna que entre las 9:22 horas y las 9:25 horas del mismo día viernes 26 de junio de 2020, se realizó una anamnesis de un cuadro clínico de 1 hora de evolución que para las 9:19 a.m, ya sería realmente de 1 hora y 34 minutos de evolución, dado que según la demanda el accidente ocurrió a las 7:45 a.m.

Simultáneamente a la administración de los medicamentos ya citados, se realiza una historia clínica muy completa con anamnesis y antecedentes específicos, examen físico minucioso que describe la presencia de deshidratación y la ausencia de signos de dificultad respiratoria hallazgo que contradice la descripción de dificultad respiratoria al ingreso escrito por la enfermera que ingresó a la paciente con la toma de los respectivos signos vitales.

Con base en las frecuentes contradicciones de horarios registrados en la historia clínica se establece que la atención de la paciente se inició, efectivamente, después de ser examinada por la primera médica que la valoró, es decir después de las 9:22 horas, lo cual es congruente con los eventos de reanimación y con el aumento de la gravedad del cuadro clínico de la paciente, dado que además de su cuadro crítico al ingresar a las 7:50 horas, la atención fue

tardía, se inició 1 hora y 30 minutos después del ingreso de la paciente. Esta información se debe correlacionar con la información de los familiares de la paciente.

MANEJO ESPERADO.

El éxito de la sobrevivida del paciente con trauma está en la oportunidad de la atención, manejo que en el caso que nos ocupa no se dio. En el marco de su clasificación como paciente triage II, debió atenderse dentro de los primeros 15 minutos a su llegada y su manejo dentro de la media hora siguiente a su llegada realizando:

1-Valoración médica para establecer anamnesis, antecedentes y por examen clínico concluir que se trataba de una paciente oxigenorrequiriente permanente, con saturación de 80% ambiente, con hipoxia grave, deshidratada por sangrado nasofaríngeo, con llenado capilar de 3 segundos, indicativo de shock, desorientada, con signo de mapache y con tendencia a la somnolencia por neuro trauma, con diagnóstico clínico de fractura de base de cráneo.

Administración de cristaloides.

Manejo de la hemorragia oro nasofaríngea con la administración de coagulante-ácido tranexámico, aspiración enérgica de sangrado para despejar la vía aérea previa intubación orotraqueal.

Preoxigenación e intubación rápida.

Envío a hospital de tercero o cuarto nivel para manejo por Neurocirugía y Unidad de Cuidado Intensivo.

Este manejo en el Hospital Regional no debió exceder 40 minutos, su objetivo fundamental: impedir una muerte evitable.

CONCLUSIÓN.

Con base en la lectura y análisis de la información aportada en la historia clínica de atención y la Revisión de la literatura específica sobre las alteraciones patológicas intrínsecas al caso, se establece que existe una relación directa entre la muerte de FABIOLA ARIAS DE MOLANO y el manejo médico brindado en la institución tratante. Se observan claras falencias de gestión y control de los diferentes eventos en la atención prestada:

- a) Hubo demora en la atención de la paciente en el servicio de Urgencias.
- b) El Hospital debió contar con un médico experto en Medicina de Urgencias.
- c) Por falta de entrenamiento adecuado de la Médica tratante, no hubo una toma responsable y oportuna de decisiones para evitar la muerte previsible y prevenible de la paciente, la cual ocurrió asociada a una prestación de servicio de salud institucional y médico tardío, insuficiente, no idóneo.

Es importante resaltar el deplorable trámite de servicio de Referencia de pacientes con urgencia vital, que en este caso fue aprobado exitosamente 1 hora y 40 minutos después de su inicio cuando ya la paciente había fallecido.

LA PRESENCIA EN EL DEBATE DE LOS ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD

A. DAÑO ANTIJURÍDICO.

A partir de la Constitución Política de Colombia de 1991, se hizo expresa la cláusula general de responsabilidad, del artículo 90 constitucional, que ha trasladado la responsabilidad de la valoración de la ilicitud de la conducta, al daño en sí mismo cuando este resulta antijurídico. Lo anterior es claramente advertido por el jurista ROBERTO A. VASQUEZ FERREIRA²: “...Este tópico se vincula con lo que hemos señalado sobre el cambio de óptica de la responsabilidad civil, lo que ha llevado a descubrir que no solamente existen los daños injustamente causados, sino también los que sin haber sido causados injustamente, han sido injustamente sufridos...”, y lo reafirma LEGUINA, en la moderna y justa teoría de la “lesión y el daño antijurídico”: “... Un daño será antijurídico cuando la víctima del mismo no esté obligada por imperativo explícito del ordenamiento a soportar la lesión de un interés patrimonial garantizado por la norma jurídica”[2], de manera que, hoy nuestra Justicia contempla la antijuricidad objetiva, desvinculada incluso de la licitud o ilicitud de la actuación del causante.

Lo anterior se corrobora cuando refiriéndose al daño injusto el ex magistrado Enrique Gil Botero refiere en su obra³: “Establecida la presencia del daño injusto (antijurídico), habrá que precisar que es lo que originó el mismo, y ello implica indagar o verificar la causalidad; y determina la presencia del daño como entidad fenoménica, independientemente de la valoración subsiguiente sobre su justicia o injusticia que no apunta tanto al desvalor de la conducta, sino más bien al deber de si quien lo sufre debe soportarlo o no. Y no deben soportarse daños independientemente de que sean la consecuencia del obrar legítimo o del actuar contrario al orden jurídico, cuando no exista razón legal o de derecho que obligue a padecerlos, porque de lo contrario, el daño es antijurídico para quien lo sufre en la medida en que el ordenamiento no se lo impone. Cuando el evento lesivo proviene de un acto ilícito la conducta misma será antijurídica como contradicción del obrar del sujeto con el ordenamiento jurídico en su conjunto; en cambio cuando se le vulneran bienes jurídicos o intereses legítimos que se le deberían proteger, ese quebramiento o daño es contra ius para quien lo padece, porque el Estado en principio debe velar por la defensa de los bienes e intereses jurídicos de las personas. En esta medida la antijuridicidad implica un desvalor de la acción o conducta y un desvalor

² VASQUEZ FERREIRA, R. Responsabilidad por daños. Elementos. Editorial Depalma, Buenos Aires, 1993

³ Gil Botero, Enrique. Temas de responsabilidad extra contra actual del Estado. Ed: Comlibros, Bogotá, 2006, pg. 42

del resultado”.

En el caso concreto, encontramos que a la señora FABIOLA ARIAS DE MOLANO (Q.E.P.D.), le fue vulnerado el bien jurídicamente tutelado por el derecho A LA VIDA, lo que queda plenamente acreditado con el registro civil de defunción. De esta manera, partimos de la efectiva existencia de un daño antijurídico, particular y cierto, en los términos referidos en la Sentencia del Consejo de Estado (Rad No. 15001-23-31-000-2001-01541-03(AG)), ante el cual no existe la obligación jurídica de soportarlo [1], para señalar en consecuencia un deber de indemnizar, en virtud de los perjuicios o consecuencias subjetivas del daño causado [2].

ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD

A. DAÑO ANTIJURÍDICO

A partir de la Constitución Política de Colombia de 1991, se hizo expresa la cláusula general de responsabilidad, del artículo 90 constitucional, que ha trasladado la responsabilidad de la valoración de la ilicitud de la conducta, al daño en sí mismo cuando este resulta antijurídico.

Lo anterior es claramente advertido por el jurista ROBERTO A. VASQUEZ FERREIRA[1]: “...Este tópico se vincula con lo que hemos señalado sobre el cambio de óptica de la responsabilidad civil, lo que ha llevado a descubrir que no solamente existen los daños injustamente causados, sino también los que sin haber sido causados injustamente, han sido injustamente sufridos...”, y lo reafirma LEGUINA, en la moderna y justa teoría de la “lesión y el daño antijurídico”: “... Un daño será antijurídico cuando la víctima del mismo no esté obligada por imperativo explícito del ordenamiento a soportar la lesión de un interés patrimonial garantizado por la norma jurídica”[2], de manera que, hoy nuestra Justicia contempla la antijuricidad objetiva, desvinculada incluso de la licitud o ilicitud de la actuación del causante.

Lo anterior se corrobora cuando refiriéndose al daño injusto el ex magistrado Enrique Gil Botero refiere en su obra[3]: “Establecida la presencia del daño injusto (antijurídico), habrá que precisar que es lo que originó el mismo, y ello implica indagar o verificar la causalidad; y determina la presencia del daño como entidad fenoménica, independientemente de la valoración subsiguiente sobre su justicia o injusticia que no apunta tanto al desvalor de la conducta, sino más bien al deber de si quien lo sufre debe soportarlo o no. Y no deben soportarse daños independientemente de que sean la consecuencia del obrar legítimo o del actuar contrario al orden jurídico, cuando no exista razón legal o de derecho que obligue a padecerlos, porque de lo contrario, el daño es antijurídico para quien lo sufre en la medida en que el ordenamiento no se lo impone. Cuando el evento lesivo proviene de un acto ilícito la conducta misma será antijurídica como contradicción del obrar del sujeto con el ordenamiento jurídico en su conjunto; en cambio cuando se le vulneran bienes jurídicos o intereses legítimos que se le deberían proteger, ese quebramiento o daño es contra ius para quien lo padece, porque el Estado en principio debe velar por la defensa de los bienes e intereses jurídicos de las personas. En esta medida la antijuricidad implica un desvalor de la acción o conducta y un desvalor del resultado”.

[1] VASQUEZ FERREIRA, R. Responsabilidad por daños. Elementos. Editorial Depalma, Buenos Aires, 1993.

[2] J.M de la Cuétara, en “La actividad de la Administración”, Tecnos, Pág. 554

[3] Gil Botero, Enrique. Temas de responsabilidad extra contra actual del Estado. Ed: Comlibros, Bogotá, 2006, pg. 42.

En el caso concreto, encontramos que a la señora FABIOLA ARIAS DE MOLANO (Q.E.P.D.), le fue vulnerado el bien jurídicamente tutelado por el derecho A LA VIDA, lo que queda plenamente acreditado con el registro civil de defunción. De esta manera, partimos de la efectiva existencia de un daño antijurídico, particular y cierto, en los términos referidos en la Sentencia del Consejo de Estado (Rad No. 15001-23-31-000-2001-01541-03(AG)), ante el cual no existe la obligación jurídica de soportarlo [1], para señalar en consecuencia un deber de indemnizar, en virtud de los perjuicios o consecuencias subjetivas del daño causado [2].

A. DAÑO MORAL.

En materia de reparación de perjuicios inmateriales, el Consejo de Estado, mediante sentencia de 27 de enero de 2000, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Rad. 10867, C.P. Alier Eduardo Hernández Enríquez, y sentencia de unificación de 28 de agosto de 2014, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Rad. 26251, C.P. Jaime Orlando Santofimio; y la Corte Constitucional a través de las sentencias T-934 de 2009 y T-102 del 2014, señala que el perjuicio moral sufrido por quienes conforman el núcleo familiar de la víctima, causa dolor y aflicción de acuerdo con las relaciones de cercanía, solidaridad y afecto existentes. El parentesco en sí puede constituir indicio suficiente de la existencia de una relación de afecto profunda y, por lo tanto, del sufrimiento intenso que experimentan los unos con la muerte o desaparición de los otros. En el caso de las relaciones filiales de hasta el segundo grado de consanguinidad y primero civil, ya sean ascendientes, descendientes o colaterales, dicho perjuicio se presume, so pena de ser desvirtuada por la parte demandada, quien deberá demostrar que las relaciones filiales se han debilitado notoriamente.

Así mismo, Con respecto a lo solicitado en la demanda, según la reiterada y pacífica jurisprudencia del Consejo de Estado, basta la acreditación del parentesco para que pueda inferirse su causación a los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y primero civil. Así ha sido dispuesto por la alta Corte: “(...) Acerca de los daños causados por la muerte de una persona, resulta necesario precisar que, con la simple acreditación de la relación de parentesco mediante los respectivos registros civiles de nacimiento, se presume que tanto los padres como los hermanos del occiso sufrieron un perjuicio de orden moral, derivado del homicidio de su hijo y hermano. En efecto, la simple acreditación de tal circunstancia, para los eventos de perjuicios morales reclamados por abuelos, padres, hijos, hermanos y nietos, cuando alguno de estos haya fallecido o sufrido una lesión, a partir del contenido del artículo 42 de la Carta Política y de las máximas de la experiencia, es posible inferir que el peticionario ha sufrido el perjuicio por cuya reparación demanda.

(...)

En efecto, es lo común, lo esperable y comprensible, que los seres humanos sientan tristeza, depresión, angustia, miedo y otras afecciones cuando se produce la muerte de un ser querido (...)”

Precisando que dicha disposición se fundamenta en:

“a) que la experiencia humana y las relaciones sociales enseñan que entre los parientes existen vínculos de

afecto y ayuda mutua

b) *la importancia que tiene la familia como núcleo básico de la sociedad (artículo 42 de la Constitución Política)*”

De acuerdo con lo anterior y con las pruebas aportadas dentro del proceso, se concluye que al no haberse desvirtuado, por parte del extremo demandado, la presunta aflicción sufrida por los demandantes, cuyas relaciones filiales con la señora FABIOLA MOLANO DE ARIAS (Q.E.P.D) se ubican dentro de los límites de la presunción señalada, y en atención a los certificados de los registros civiles de nacimiento aportados, se da por probado el daño moral con fundamento en la presunción judicial que constituye un criterio de valoración.

Así pues, solicito al honorable despacho sea concedido por perjuicios morales las sumas descritas a continuación, considerando que se encuentran dentro del primer grado de parentesco civil y consanguíneo, así:

- CARLOS JULIO MOLANO CABALLERO, esposo de la Sra. MOLANO (Q.E.P.D) 100 SMLMV
- LAURA JULIETA MOLANO ARIAS, hija de la Sra. MOLANO (Q.E.P.D) 100 SMLMV
- CARLOS FABIÁN MOLANO ARIAS, hijo de la Sra. MOLANO (Q.E.P.D) 100 SMLMV
- ANGELA ANDREA MOLANO ARIAS, hija de la Sra. MOLANO (Q.E.P.D) 100 SMLMV
- CARLOS ANDRES MOLANO ARIAS, hijo de la Sra. MOLANO (Q.E.P.D) 100 SMLMV

Así mismo, se solicita al despacho se concedan las siguientes sumas, para aquellos quienes se encuentran dentro del segundo grado de parentesco consanguíneo:

- GLORIA LUCIA ARIAS CALDERON, hermana de la Sra. MOLANO (Q.E.P.D) 50 SMLMV
- JULIAN DAVID RIVERA MOLANO, nieto de la Sra. MOLANO (Q.E.P.D) 50 SMLMV
- MIGUEL ANGEL RIVERA MOLANO, nieto de la Sra. MOLANO (Q.E.P.D) 50 SMLMV
- JUAN DIEGO PINTO MOLANO, nieto de la Sra. MOLANO (Q.E.P.D) 50 SMLMV
- LAURA JULIANA PINTO MOLANO. nieta de la Sra. MOLANO (Q.E.P.D) 50 SMLMV

Adicionalmente, téngase en cuenta que más allá de la presunción que cobija a los familiares de la señora FABIOLA MOLANO DE ARIAS (Q.E.P.D), dentro del proceso se demostró la grande aflicción sufrida por ellos, pues el señor GIOVANNY ESTRADA, en el testimonio rendido en audiencia del 16 de noviembre de 2023, señaló respecto del señor CARLOS JULIO MOLANO, que este se vio afectado “a tal punto que el señor se fue de aquí de la casa, el ya no vive aquí en la casa donde vivía con la Sra. Fabiola, el tema de la ausencia de la Sra. Fabiola ha sido bastante notoria, él se ve muy triste, el cambio su modo de vida, es una persona triste, es una persona sola, porque la compañía de él era la Sra. Fabiola, ellos dos andaban juntos para todo lado, compartían mucho como pareja” así mismo señaló que la familia se había visto dividida, pues indicó que “no los he vuelto a ver reunidos, escasamente viene alguien, si viene el uno no viene el otro, no volvieron a haber afectos familiares, se ve la separación de la familia” incluso señaló que “se ve así a ojo es la desunión familiar porque aquí en la casa no volvieron a compartir los tres con don Carlos julio y obviamente la mamá hace falta de la unión de la familia el núcleo principal es la mamá”. En el mismo sentido señaló que existía una relación llena de amor para con sus nietos, tanto así que la describió como una abuela alcahueta y como “una abuela que si llegaban los nietos daba lo mejor que tuviera y si no lo tenía lo conseguía, era una abuela que si la llamaban y le decían - abuela necesito esto- encontraba la manera de poder ayudar a los nietos”

Ahora bien, este extremo considera que no fueron probados los perjuicios sufridos por los señores Rogelio Arias Caballero tío de la Sra. FABIOLA MOLANO DE ARIAS (Q.E.P.D) y con AZUCENA DEL PILAR AVILA, prima y amiga de la dra FABIOLA MOLANO DE ARIAS (Q.E.P.D).

B. DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN.

Esta modalidad de perjuicio inmaterial, relativa a aspectos o componentes funcionales, biológicos y psíquicos del ser humano, debe considerar las alteraciones al nivel del comportamiento y desempeño de la persona dentro de su entorno social y cultural, todas ellas consecuencia de la enfermedad o accidente padecido, lo cual agrava la condición del afectado. Como aspecto diferencial de esta especie de daño, este se refleja en la esfera externa del individuo, Así pues, esta afectación quedó demostrada con el testimonio del señor Giovanni Estrada, amigo de la familia, quien indicó como el señor CARLOS JULIO MOLANO CABALLERO, luego de la muerte de su esposa FABIOLA MOLANO DE ARIAS (Q.E.P.D) quedó gravemente afectado, incluso, como fue mencionado renglones arriba, se señaló que el Sr MOLANO se mudó de la casa en la que comparte hogar con la Sra. FABIOLA MOLANO DE ARIAS (Q.E.P.D), así mismo, señaló el testigo, que él señor Molano, “el cambio su modo de vida, es una persona triste, es una persona sola” Así las cosas, solicito al despacho sea reconocido para el señor CARLOS JULIO MOLANO CABALLERO 100 SMLMV por el daño a la vida en relación sufrido a raíz del fallecimiento de su esposa, causado por la negligente o imperita atención médica.

EL NEXO DE CAUSALIDAD Y LA CULPA.

Esta demostrado en este proceso, que la paciente no fue atendida de manera inmediata y prolija, idónea como lo ameritaba su caso, acorde a lo señalado en los mismos testimonios y en la ley, esta paciente debía entrar de manera inmediata a triage y ser clasificada como triage 1, haber sido canalizada con doble vía venosa, administración de líquidos a chorro, oxígeno, inmovilización del cuello, manejo de dolor, IOT inmediata a su ingreso o muy cercana a este y remisión inmediata, esto no se hizo, la paciente fue atendida de manera imperita, tardía, negligente, por personal no capacitado, sin recibir apoyo oportuno en el manejo de esta paciente por médicos entrenados, con experiencia o por especialistas, los que al ser un segundo nivel se encontraban. La IOT fue tardía, posterior a las 9 + 20 horas, según el arsenal de pruebas, cuando se empezó a actuar la paciente ya estaba en estado crítico, no había sido remitida ni mencionada a la EPS, de haber actuado de manera pronta, diligente y perita, la paciente hiciese salida remitida en ambulancia pocos minutos después de su ingreso, y hubiese sido posible la atención en un nivel superior y haber intervenido y salvado su vida. Un factor decisivo en la debacle de esta señora es la tardía IOT y atención médica de la paciente. La historia clínica esta plagada de inconsistencias de notas extemporáneas que violan la norma -resolución 1995 de 1999-, el triage es violatorio de la norma que lo rige, y la actuación medica como esta demostrado en la pericial fue imperita, inoportuna, tardía, no idónea.

Deberán valorarse las serias inconsistencia y contradicciones en que incurrió todo el personal del Hospital en los diferentes testimonios, que generan indicios en contra de la entidad demandada.

RESPONSABILIDAD DE LA EPS.

Frente a este aspecto se ha de señalar la obligación solidaria que existe entre las EPS y las IPS, pues la jurisprudencia del Consejo de Estado sostiene en la Sentencia no 11001-03-15-000-2021-01511-01 de Consejo de Estado (SECCIÓN QUINTA) del 09-09-2021, que:

“(…) La simple lectura de la Ley 100 de 1993 demuestra que, si bien en casos como este es la ESE la que presta de manera física el servicio médico a los pacientes, lo cierto es que ello ocurre en virtud del contrato que celebran con la EPS. Lo anterior, teniendo en cuenta que los enfermos acuden para ser atendidos en la ESE o la IPS, debido a las órdenes médicas que les entrega la EPS que es la entidad con la que ellos contratan. (...) Así las cosas, sin perjuicio de lo que Comparta EPS-S y la ESE Hospital Universitario F.T. hayan pactado y de lo que expresamente se haya señalado en el clausulado del contrato, el Tribunal Administrativo del M. sí podía declarar la responsabilidad solidaria de aquellas por la muerte de la señora [Y.C.A.H], atendiendo a la función básica que le asigna la Ley 100 de 1993 a las Entidades Prestadoras de Salud y en aplicación de la tesis que recientemente reiteró la Sección Tercera del Consejo de Estado.”

De lo anterior nótese entonces que la EPS SANITAS es, solidariamente responsable por los actos u omisiones de la IPS en este caso ESE Hospital Miraflores, por lo que no resulta suficiente argumentar que, no contaban con una red de prestadores en el municipio, pues lo cierto es que se encuentran obligados a ello.

POR TODO LO ANTERIOR Y AL CONSIDERAR QUE SE ENCUENTRAN PROBADOS LOS ELEMENTOS AXIOLÓGICOS DE LA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA Y PATRIMONIAL, SOLICITO A SU SEÑORÍA QUE CONCEDA LAS PRETENSIONES.

Cordialmente,



CARLOS ALBERTO CAMARGO CARTAGENA
C.C. No 79'318.915 de Bogotá.
T. P. No. 168.358 del C. S. de la J.